

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS**

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM  
ENFERMEIROS DA REDE HOSPITALAR DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA - BR**

**João Pessoa – PB**

**2011**

**TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS**

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM  
ENFERMEIROS DA REDE HOSPITALAR DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA - BR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – *Campus I*, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e saúde, como requisito para obtenção do grau de mestre.

**Linha de pesquisa: Epidemiologia e saúde**

**ORIENTADORA: Professora Dr<sup>a</sup> Maria de Oliveira Ferreira Filha**

**João Pessoa – PB**

**2011**

TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM  
ENFERMEIROS DA REDE HOSPITALAR DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA - BR

APROVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria de Oliveira Ferreira Filha – Orientadora  
(Universidade Federal da Paraíba)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Soraya Maria de Medeiros – Membro externo  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

---

Prof. Dr Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna – Examinador  
(Universidade Federal da Paraíba)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Jordana de Almeida Nogueira – Examinadora  
(Universidade Federal da Paraíba)

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a sua construção, especialmente ao meu marido pela compreensão e apoio e a minha mãe pelos preciosos ensinamentos oferecidos ao longo de toda a minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, autor e mentor da vida, em primeiro lugar e sobre todas as coisas;*

*À professora Maria filha por ter me aceitado de forma tão carinhosa como sua orientanda, pelos conhecimentos compartilhados, pelos valiosos ensinamentos que levarei por toda a minha via;*

*Ao professor Rodrigo pelas valiosas orientações e ensinamentos passados ao longo dessa caminhada;*

*À professora Jordana pelo apoio tão valioso nos momentos iniciais e pela confiança depositada ao longo do curso;*

*À professora Soraya, pelas contribuições oferecidas à construção desse trabalho;*

*À professora Solange Costa pelo precioso apoio oferecido e pela confiança em mim depositada, ainda nos momentos iniciais, quando o ingresso no mestrado ainda era um sonho...*

*À professora Rosa Rita pelos ensinamentos, pela disponibilidade e boa vontade com que sempre me acolheu;*

*Ao meu marido pelos incentivos oferecidos nos momentos que julguei impossível continuar, pelo carinho e cuidado com que conduziu os momentos mais angustiantes dessa caminhada, pela compreensão dispensada nos momentos em que precisei estar ausente;*

*Aos meus pais e irmãos, mas especialmente, a minha mãe, Áurea e a minha irmã, Tâmara, pela força, pela mão amiga, pelo apoio, pelos incentivos nos momentos de desânimo, por estarem sempre tão presentes e tão disponíveis para dividir comigo todos os momentos, mesmo os mais difíceis e complicados;*

*Ao Dr. Paulo, pelo apoio oferecido ao longo dessa caminhada;*

*As minhas queridas colegas Penha e Marineide pela solidariedade, boa vontade e pelo apoio nas minhas ausências, tão freqüentes, ao longo dessa construção, pela forma com que sempre me acolheram, pelo apoio tão indispensável para a realização desse sonho;*

*À minha querida amiga Karol e também a sua mãe Zena, pelo apoio durante a coleta dos dados, muito obrigada!*

*À Rosineide pelo apoio nos momentos iniciais dessa caminhada;*

*Aos amigos do Clementino Fraga pela força oferecida, pela compreensão, pelo apoio, pela mão amiga, mais especialmente a Dra. Ana Paiva, Lúcia, Séphora e Diógenes por permanecerem sempre a postos nos momentos em que necessitei me ausentar;*

*À minha querida amiga Anna Karla pela paciência nas nossas longas conversas ao telefone;*

*Aos colegas do mestrado...*

*Às companheiras de sociologia do trabalho pela força, pelos incentivos, pelo apoio;*

*À Maria Duarte pela prestimosa contribuição oferecida nos momentos iniciais da coleta de dados, por ter tão prontamente aceitando em colaborar com esse estudo, muito obrigada;*

*Ao colega Jamilton por ter me permitido aprender com a sua experiência;*

*Ao Reínilson pela contribuição oferecida na finalização desse estudo;*

*À Jacilene pelo carinho com que me recebeu em “sua casa” e por ter de forma tão cuidado se empenhado na coleta dos dados em Patos;*

*À Renata por ter se mantido na retaguarda durante a coleta de dados em João Pessoa;*

*À Jéssica e à Ana Carla, pelo valioso apoio na fase crucial desse trabalho, a coleta dos dados...*

*Aos amigos de Campina grande, Fátima e Orlando por terem me acolhido de forma tão carinhosa em sua casa;*

*Aos colegas enfermeiros por terem reservado parcela do seu precioso e concorrido tempo para a participação nessa pesquisa;*

*À dona Luzinete, Raquel e ao Sr. Ivan pelos valiosos serviços prestados não apenas a mim, mas a todos que compõem o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB;*

*A Francy pelas contribuições que a sua experiência ofereceu à elaboração dessa pesquisa;*

*Meus agradecimentos a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desse sonho...*

## RESUMO

A síndrome de *burnout* é um fenômeno psicossocial resultante da associação entre as demandas e exigências laborais e as características pessoais do indivíduo. Acomete, principalmente, profissionais que trabalham em contato direto com pessoas. Trata-se de uma síndrome tridimensional, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e sensação de reduzida realização profissional. Nesta pesquisa objetivou-se investigar a ocorrência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência no Estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada em seis hospitais especializados no atendimento às urgências e emergências no Estado. A amostra foi constituída por 110 enfermeiros que atuavam no setor de urgência e emergência. Utilizou-se como instrumento o *Maslach Burnout Inventory (MBI)* na versão *Human service survey (HSS)* e o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA). Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do *software SPSS* na versão 15.0. Foi adotado nível de significância de 5%, sendo considerados significativos os valores de  $p < 0,05$ . Para verificar associação entre as variáveis foi aplicado o teste do *qui-quadrado*. Foram considerados todos os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Os resultados mostraram predominância de enfermeiros do sexo feminino, jovens, sem companheiro e sem filhos. 54,5% vivem a situação do múltiplo emprego, 49,1% cumprem uma carga horária semanal de trabalho de 20 a 44 horas, 30,9% exercem algum tipo de atividade extra, diferente da enfermagem assistencial. Para o tempo de exercício da profissão, de atuação no hospital e em serviços de urgência e emergência, observou-se predomínio de profissionais com menos de cinco anos de atuação. 61,8% são prestadores de serviço ou codificados. 31% dos enfermeiros apresentaram EE em nível alto, 49,1% em nível médio, 28,2% apresentaram DP em nível alto, 54,5% a apresentaram em nível médio, 23,6% apresentaram reduzida realização profissional. 82,7% dos enfermeiros apresentaram SB, sendo 59,1% em nível moderado e 23,6% em nível grave. Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da SB e exposição às seguintes variáveis: as tarefas são repetitivas (p-valor = 0,012), as tarefas não estão claramente definidas (p-valor = 0,004), as condições de trabalho são precárias (p-valor = 0,014), esgotamento profissional (p-valor = 0,000), esgotamento emocional (p-valor = 0,033), estresse (p-valor = 0,001), sobrecarga (p-valor = 0,001), frustração (p-valor = 0,002), insegurança (p-valor = 0,015), e falta de reconhecimento do meu desempenho (p-valor = 0,041). Reconhecimento mostrou-se como um fator de proteção ao desenvolvimento da SB (RR = 0,82/IC = 0,71; 0,94). Conclui-se que os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência apresentam expressivo nível de adoecimento em virtude do contato diuturno com as condições em que se realizam o trabalho nesse tipo de serviço. Há que se implementar estratégias que visem a eliminação, redução ou, minimamente, o controle das variáveis associadas ao desenvolvimento do *burnout* entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência, tendo em vista o restabelecimento da saúde desses profissionais e a preservação da saúde mental daqueles que ainda se encontram saudáveis. Ganharão com isso os profissionais, os usuários e os gestores.

**Palavras-chave:** *Burnout*. Enfermeiros. Hospitais de emergência.

## ABSTRACT

Burnout syndrome is a psycho-social phenomenon which results from the association among labored demands and exigencies and personal characteristics of the individual. This syndrome occurs mainly in professionals that work in direct contact with people. Also, it is a tridimensional syndrome that is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and a reduced sensation of professional realization. The present research aims to investigate the occurrence of Burnout Syndrome among nurses of Urgency and Emergency Hospitals in Paraíba State. Moreover, it is a descriptive research with quantitative approach, developed in six specialized hospitals in urgency and emergency in Paraíba. The sample was constituted by 110 nurses who have worked in the urgency and emergency sector. The tools used were *Maslach Burnout Inventory* (MBI), *Human Service Survey* (HSS) version, and the Inventory of Work and Illness Risk (in Portuguese, ITRA). The data were tabled and analyzed using the *SPSS* software, 15.0 version. Furthermore, the research adopted significance level of 5%, and values to  $p < 0.05$  were considered significant. The chi-square test was used to verify the association between variables. Also, all ethical aspects of researches with humans were considered in this research. The results showed predominance of female nurses, young, single and childless. Furthermore, 54.5% live in situation of multiple jobs, 49.1% works from 20 to 44 hours a week, and 30.9% of them declared that have some kind of extra-activity different from nursing assistance. In relation to the work time in nursing, actuation in hospital and in urgency and emergency services, the research observed predominance of professionals with less than five years of actuation. 61.8% are service renders or encoded ones. 31% of the nurses presented a high level of EE, 49.1% presented it in medium one. In addition, 28.2% presented DP in high level, 54.5% presented it in medium one, and 23.6% presented reduced personal accomplishment. 82.7% of the nurses presented BS, 59.1% of them in a moderated level and 23.6% in serious one. It was noted that there is an association statistically significant between the occurrence of BS and exposition to the following variables: non-repetitive tasks (p-value = 0.012), tasks has not been well defined (p-value = 0.004), precarious service conditions (p-value = 0.014), burnout (p-value = 0.000), emotional exhaustion (p-value = 0.033), stress (p-value = 0.001), overload (p-value = 0.001), frustration (p-value = 0.002), insecurity (p-value = 0.015), and lack of recognition of my performance (p-value = 0.041). Also, recognition is considered as a protection factor against BS development (RR = 0.82/CI = 0.71; 0.94). The research concludes that nurses which work in urgency and emergency services presents an expressive level of illness because of the lasting contact with the work conditions of this kind of service. It is necessary to implement strategies that focus on the elimination, reduction or, minimally, the control of variables associated to Burnout Syndrome development among nurses of urgency and emergency services. Then, these strategies aim to the health reestablishment of these professionals, and the sanity preservation of nurses that are still healthy. Therefore, professionals, users and managers will obtain benefits.

**Key-words:** Burnout Syndrome. Nurses. Emergency Hospitals.

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1:</b> Distribuição dos dados coletados quanto ao perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa. Paraíba, 2010.....                                                                                              | 52 |
| <b>Tabela 2:</b> Distribuição dos dados coletados quanto ao tempo de exercício da profissão, de atuação no hospital pesquisado e de exercício em serviços de urgência e emergência, em anos. Paraíba, 2010.....                                               | 53 |
| <b>Tabela 3:</b> Distribuição de frequência dos enfermeiros especializados em urgência e emergência em relação aos que afirmaram ser especialista em qualquer área. Paraíba, 2010.....                                                                        | 54 |
| <b>Tabela 4:</b> Escala de classificação dos níveis das dimensões do <i>burnout</i> segundo recomendações de Maslach e Jackson com distribuição dos níveis obtidos entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência pesquisados. Paraíba, 2010..... | 55 |
| <b>Tabela 5:</b> Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                                 | 57 |
| <b>Tabela 6:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator organização do trabalho segundo a ocorrência de <i>burnout</i> entre os enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                                   | 62 |
| <b>Tabela 7:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator relações sócio-profissionais segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                     | 63 |
| <b>Tabela 8:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator condições de trabalho segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                            | 64 |
| <b>Tabela 9:</b> Distribuição das variáveis estatisticamente significativas para o desenvolvimento da síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.                                                        | 65 |
| <b>Tabela 10:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao custo afetivo no trabalho (ECHT) segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....           | 68 |
| <b>Tabela 11:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao custo cognitivo no trabalho (ECHT) segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros que                                                                        | 69 |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| atuam em serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                                                                                                                                                                                        |    |
| <b>Tabela 12:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao custo físico no trabalho (ECHT) segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010..... | 70 |
| <b>Tabela 13:</b> Distribuição das variáveis relacionadas aos custos humanos no trabalho associadas ao desenvolvimento da síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                        | 71 |
| <b>Tabela 14:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator liberdade de expressão segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.....                           | 75 |
| <b>Tabela 15:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator realização profissional segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.....                          | 76 |
| <b>Tabela 16:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator esgotamento profissional segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.....                         | 77 |
| <b>Tabela 17:</b> Distribuição de frequência das respostas obtidas para as variáveis referentes ao fator falta de reconhecimento segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.....  | 77 |
| <b>Tabela 18:</b> Distribuição das variáveis relacionadas aos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho associadas ao desenvolvimento da síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....    | 78 |
| <b>Tabela 19:</b> Distribuição de frequência da exposição aos danos físicos decorrentes do trabalho em relação à ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                      | 81 |
| <b>Tabela 20:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator danos sociais segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                              | 82 |
| <b>Tabela 21:</b> Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator danos psicológicos segundo a ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                         | 83 |
| <b>Tabela 22:</b> Distribuição das variáveis relacionadas aos danos decorrentes do trabalho associadas ao desenvolvimento da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                        | 84 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Gráfico 1:</b> Distribuição de frequência quanto ao vínculo de trabalho estabelecido entre o enfermeiro e a instituição pesquisada. Paraíba, 2010.....                                                        | 54 |
| <b>Gráfico 2:</b> Distribuição da ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.....                                                             | 56 |
| <b>Gráfico 3:</b> Distribuição de frequência da ocorrência de síndrome de <i>burnout</i> segundo a unidade hospitalar pesquisada. Paraíba, 2010.....                                                             | 59 |
| <b>Gráfico 4:</b> Distribuição das médias obtidas para os fatores organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho segundo a Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT)..... | 60 |
| <b>Gráfico 5:</b> Distribuição de frequência dos fatores custo afetivo, custo cognitivo e custo físico que compõem o custo humano no trabalho, segundo a ACHT. Paraíba, 2010.....                                | 66 |
| <b>Gráfico 6:</b> Distribuição de frequência das médias obtidas para os fatores liberdade de expressão e realização profissional avaliados pela EIPST. Paraíba, 2010.....                                        | 72 |
| <b>Gráfico 7:</b> Distribuição de frequência das médias obtidas para os fatores esgotamento profissional e falta de reconhecimento avaliados segundo a EIPST. Paraíba, 2010.....                                 | 73 |
| <b>Gráfico 8:</b> Distribuição de frequência das médias obtidas para os danos físicos, sociais e psicológicos avaliados entre os enfermeiros participantes do estudo, segundo a EADRT. Paraíba, 2010.....        | 79 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1:</b> Resumo esquemático da sintomatologia do <i>burnout</i> .....                                        | 27 |
| <b>Quadro 2:</b> Resumo esquemático das principais informações relacionadas aos hospitais incluídos na pesquisa..... | 39 |

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1:</b> Distribuição espacial das cidades onde se localizam os hospitais incluídos na pesquisa..... | 38 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                                      | <b>16</b>  |
| 1.1 Contextualizando o objeto de estudo.....                                                                                                                                  | 17         |
| 1.2 Objetivo geral.....                                                                                                                                                       | 20         |
| 1.1.2 <i>Objetivos específicos.....</i>                                                                                                                                       | <i>20</i>  |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                                                                                                                             | <b>22</b>  |
| 2.1 Definindo o <i>burnout</i> .....                                                                                                                                          | 23         |
| 2.2 A saúde do trabalhador.....                                                                                                                                               | 28         |
| 2.3 Condições de trabalho no ambiente hospitalar.....                                                                                                                         | 32         |
| <b>3 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>                                                                                                                                        | <b>36</b>  |
| 3.1 Tipo de estudo.....                                                                                                                                                       | 37         |
| 3.2 Local da pesquisa.....                                                                                                                                                    | 37         |
| 3.3 População e amostra.....                                                                                                                                                  | 43         |
| 3.4 Instrumentos para a coleta dos dados.....                                                                                                                                 | 44         |
| 3.5 Procedimentos para a coleta dos dados.....                                                                                                                                | 48         |
| 3.6 Posicionamento ético da pesquisadora.....                                                                                                                                 | 49         |
| 3.7 Análise dos dados.....                                                                                                                                                    | 50         |
| <b>4 RESULTADOS.....</b>                                                                                                                                                      | <b>51</b>  |
| 4.1 Perfil sociodemográfico e profissional.....                                                                                                                               | 52         |
| 4.2 Síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros de serviços de urgência e emergência.....                                                                                       | 55         |
| 4.3 Avaliação do trabalho e dos riscos de desenvolver síndrome de <i>burnout</i> .....                                                                                        | 60         |
| 4.3.1 <i>Avaliação do contexto de trabalho e o risco de desenvolver burnout.....</i>                                                                                          | <i>60</i>  |
| 4.3.2 <i>Avaliação do custo humano no trabalho e sua associação com o risco de desenvolver síndrome de burnout entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência.....</i> | <i>66</i>  |
| 4.3.3 <i>Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e associação com o risco de desenvolver síndrome de burnout.....</i>                                                  | <i>72</i>  |
| 4.3.4 <i>Avaliação dos danos relacionados ao trabalho e sua associação com risco de desenvolver síndrome de burnout.....</i>                                                  | <i>79</i>  |
| <b>5 DISCUSSÃO.....</b>                                                                                                                                                       | <b>86</b>  |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                                                            | <b>86</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                                                                       | <b>116</b> |
| <b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>                                                                                                           | <b>123</b> |

|                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>APÊNDICE B - Questionário para coleta dos dados sociodemográficos e profissionais.....</b> | <b>125</b> |
| <b>ANEXO A - <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>.....</b>                                  | <b>126</b> |
| <b>ANEXO B – Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA</b>                   |            |
| <b>Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT).....</b>                                | <b>127</b> |
| <b>Escala de custo humano no trabalho (ECHT).....</b>                                         | <b>128</b> |
| <b>Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST).....</b>                  | <b>129</b> |
| <b>Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT).....</b>                    | <b>130</b> |



# 1 Introdução

---

## 1.1 Contextualizando o objeto de estudo

A síndrome de *burnout* (SB) é um fenômeno psicossocial resultante da associação entre as demandas e exigências laborais e as características pessoais do indivíduo, cujo desenvolvimento é progressivo e insidioso com sintomatologia múltipla, frequentemente não reconhecida pelo indivíduo (SCHWARTZMANN, 2004; CARLOTTO; CÂMARA, 2003). Trata-se de uma experiência subjetiva, de caráter negativo, permeada por aspectos relacionados à cognição, emoções e a atitudes negativas diante do trabalho e das pessoas com as quais os trabalhadores têm que se relacionar em função da profissão que exercem (SILVA, 2000).

Apresenta-se como uma síndrome tridimensional caracterizada pela exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e sensação de realização profissional reduzida (RP). Na primeira situação, considerada o traço inicial da síndrome, o trabalhador sente-se esgotado, tanto emocional quanto fisicamente, sem energia; há a sensação de ter havido esgotamento dos recursos necessários à realização das tarefas. Na segunda situação, o profissional mostra-se insensível, demonstrando comportamentos de cinismo e dissimulação afetiva diante das pessoas que teria que ajudar, os contatos tornam-se impessoais, desprovidos de afetividade, desumanos. Já no terceiro caso, os profissionais realizam uma autoavaliação negativa, associada a uma sensação de insatisfação e infelicidade com o trabalho (SANTOS; ALVES; RODRIGUES, 2009; SILVA; CARLOTTO, 2009; MOREIRA et al, 2009).

A ocorrência da SB originalmente foi descrita entre profissionais cujo contato direto com pessoas é parte integrante do seu processo de trabalho, a exemplo dos profissionais da saúde, professores, bancários, dentre outras (VIEIRA et al, 2006; SPÍNDOLA; MARTINS, 2007; LEE, STEWART, BROWN, 2008; MORUFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004 ). Mas, atualmente, os estudos a respeito da síndrome têm sido ampliados para todos os tipos de profissionais e grupos ocupacionais, a exemplo dos trabalhadores de serviços de telemarketing, de linhas de produção, sendo descrita sua ocorrência, inclusive, em grupos pré-ocupacionais, a exemplo de estudantes de graduação (SALANOVA, et al, 2000 apud SALANOVA; LLORENS, 2008).

Deste modo, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por serem os profissionais da saúde que mais tempo passam em contato com o paciente e com seus

familiares dentro do ambiente de trabalho, sobretudo nos ambientes hospitalares, por estarem submetidos, cotidianamente, ao convívio com os mais variados estressores tais como jornadas excessivas de trabalho, baixas remunerações, insuficiência e/ou ausência de materiais para a adequada realização dos trabalhos, conflitos interpessoais, situações de dor, doença e morte, tomada de decisões, dentre outros, constituem um grupo com grande predisposição ao desenvolvimento da síndrome (MOREIRA et al, 2009).

Resultados obtidos por diversos pesquisadores corroboram esta predisposição. Lautert, Chaves e Moura (1999) identificaram em seus estudos acerca dos principais estressores observados na atividade gerencial do enfermeiro, a ocorrência em 48% da amostra estudada de altos níveis de estresse, sendo a sobrecarga de trabalho, o conflito de funções, as dificuldades de relacionamento interpessoais e a convivência diária com situações críticas os principais elementos geradores de estresse no trabalho e, portanto, com elevado potencial de levar ao *burnout*.

Concorre também para o desenvolvimento da síndrome as singularidades observadas nos ambientes hospitalares, especialmente naqueles que prestam atendimento às situações de urgência e emergência quando comparados com outros serviços de saúde. Impõem aos que nele trabalham condições bastante específicas como a excessiva carga de trabalho decorrente, tanto do reduzido número de profissionais escalados por plantão como, muito frequentemente, do excessivo número de pacientes que buscam os serviços de saúde (consequência da baixa cobertura assistencial oferecida à população pelos serviços públicos), o contato direto com situações limite, com sentimentos como a perda, o pesar e o sofrimento relacionados ao processo de morrer. Além disso, é recorrente na literatura que o trabalho em ambientes hospitalares é insalubre, penoso e perigoso, sendo apontado, não raras vezes, como um local privilegiado para o adoecimento haja vista que o sofrimento psíquico, bastante comum nesses ambientes em decorrência das grandes pressões às quais estão submetidos esses trabalhadores, é acrescido aos riscos de acidentes físicos (ELIAS; NAVARRO, 2006; PITTA, 1991; SESSA et al, 2008 AQUINO, 1996).

O estresse laboral e os agravos psíquicos experimentados pelo trabalhador nos ambientes hospitalares resultam do desequilíbrio entre as demandas que o exercício profissional exige e a capacidade de enfrentamento do trabalhador, podendo levar ao desenvolvimento do *burnout* (KIRCHHOF, MAGNAGO, CAMPONOGARA; 2009).

As implicações do desenvolvimento do *burnout* nesses profissionais são importantes tanto para o trabalhador como para o serviço, uma vez que contribuem para o incremento das

faltas ao trabalho, dos períodos de licença, abandono do emprego e deterioração da qualidade dos serviços prestados, refletindo, portanto, negativamente sobre a efetividade da atenção oferecida aos pacientes, merecendo, assim, atenção especial dos pesquisadores.

Essas implicações têm instigado vários autores ao estudo do tema, de modo que desde a identificação da síndrome em 1974 pelo médico psicanalista Freudenberg muitos pesquisadores se dedicaram ao estudo do fenômeno, a exemplo de Benevides-Pereira (2002), Gil-Monte (2005), Gil-Monte; Maruco (2008), Garcia (2008), Moreno et al (2009), Faúndez, Calzaretta, García (2009). Na atualidade, outros pesquisadores têm se dedicado ao desenvolvimento dessa síndrome em enfermeiros que atuam em ambientes hospitalares, a exemplo de Santos, Alves e Rodrigues (2009) que pesquisaram o desenvolvimento do *burnout* em enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva; Moreira et al (2009) que investigaram o desenvolvimento da síndrome na equipe de enfermagem de um hospital de grande porte localizado no Rio Grande do Sul, dando ênfase às especificidades da cada setor; Silva e Carloto (2008) que realizam trabalho semelhante em um hospital geral de grande porte na cidade do Rio de Janeiro. Percebe-se, no entanto, que o número de pesquisas existentes sobre o tema ainda é insuficiente para esclarecer o desenvolvimento do *burnout* nessa população especialmente porque sua ocorrência está associada a características do trabalho, do trabalhador e do ambiente de trabalho, de modo que resultados obtidos em determinadas regiões podem não refletir a realidade observada nas demais regiões, o que impõe a necessidade de mais pesquisas.

A minha prática profissional como enfermeira assistencial me permitiu o contato com situações desgastantes tais como o ritmo intenso de trabalho, a dificuldade de realizar pausas de descanso durante os plantões, a sobrecarga, resultante tanto do reduzido número de profissionais como do elevado número de pacientes demandando assistência de enfermagem, dentre outras. A especialização em enfermagem do trabalho e a vivência pessoal com muitos dos elementos considerados desgastantes no trabalho, como descrito anteriormente, fez despertar em mim o interesse pelos efeitos que a exposição a esses agentes podem causar à saúde dos enfermeiros, principalmente quando o trabalho é realizado sob condições ainda mais críticas, como é o caso da assistência prestada em hospitais especializados nos atendimentos às urgências e emergências.

Todos os elementos descritos até o momento, fizeram emergir os seguintes questionamentos: em que proporção o adoecimento mental expresso pelo desenvolvimento da

síndrome de *burnout*, está presente na vida dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência nos hospitais especializados nesse tipo de atendimento na Paraíba? Quais os efeitos que o trabalho em serviços de urgência e emergência pode causar à saúde mental e física desses profissionais?

O interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu da necessidade de conhecer os níveis de desgaste emocional, físico e psíquico vivenciado por enfermeiros hospitalares e de evidenciar as nuances que o trabalho em serviços de urgência e emergência podem imprimir a expressão do *burnout* nessa população.

Pesquisas como esta poderão trazer grandes contribuições ao campo da saúde do trabalhador, haja vista que possibilitarão a descrição de um fenômeno já conhecido, mas ainda pouco estudado entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência, especialmente em estados da região nordeste. Em contrapartida, fornecerá subsídios importantes para o conhecimento da situação de saúde mental dos enfermeiros, além de fornecer informações que poderão contribuir para um melhor gerenciamento das situações responsáveis pelo desenvolvimento desse tipo de problema. Contribuirá para elucidar questões patentes na prática do enfermeiro, tais como, a relevância das condições de trabalho, e da organização do trabalho para o adoecimento desses profissionais, dentre outros elementos que serão abordados na pesquisa. Além do que, investigações sobre o tema oferecerão subsídios para prevenir e ou intervir sobre os processos envolvidos no desenvolvimento dessa síndrome, contribuindo, concretamente, para minimizar as suas consequências, tanto para a saúde dos enfermeiros como para a instituição e os usuários dos serviços.

## **1.2 Objetivo geral**

Investigar a ocorrência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência no Estado da Paraíba.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência;
- Estimar, segundo o inventário de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), a prevalência da síndrome de *burnout* em suas três dimensões (exaustão emocional,

despersonalização e falta de envolvimento pessoal com o trabalho) entre enfermeiros da urgência e emergência;

- Identificar fatores sociodemográficos e profissionais que estejam associados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* em enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência;
- Identificar variáveis do contexto de trabalho em serviços de urgência e emergência, segundo a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), associados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*;
- Identificar variáveis do custo humano no trabalho em serviços de urgência e emergência, segundo a Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*;
- Identificar variáveis relacionadas aos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho em serviços de urgência e emergência, segundo a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*;
- Identificar variáveis relacionadas aos danos físicos, sociais e psicológicos relacionados ao trabalho em serviços de urgência e emergência, segundo a Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao trabalho (EADRT), associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*.



## 2 Referencial teórico

---

### 2.1 Definindo o *burnout*

O termo *burnout* originalmente foi utilizado por pesquisadores da ciência dos foguetes para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão, tendo sido usado em 1940 para designar o colapso dos motores dos jatos e dos foguetes. Como o termo remete ao colapso que sobrevém após a utilização de toda energia disponível, tem sido empregado na atualidade como metáfora para explicar que se chegou ao limite do esforço e, devido à falta de energia, não há mais condições físicas e mentais para trabalhar (RITTER; STUMM; KIRCHER, 2009; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Embora a utilização do termo *burnout* nessa segunda acepção, só tenha recebido da comunidade acadêmica americana a devida importância na década de 70, quando alguns pesquisadores a exemplo de Freudenberg (1974), Maslach (1976), Cherniss (1980) e Pines (1988) dentre outros, passaram a divulgar suas teorias a respeito do fenômeno, o seu uso já era registrado desde a década de 50. Há registros de que ele tenha sido inicialmente utilizado em 1953 em uma publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como “Miss Jones”. Descreve-se, neste caso, a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho. Em 1960, outra publicação foi realizada por Graham Greene, denominada de “*A burn Out Case*”, sendo relatado o caso de um arquiteto que abandonou sua profissão devido a sentimentos de desilusão com a profissão. Os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais são os que se conhece hoje como *burnout* (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Após a publicação dos artigos do médico psicanalista Herbert J. Freudenberg, em 1974, começaram a se multiplicar os estudos acerca do desenvolvimento da síndrome de forma tal que sua produção figura como um marco dos estudos acerca da síndrome. Ele a definiu como um estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda do interesse pela atividade de trabalho que surgem em profissionais que trabalham em contato direto com pessoas na prestação de serviços como uma consequência deste contato diário no trabalho, sendo resultado da persistência de um conjunto de expectativas inalcançáveis, estando os aspectos individuais no cerne de sua etiologia. Esta concepção baseada na perspectiva clínica que analisa a ocorrência do *burnout* como um estado e não como um processo com forte conotação individualista, foi progressivamente substituída por outra que

encara o desenvolvimento do *burnout* sob uma perspectiva psicossocial onde o mesmo é visto como um processo, havendo forte influência da dimensão social, sendo esta aceção a mais aceita pela maioria dos pesquisadores que se debruçam sobre o tema na atualidade (BORGES; et al, 2002; KITZE; RODRIGUES, 2008).

Sob essa perspectiva psicossocial, a definição mais aceita é a elaborada pelas psicólogas sociais Cristina Maslach e Susan Jackson. Estas psicólogas definiram o *burnout* como uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, desumanização (despersonalização) e reduzida realização pessoal no trabalho, sendo a maneira encontrada pelo trabalhador de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do estresse ocupacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A exaustão emocional é considerada um dos mais importantes componentes do *burnout*, sendo o núcleo da síndrome, caracteriza-se pela sensação de esgotamento emocional e físico, pelo sentimento de não dispor de energia para realizar as tarefas que habitualmente realizava, pela sensação de haver chegado ao limite das possibilidades. Há a redução dos recursos emocionais para lidar com situações estressoras. Nesse contexto, o cotidiano no trabalho passa a ser penoso e doloroso (BORGES; et al, 2002).

O segundo componente, a despersonalização, revela-se através de atitudes de distanciamento emocional e despreocupação, com relação às pessoas às quais deve prestar serviços e aos colegas de trabalho. Os contatos tornam-se impessoais, desprovidos de afetividade, desumanos. Por vezes, estes profissionais passam a apresentar comportamentos ríspidos, cínicos, irônicos. Esta dimensão é considerada como o elemento defensivo da síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Já no que se refere ao terceiro componente, a sensação de realização pessoal reduzida, observa-se o decréscimo na realização pessoal nos afazeres ocupacionais, ocorre a perda da satisfação e da eficiência no trabalho, desenvolve-se uma sensação de deterioração da autocompetência. Há um sentimento de descontentamento pessoal, o labor perde o sentido e passa a ser um fardo, e não raras vezes, o trabalhador apresenta ímpetos de deixar o trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O processo de desenvolvimento do *burnout* avança sequencialmente, de modo que a ocorrência de um componente precipita o próximo. É um processo dinâmico, que se estabelece gradualmente, sendo, por consequência, possível identificar a apresentação da síndrome em níveis distintos (MASLACH; GOLDENBERG apud MOREIRA et al, 2009).

No tocante a etiologia da síndrome de *burnout* sabe-se que o seu desenvolvimento emerge da interação de características do ambiente de trabalho e características pessoais, sendo referência, segundo esta perspectiva etiológica, a definição de Maslach; Jackson para as quais esta síndrome é um problema que atinge profissionais de serviço, principalmente aqueles voltados para atividades de cuidado com outros, no qual a oferta de cuidado ou serviço, frequentemente, ocorre em situações de mudanças emocionais (MASLACH, 1994). Tal definição dá ênfase aos custos emocionais da realização das atividades que envolvem ajuda a pessoas.

Insere-se na gênese desta síndrome o contato direto com o sofrimento, a dor e a morte, a diminuição do valor social do profissional pela sua família, a sobrecarga de trabalho, a carência de recursos para desempenhar o papel adequadamente, a diminuição nos diversos tipos de recompensas e estímulos em sua atividade, a inquietação e ameaça de sofrer críticas por mau desempenho de sua prática profissional até dificuldades para encarar problemas éticos resultantes dos avanços tecnológicos. Neste contexto, o desenvolvimento da síndrome encontra terreno fértil naqueles profissionais motivados, que se entregam totalmente ao trabalho, investindo, muitas vezes, muito mais energia do que recebem em termos de reconhecimento e resultados (RITTER; STUMM; KICHER, 2009).

Segundo afirma Jodas; Haddad (2009) *burnout* não pode ser confundido com a palavra estresse no que concerne aos conceitos e diferenças, pois estresse ocorre a partir de reações do organismo às agressões de origens diversas, capazes de perturbar o equilíbrio interno do ser humano. *Burnout*, por outro lado, é a resposta ao estresse laboral crônico que envolve atitudes e alterações comportamentais negativas relacionadas ao contexto de trabalho com desconsideração do lado humano.

Benevides-Pereira (2002) afirma que a distinção entre os dois conceitos, segundo resultados de pesquisas recentes, pode ser encontrada até em níveis fisiológicos, embora pondere pela necessidade de cautela, tendo em vista o reduzido número de trabalhos sob esta ótica. A mesma autora aponta que é possível utilizar, como forma de marcar o caráter de trabalho envolvido com a síndrome, a denominação estresse ocupacional ou, mais detalhadamente, estresse ocupacional assistencial, referindo-se, neste último, à expressão desta síndrome, com maior frequência, entre aquelas profissões permeadas pelo contato mais próximo com o outro.

Cumpre-nos esclarecer que nem sempre o estresse é prejudicial. Quando o mesmo é passageiro e surge de uma situação com a qual facilmente lidamos, ele poderá até ser benéfico

sob a ótica de que contribui para que se solucione de modo rápido determinadas demandas. Se por outro lado, ele é prolongado, intenso e o indivíduo demonstra pouca habilidade em equacioná-lo, ele certamente figurará como uma das causas de esgotamento que concorrerão para o desenvolvimento do *burnout*.

Muitos termos têm sido utilizados por diversos autores para designar esta forma de adoecimento pelo trabalho, as expressões “estar queimado” ou “síndrome de queimar-se pelo trabalho” têm sido bastante utilizada por autores espanhóis, e na concepção de vários estudiosos do tema reflete melhor a dimensão da síndrome que os termos mais utilizados pelos pesquisadores nacionais. Na literatura brasileira podem-se encontrar termos como neurose profissional, neurose de excelência, síndrome de esgotamento profissional, estresse ocupacional, sendo o termo *burnout* o mais comum. Esse termo representa muito mais o esgotamento físico e mental evidenciado pela síndrome, do que propriamente a dimensão social da mesma.

A expressão do *burnout* decorre de situações em que há exposição prolongada ao estresse, sendo este marcado por uma situação de cronificação associado à falha ou insuficiência dos métodos de enfrentamento. A ocorrência do *burnout* tem sempre um caráter negativo e está, necessariamente, relacionado com o mundo do trabalho e com o tipo de atividade que o indivíduo exerce, de modo que conforme afirmam Maslach, Schaufeli, Leiter (1975) apud Benevides-Pereira (2002, p. 33) *burnout* é uma experiência individual específica do contexto do trabalho

Na sua expressão, comporta tanto uma dimensão social, inter-relacional como física e mental. Algumas características têm sido levantadas pelos estudiosos do tema como relacionadas com o desenvolvimento da síndrome, atuando seja como desencadeadores, facilitadores ou inibidores, dentre estes, encontra-se: idade – funciona não necessariamente como um desencadeante, mas como um facilitador ou inibidor das ações dos agentes estressores; sexo, nível educacional, estado civil, filhos, características da personalidade, dentre outras.

Quanto às características relacionadas ao trabalho, destacam-se o tipo de ocupação, o tempo de profissão, o tempo na instituição, o trabalho por turnos ou noturno, a ocorrência de sobrecarga, a relação profissional-cliente, o tipo de cliente, as relações interpessoais no trabalho, a ocorrência de conflito de papéis, de ambiguidade de papel, o suporte organizacional, a satisfação com o trabalho, o grau de controle que exerce sobre as atividades profissionais, a responsabilidade requerida pelo trabalho exercido, a pressão no trabalho, a

possibilidade de progresso, a ocorrência de conflito entre os valores pessoais e os organizacionais e a falta de *feedback*.

Já no que concerne às características organizacionais, pode-se citar como desencadeantes e ou facilitadores do desenvolvimento da síndrome de *burnout* os seguintes fatores: ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, o clima social que impera na empresa, burocracia, comunicação, autonomia, recompensas e segurança.

Como características sociais pode-se enunciar o suporte social, o suporte familiar, a cultura e o prestígio social que envolve a profissão como fatores desencadeantes e ou facilitadores para o desenvolvimento da síndrome.

Pode-se identificar uma vasta lista de sinais e sintomas apresentados pelas pessoas que desenvolvem *burnout*, estes podem ser tanto físicos, psíquicos, comportamentais como defensivos. No Quadro 1 apresenta-se uma síntese dos principais sintomas observados nessa síndrome.

| <b>Sintomatologia do <i>Burnout</i></b> |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Físicos</b>                          | Labilidade emocional                    |
| Fadiga constante e progressiva          | Dificuldade de autoaceitação            |
| Distúrbios do sono                      | Astenia, desânimo, disforia, depressão  |
| Dores musculares e ou osteomusculares   | Desconfiança, paranóia                  |
| Cefaléias, enxaquecas                   | <b>Comportamentais</b>                  |
| Perturbações gastrointestinais          | Negligência ou excesso de escrúpulos    |
| Imunodeficiência                        | Irritabilidade                          |
| Transtornos cardiovasculares            | Incremento da agressividade             |
| Distúrbios do sistema respiratório      | Incapacidade para relaxar               |
| Disfunções sexuais                      | Dificuldade na aceitação de mudanças    |
| Alterações menstruais nas mulheres      | Perda de iniciativa                     |
| <b>Psíquicos</b>                        | Aumento do consumo de substâncias       |
| Falta de atenção, de concentração       | Comportamento de alto risco             |
| Alterações da memória                   | Suicídio                                |
| Lentificação do pensamento              | <b>Defensivos</b>                       |
| Sentimentos de alienação                | Tendência ao isolamento                 |
| Sentimentos de solidão                  | Sentimento de onipotência               |
| Impaciência                             | Perda do interesse pelo trabalho ou até |

|                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| Sentimento de insuficiência | pelo lazer      |
| Baixa autoestima            | Absenteísmo     |
|                             | Ironia, cinismo |

Fonte: Benevides-Pereira, 2002.

**Quadro 1:** Resumo esquemático da sintomatologia do *burnout*.

Sabe-se, no entanto, que as pessoas que desenvolvem *burnout* não necessariamente apresentarão todos os sintomas relacionados à síndrome, sendo o grau de intensidade, o tipo e o número de manifestações apresentadas, diretamente relacionados à associação entre fatores individuais, como predisposição genética, experiências socioeducacionais e entre fatores ambientais, tais como local de trabalho, dentre outros. Interfere também a etapa em que a pessoa se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O que parece consensual na literatura estudada é que os prejuízos decorrentes do desenvolvimento da síndrome não se restringem à esfera pessoal, mas atingem também a esfera afetiva pela ruptura de laços de amizade e familiares muitas vezes observadas nesses casos e atinge em cheio, também, o campo institucional, na proporção que os efeitos são sentidos na produtividade, na imagem de eficiência da organização, nos custos decorrentes dos tratamentos de saúde dos funcionários associados aos resultantes da contratação e treinamento de novos profissionais.

## 2.2 A saúde do trabalhador

É indiscutível a importância que o trabalho assume na vida das pessoas. As pessoas dedicam grande parte da vida na preparação para o trabalho, ademais, despende-se, se considerarmos uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, pelos menos um terço dos dias com o trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O trabalho tem papel central na sociedade moderna. Fonte de geração de riqueza, ele também detém valores simbólicos, com os quais a vida social ganha sentido e os sujeitos encontram caminhos legítimos para reivindicação de direitos (LIEBER, 2009). Por decorrência da sua natureza, o trabalho interfere nas condições de vida e saúde da população trabalhadora e, com isso, vem sendo, também, o centro de muitos conflitos e mudanças ao longo da história. Nesse processo, cabe papel de destaque para a ciência, capaz de promover

as mudanças não apenas nas condições da produção e do uso da mão-de-obra (SPARKS; FARAGHER; COOPER, 2001), mas, ainda, na maneira de se entender essa realidade em transformação (MENDES; DIAS, 1991). Campos (2008), Moreno (1991) apud Campos (2008), Dejours (1992) corroboram este posicionamento ao afirmar que o trabalho ocupa um lugar central na vida do homem contemporâneo, sendo parte inseparável da vida humana, constituindo-se, provavelmente, no principal meio para construção da identidade pessoal, não sendo apenas um meio de geração de bens e serviços, mas um determinante de valores culturais, sociais, religiosos e de qualidade de vida, dentre outros.

O trabalho é um definidor do ser humano, permitindo a sua realização pessoal, sua inserção no mundo, a construção de sua identidade, constituindo-se, segundo Freud (1930) apud Campos (2008) num dos caminhos para a confirmação da existência humana e para Marx (1982) apud Campos (2008) o meio pelo qual é possível diferenciar os homens dos animais, uma vez que através dele atua sobre o mundo externo, modificando sua própria natureza.

Mas se, por um lado, pode ser fonte de prazer, saúde e emancipação, por outro, pode ser a gênese de alienações e disfunções de ordem psíquica. Recorrendo-se a Sato (2007) tem-se que o exercício do controle, que tem possibilitado às organizações regular as atividades, rever objetivos e os meios para atingi-los, garantindo a compatibilização das pressões do ambiente com as necessidades destas, são nocivos à saúde dos trabalhadores posto que os transformam em objeto do controle organizacional, retirando-lhe qualquer controle sobre as atividades que realizam e sobre o seu contexto de trabalho.

Kirchhof, Magnago, Camponogara, et al. (2009) acrescentam que o trabalho é uma atividade na qual aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados e podem tanto representar equilíbrio, desenvolvimento e satisfação, quanto podem causar tensão, desajuste e, consequente, adoecimento do trabalhador

É consenso entre estudiosos do trabalho que há relação entre o trabalho, a saúde e a doença nos homens (SAMPAIO; MESSIAS, 2007). Codo (2002) ao refletir sobre saúde mental e trabalho afirma que é necessário investigar a importância que o trabalho tem para o sujeito e a importância que o indivíduo percebe do seu trabalho para a sociedade, fazendo o contraponto com a divisão do trabalho nos dois planos que o autor considera complementares, dentro da unidade produtiva e entre unidades produtivas. Benevides-Pereira (2002, p. 13) confirma tal posicionamento ao referir que “nos últimos anos tem-se observado e dado maior relevância ao impacto do labor na saúde física e mental” dos trabalhadores.

O processo, as condições, a organização do trabalho assim como as relações que se estabelecem nesse contexto sofreram grandes mudanças no decorrer do tempo, sobretudo nas últimas décadas, com o desenvolvimento e expansão do modo de produção capitalista, em virtude das intensas pressões competitivas e dos grandes avanços tecnológicos ocorridos nesse período. As transformações foram tantas e ocorreram de tal modo, que questões como produtividade, absenteísmo, ocorrência de sintomas psíquicos entre os trabalhadores das mais diversas áreas, relação entre trabalho e estresse e suas repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores passaram a ser objeto de diversos estudos.

Desequilíbrios ocorridos na saúde no trabalhador interferem na organização, uma vez que implicam redução da qualidade dos serviços prestados e no nível de produção, assim como incrementam os custos, dada a necessidade de substituição de funcionários, de novas contratações e com isso novas necessidades de treinamento, pagamento de auxílio-doença e da alta taxa de absenteísmo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Assim, na lógica da produção capitalista, a saúde tornou-se uma necessidade social, uma vez que possibilita a manutenção da aptidão da força de trabalho para o exercício das atividades laborativas.

Compreender saúde nas dimensões expressas na VIII Conferência Nacional de Saúde - satisfação das necessidades básicas de acesso a uma alimentação regular e nutritiva, moradia adequada, transporte seguro, serviços de saúde e educação eficientes, para além da simples ausência de doenças – implica entendê-la nas diversas formações sociais e técnicas do trabalho, uma vez que no modo de produção capitalista a falta de uma remuneração que garanta aos trabalhadores o acesso a esses direitos configura uma verdadeira deterioração das condições de vida e reprodução da força de trabalho (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Na lógica de produção vigente no mundo moderno, a intensidade e o ritmo acelerado no trabalho e o número excessivo de horas na jornada são decisivos na precarização da saúde do trabalhador, podendo eliminá-lo, precocemente, do mercado. Nas condições de trabalho estão incluídas as atividades corporais e mentais dos trabalhadores, bem como os elementos materiais, físico-químicos, ambientais, temporais e também as relações de trabalho.

O objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o processo de saúde e doença dos homens em sua relação com o trabalho. A Saúde do Trabalhador, diretamente vinculada ao processo de relações sociais de produção, apontou para a necessidade de uma discussão, de um debate e de uma intervenção na área denominada saúde do trabalhador na rede pública de serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 80, impulsionada pelas lutas e reivindicações do movimento dos trabalhadores.

A reestruturação produtiva no Brasil, com a precarização das relações de trabalho, a intensificação de ritmos, a perda de postos de trabalho e a exigência de polivalência (requisições diferenciadas na atividade laborativa) têm ampliado e agravado o quadro de doenças e riscos de acidentes nos espaços sócio-ocupacionais.

As inovações tecnológicas, a microeletrônica, a robótica e a automação presente na atual fase de reprodução do capital no plano internacional e nacional ampliam as doenças relativas ao trabalho, como a LER/Dort (lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares), em setores de produção individual ou de serviços, expondo um dos resultados mais dramáticos do processo de acumulação flexível e afetando, conseqüentemente, as condições de trabalho e de existência desses trabalhadores em seu cotidiano nas diferentes esferas da vida social (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

A precarização das relações de trabalho com demissões constantes, trabalho por tempo determinado, desemprego, terceirização, perda de direitos sociais e trabalhistas são expressões das relações de trabalho vigentes no mundo moderno que produzem importantes efeitos sobre a saúde do trabalhador, como estafas, fadigas, ansiedades e insegurança permanente, dores lombares e generalizadas, distúrbios emocionais, dentre outros.

Após percorrer a literatura quanto à saúde dos trabalhadores da enfermagem, percebe-se que esta categoria profissional tem merecido bastante atenção, haja vista que são vários os aspectos do trabalho desta categoria que os colocam vulneráveis ao desenvolvimento do *burnout*. Dentre estes, se destacam a organização do trabalho, as relações profissionais no trabalho, os riscos presentes no trabalho (biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais), dificuldades de organização na vida pessoal decorrentes da organização do trabalho, relação com o paciente dentre outros (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Nessa perspectiva, muitos autores têm se dedicado ao estudo da saúde dos enfermeiros. Santos, Alves, Rodrigues (2009) ao estudarem a ocorrência da síndrome em enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva encontraram que 26,47% dos enfermeiros estudados apresentavam alto nível de desgaste emocional, outros 26,47% apresentavam alto nível de despersonalização, enquanto 29,41% apresentavam alto nível de incompetência profissional. Moreita et al. (2009) em seus estudos sobre a prevalência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros de um hospital de grande porte, encontrou 6% de alto nível de exaustão emocional, 21,9% dos profissionais pesquisados em alto nível de despersonalização, enquanto 10,6% apresentaram baixo nível de realização profissional.

Assim, as elevadas prevalências observadas entre os trabalhadores, notadamente, entre os da enfermagem, situam as pesquisas sobre *burnout* como uma necessidade orientada para a

busca de melhores condições de saúde e qualidade de vida das pessoas no trabalho (SALANOVA, LLORENS, 2008).

### **2.3 Condições de trabalho no ambiente hospitalar**

O hospital é considerado um ambiente de risco por abrigar uma série de agentes que podem ser nocivos, quando não controlados. Ressaltam-se aqui as características de hospitais de pronto-socorro, onde são prestados atendimentos a urgências e emergências e, por isso, guardam especificidades potencializadoras do risco à saúde dos trabalhadores; convive-se nesses ambientes com uma demasiada carga psíquica e cognitiva (ROYAS; MARZIALE, 2001; OSORIO, 2006).

Tais características têm instigados pesquisadores a estudar as condições em que se realizam o trabalho em ambientes hospitalares (FONSECA; SOARES, 2006; ARAÚJO et al, 2002; SPINDOLA; MARTINS, 2007; JACKSON, 2008; ELIAS; NAVARRO, 2006; VERAS, 2003; NASCIMENTO, 2006; VEIGA, 2007).

Essas pesquisas mostraram que a natureza do vínculo entre o trabalhador e a instituição onde desenvolve atividades profissionais, a carga de trabalho, o número de vínculos profissionais, a exposição a riscos biológicos e a convivência cotidiana com problemas estruturais, e, neste ponto, enfatize-se as deficiências observadas na estrutura física, a insuficiência ou inadequação ou ainda ausência de materiais essenciais para o desenvolvimento do trabalho são os fatores que mais têm contribuído para a deterioração das condições de trabalho em ambientes hospitalares.

Há outros fatores que contribuem para a deterioração das condições em que se realiza o trabalho em saúde. Dentre estes, tem-se a ocorrência do “multiemprego”. Esse termo refere-se ao acúmulo de dois ou mais empregos pelos profissionais. Os trabalhadores inseridos nessa lógica em que se observa um acúmulo de trabalho (a organização do trabalho em regime de escalas de plantão facilita a consolidação de múltiplas escalas) estão expostos a, pelo menos, três fatores que concorrem para a deterioração das condições de saúde dos trabalhadores, sendo eles, a intensificação do trabalho, o aumento da jornada de trabalho e a maior exposição a fatores de risco para a saúde, em consequência do maior tempo de permanência em seu ambiente de trabalho.

Os trabalhadores da saúde, em face das baixas remunerações percebidas pela maioria deles, são levados ao acúmulo de vários vínculos de trabalho, o que concorre para o incremento da jornada de trabalho a valores muito superiores aos estipulados pela legislação, acarretando a potencialização daqueles fatores que por si sós já danificam a estrutura psíquica e física dos trabalhadores. Em se tratando do trabalho em hospitais é recorrente na literatura que a maioria dos trabalhadores da saúde exerce suas atividades profissionais com uma carga horária semanal superior às 44 horas preconizadas pela legislação.

As horas efetivamente trabalhadas pelos profissionais da saúde, nestes incluídos os que exercem atividades profissionais em hospitais, podem passar das 80 horas semanais, podendo chegar até a 120 horas semanais. Os trabalhadores dos serviços de saúde, tanto públicos como privados, inseridos em um contexto econômico neoliberal vêm gradativamente sentindo as consequências da redução no seu poder aquisitivo, de modo que têm encontrado na adoção de outros vínculos empregatícios solução para tal redução (VERAS, 2003; MEDEIROS et al, 2006).

Essa situação decorre tanto das baixas remunerações percebidas pela maioria desses profissionais, como da defasagem salarial que corroeu o poder aquisitivo da maioria dos trabalhadores, principalmente dos servidores públicos. Segundo dados do Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Socioeconômicos (DIEESE), os servidores federais, em sua maioria, têm uma defasagem salarial, de acordo com o Índice Geral de Preços (IGP) da Fundação Getúlio Vargas, de cerca de 149,43%; os servidores estaduais, especificamente da saúde, de 169,90%, variando entre algumas categorias que tiveram em 2000 algum reajuste (VERAS, 2003).

Além do acúmulo de vínculos de trabalho, outra estratégia, conforme afirma Veras (2003), utilizada pelos trabalhadores para superar a necessidade de incremento nos rendimentos e que se apresenta como mecanismo de superação do crescente empobrecimento imposto aos servidores da saúde, tem sido a sublocação de trabalho (termo utilizado pelos próprios servidores) e a substituição de colegas de trabalho nas escalas de plantão. No primeiro caso, o titular do posto de trabalho é lotado na instituição, porém não exerce suas funções nela e delega uma terceira pessoa para lhe substituir, repassando no final do mês a remuneração de forma integral ou parcial. No segundo caso, tem-se um grupo de trabalhadores da instituição que estão sempre disponíveis para substituírem colegas nas escalas de plantão por eventual falta. Desta forma, a maioria não tem controle sobre as horas trabalhadas, pois está sempre numa espécie de sobreaviso. Está, assim, bastante evidente, que

todas as formas encontradas para a complementação da renda resultam em aumento da jornada de trabalho.

Agrava a situação de exposição a excessivas cargas horárias o fato de o trabalho hospitalar ser organizado em regime de plantões, o que implica trabalho em turnos e noturnos, posto que os serviços de saúde, essenciais para a população, devem ser oferecidos todos os dias da semana, durante todas as horas do dia e durante os fins de semana, dias estes tradicionalmente dedicados ao descanso semanal (MORENO; FISCHER; ROTENBERG, 2003).

Estes trabalhadores estão expostos, ratificando a afirmação anterior, ao trabalho por turnos, ao trabalho noturno e em horários irregulares de trabalho. O trabalho por turnos e noturnos acarreta uma redução do desempenho das tarefas, aumenta o risco de ocorrência de acidentes no trabalho, além de aumentar a vulnerabilidade dos trabalhadores a determinados estressores ambientais, o que concorre para a ocorrência de incapacidade funcional precoce (MORENO, FISCHER, ROTEMBERG, 2003).

A organização temporal do trabalho por turnos e noturno causa relevantes impactos no bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, sendo, não raro, agravado pela associação com outros fatores de natureza bastante variada (físicos, biológicos, organizacionais, entre outros). As dificuldades inerentes a esse tipo de trabalho resultam, em grande parte, da grande probabilidade de reposição inadequada das energias perdidas associada à dificuldade de reorganização da vida diurna (PITTA, 1991).

Ao enfatizarem as alterações biológicas, sociais e cognitivas decorrentes do trabalho noturno Gonçalves e Fisher (2004) destacam as alterações do ciclo vigília-sono e os prejuízos que débitos crônicos de sono podem acarretar ao atendimento dos pacientes e a saúde do trabalhador. Estes autores enfatizam também os prejuízos causados às relações sociais desses trabalhadores pelo trabalho noturno.

Outro fator que interfere nas condições de trabalho em saúde é a divisão do trabalho existente nos hospitais, a esse respeito Elias, Navarro (2006, p. 519) afirmam que:

A divisão do trabalho no hospital reproduz em seu interior a evolução e a divisão do trabalho no modo de produção capitalista, sendo preservadas, no entanto, as características caritativo-religiosas. O hospital carrega o ônus da dor, da doença e da morte desde sua criação. O processo de trabalho hospitalar é parcelado e reproduz as características da organização do trabalho industrial, o que produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. Ele frequentemente repete a lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes oculto pelo discurso do “trabalho em equipe”. A incorporação de novas tecnologias não significa, nesse setor, o “alívio da labuta humana”, ao contrário, o setor é essencialmente de trabalho intensivo.

Outro lugar-comum em instituições hospitalares, principalmente nas públicas, é a insuficiência, precariedade e inadequação de materiais e equipamentos médicos e de proteção individual. Ao abordar esta problemática, que também contribui para a deterioração das condições em que se realiza o trabalho na saúde, Medeiros et al (2005, p. 26) tece a seguinte comparação:

“Como um castelo de cartas com estrutura de equilíbrio tênue, que uma vez retirada uma carta, desencadeia-se um processo de desmoronamento em série, esse ciclo vicioso parece tecer uma trama de armadilha envolvendo trabalhadores e usuários e mais uma vez desvela-se como um cotidiano de sofrimento, dor e morte anunciada.”

A forma como o trabalho na saúde se organiza e o espaço que vem ocupando na vida diária desses trabalhadores é outro aspecto que contribui para a deterioração das condições de trabalho na saúde. Isso porque a excessiva carga de trabalho retira ou, pelo menos, dificulta a possibilidade de vivenciarem as múltiplas dimensões da vida, além da do trabalho, interferindo decisivamente nas relações familiares e na vida particular dessas pessoas (MEDEIROS; et al, 2006).

Todos esses fatores reunidos têm contribuído para o adoecimento dos trabalhadores de tal forma que os transtornos decorrentes do trabalho não se restringem àqueles físicos, mas ao contrário, têm imprimido ao trabalhador um sofrimento psíquico, como afirma Araújo (2010, p. 578)

O que abala o sujeito não é apenas sua relação imediata com o trabalho, não apenas os agravos ao seu corpo. A instabilidade no emprego, o assédio moral que tende a tornar-se estrutural, inerente aos modelos de gestão, embora mesclados com as táticas de sedução inscritas no discurso empresarial, [...] abalam especialmente a estrutura psíquico do trabalhador.

No que concorda Osório (2006) quando aponta que as cargas psíquicas estão fortemente relacionadas ao conteúdo do trabalho e as (im) possibilidades de atribuir a ele um sentido positivo.

Todos esses fatores reunidos concorrem não apenas para deteriorar as condições de saúde dos trabalhadores, mas também interferem decisivamente para a qualidade da assistência prestada, de modo que os usuários dos serviços de saúde, quando submetidos à assistência hospitalar prestada por um profissional que se encontra em situação de sobrecarga, estão sujeitos a uma série de riscos, dentre os mais graves, a possibilidade de ocorrência de equívocos quanto ao seu diagnóstico e terapêutica, o que pode acarretar prejuízos irreparáveis.

### ***3 Referencial metodológico***

---

### **3.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com enfoque quantitativo. De acordo com Rouquayrol; Barreto (2003, p. 83) na pesquisa descritiva “procura-se distinguir a ocorrência do problema segundo as suas diversas características representadas por uma ou por mais de uma variável circunstancial”. Busca-se, segundo os referidos autores, estudar a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço, tanto ambientais como populacionais, e às pessoas, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença, de promoção da saúde, além do refinamento de hipóteses causais. Para Bastos; Duquia (2007) os estudos transversais se referem a um recorte único no tempo e são recomendados, principalmente, quando se deseja estimar a frequência com que determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica e os fatores associados com o desenvolvimento do mesmo.

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em 6 hospitais da rede pública, sendo 4 regionais e 2 especializados no atendimento às urgências e emergências, todos no Estado da Paraíba. Para a escolha destes hospitais foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser uma instituição pública, oferecer atendimento a urgências e/ou emergências em cidades e regiões metropolitanas do Estado, estar localizado nas cidades economicamente mais relevantes para a Paraíba e o critério de oportunidade. Segundo esses critérios foram incluídos os hospitais regionais e especializados das seguintes cidades da Paraíba (Figura 1), João Pessoa, Campina Grande, Patos, Souza e Cajazeiras. Foram incluídos, portanto, o Hospital Regional de Cajazeiras, o Hospital Regional Manoel Gonçalves de Abrantes em Souza, o Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro em Patos, o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande, o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e o Complexo Hospitalar Mangabeira, ambos em João Pessoa.

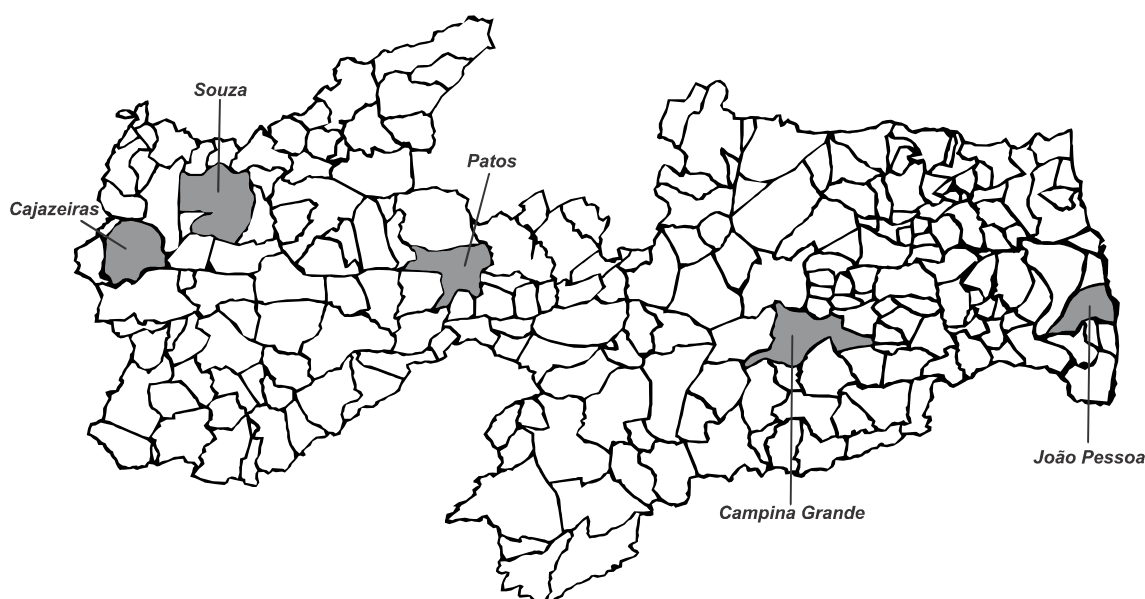


**Figura 1:** Distribuição espacial das cidades onde se localizam os hospitais incluídos na pesquisa. Fonte: Adaptado do IBGE, 2001.

A administração dos serviços de alta complexidade, onde se incluem os atendimentos às urgências e emergências, estão a cargo da Secretaria de Estado da Saúde. A rede hospitalar do Estado está estruturada em torno dos hospitais regionais, dos hospitais especializados e dos hospitais gerais. O atendimento às urgências e emergência no Estado é realizado pelos hospitais regionais (são ao todo 10, dos quais 4 foram incluídos na pesquisa) e pelo HETSHL, em João Pessoa. O Complexo Hospitalar Mangabeira foi incluído na pesquisa por ser o único hospital da rede municipal especializado no atendimento às urgências clínicas e traumáticas da rede municipal e por apresentar expressiva demanda de atendimentos, atuando, de forma complementar aos serviços prestados pelo HETSHL, no município de João Pessoa. Foram incluídos, portanto, 6 hospitais na pesquisa, que juntos, respondem pela assistência aos atendimentos de urgência e emergência de aproximadamente 50% da população do Estado, considerando, apenas a população dos municípios onde estão localizados os hospitais.

|                                                 | HETSHL        | CHM       | HRCG      | HRP     | HRS     | HRC        |
|-------------------------------------------------|---------------|-----------|-----------|---------|---------|------------|
| Cidade                                          | J. Pessoa     | J. Pessoa | C. Grande | Patos   | Souza   | Cajazeiras |
| População de referência                         | 3.623.215     | 702.235   | 489.981   | 246.768 | 112.623 | 113.508    |
| Número de municípios de referência              | Todo o Estado | J. Pessoa | 09        | 25      | 09      | 08         |
| Número total de leitos                          | 150           | 136       | 180       | 150     | 90      | 143        |
| Total de enfermeiros na urgência/emergência     | 40            | 24        | 17        | 21      | 21      | 21         |
| Média de atendimentos/dia (urgência/emergência) | 200           | 350       | 300       | 150     | 150     | 100        |

|                                        |     |     |     |     |     |     |
|----------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Serviço de triagem                     | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Acolhimento com classificação de risco | Sim | Não | Não | Sim | Não | Não |

**Quadro 2:** Resumo esquemático das principais informações relacionadas aos hospitais incluídos na pesquisa.

O serviço de urgência e emergência do HRC está organizado em torno da triagem, da sala de observação e do ambulatório e realiza, em média, 100 atendimentos por dia. O serviço de triagem consiste em uma unidade para a qual são encaminhados todos os casos trazidos ao serviço, com exceção daqueles onde se observa risco iminente de morte, que são encaminhados diretamente para a sala de emergência. É nesta unidade que é realizada a classificação da necessidade de atendimento do usuário que visa indicar se o mesmo necessitará de atendimento ambulatorial, se será encaminhado à observação ou se será referenciado para outro serviço, constitui-se na porta de entrada para o serviço de urgência. Trabalham, diuturnamente nesse setor, 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem. Havia a proposta da direção do hospital de adequar os atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência ao sistema de classificação de risco indicado pelo Ministério da Saúde, motivo pelo qual o serviço estava passando por uma reforma à época da coleta dos dados.

A coleta dos dados na citada instituição ocorreu em dois momentos distintos. Na primeira ocasião havia um serviço de triagem, que era conduzido por enfermeiros, em pleno funcionamento. Além deste, compunha o serviço de urgência e emergência, outro espaço reservado para o atendimento das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Havia, durante a coleta dos dados, no seu primeiro momento, um esboço de implantação do sistema de acolhimento com classificação de risco. No entanto, o referido serviço não dispunha ainda de condições para o pleno funcionamento da sala vermelha, que se encontrava sem os equipamentos mínimos necessários para o seu adequado funcionamento, e não havia também espaço para o funcionamento das salas verde e amarela. Na segunda ocasião, quando se retornou ao hospital com o fim de concluir a coleta, o referido serviço de “acolhimento com classificação de risco” estava fora de funcionamento. No que se refere aos enfermeiros atuantes no serviço de urgência e emergência percebeu-se que embora a maioria dos profissionais enfermeiros constantes da escala de serviço fosse estatutária, haja vista ter havido em 2007, concurso público estadual para provimento de cargos da saúde, a maioria dos profissionais em pleno exercício no setor eram prestadores de serviços. Havia, com uma frequência bastante elevada, o acúmulo de escalas de serviços pelos mesmos profissionais

prestadores de serviço. Esta situação decorre do fato daqueles profissionais “concursados” e, portanto, estatutários, não residirem na cidade, ou mesmo, residirem em outros estados o que impossibilita, ou mesmo, dificulta o seu comparecimento ao serviço com a regularidade necessária ao cumprimento da carga horária regulamentada (30 horas semanais) levando-os, a “sublocar” os serviços de profissionais que se dispusessem a assumir, integralmente ou parcialmente, a sua escala de serviço. Este foi um dos principais complicadores da coleta dos dados, já que em sucessivas idas à instituição encontrava sempre os mesmo profissionais de plantão.

O Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro é a única instituição do sertão do Estado que tem o seu serviço organizando em torno da Política Nacional de Humanização do Atendimento com implantação plena do sistema de acolhimento com classificação de risco. Para funcionar segundo a citada política a unidade de urgência e emergência da referida instituição hospitalar passou por um processo de reforma e ampliação que incluiu a construção de um ambiente destinado ao acolhimento dos familiares e amigos das vítimas de acidentes traumáticos e urgência clínicas. Este ambiente consiste numa estrutura localizada fora do hospital, climatizada e decorada para proporcionar ambiente acolhedor aos familiares e amigos dos usuários em atendimento na urgência e emergência. Há, neste ambiente, um consultório destinado ao atendimento psicológico ou social, quando for o caso. A unidade de urgência é composta pela sala verde, sala amarela, sala vermelha e pelo serviço de acolhimento com classificação de risco, que funciona, nesse caso, como a porta de entrada para a unidade, com exceção dos casos onde há iminente risco de morte que são encaminhados diretamente para a sala vermelha. Há em cada um desses ambientes um enfermeiro de plantão. A sala vermelha dispõe de três leitos equipados para o atendimento especializado as vítimas de acidentes traumáticos. A sala amarela dispõe de três leitos, devidamente organizados e equipados para o adequado atendimento dos usuários. Já na sala verde, setor para o qual são encaminhadas as urgências clínicas, os casos onde não há risco de morte e, portanto, o usuário encontra-se em boas condições gerais, os usuários são atendidos em cadeiras-leitos. Apresenta uma sinalização compatível com a política de humanização e oferece à população atendimento diferenciado.

Compõem a área metropolitana do município de Campina Grande os distritos de Galante, Catolé e São José da Mata e situa-se sob a responsabilidade da 10ª Gerência regional de Saúde. O Hospital Regional de Campina Grande concentra a grande maioria dos atendimentos às urgências e emergências da cidade, região metropolitana e cidades vizinhas. Funciona em uma estrutura vertical com três andares e o subsolo. A administração está

localizada no subsolo e a urgência e emergência no térreo. O seu serviço de urgência e emergência tem na triagem a sua porta de entrada, conta com uma sala de atendimento ao paciente politraumatizado, dividido em dois boxes, uma sala que funciona como posto de enfermagem, três consultórios médicos e uma sala para observação. Sua escala está organizada do seguinte modo: um enfermeiro na triagem, um no trauma e outro na observação. Há, ainda, um enfermeiro diarista que atua como apoio na observação e no trauma, todos os enfermeiros atuam segundo escalas fixas de plantão. Dentre todas as instituições pesquisadas, é a que apresenta as maiores deficiências em termos de estrutura física, pois funciona em um prédio construído, originalmente, para acomodar uma gráfica. A época da coleta dos dados os serviços prestados pela referida instituição estavam na iminência da mudança para uma nova unidade hospitalar, desta vez, concebida e construída para a sua vocação.

O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, localizado no município de João Pessoa faz parte da 3ª Gerência Regional de Saúde e é referência para o atendimento das urgências clínicas, mas principalmente, traumáticas da Grande João Pessoa e dos demais municípios vizinhos.

O seu serviço de urgência e emergência esta organizado em três grandes ambientes, a sala verde, a sala amarela e a sala vermelha. Também compõe a urgência o serviço de triagem, que nesta instituição, realiza o acolhimento com classificação de risco. Esta distribuição encontra-se em consonância com o Sistema de Classificação de Risco adotado pelo Ministério da Saúde como política para a humanização dos atendimentos de urgência e emergência em todo o país. Servem de apoio ao serviço de urgência e emergência uma unidade chamada de UTI II e outra denominada extensão.

A sala verde dispõem de um posto de enfermagem, um consultório médico, uma sala de pequenos procedimentos, uma sala para realização de procedimentos oftalmológicos e constitui juntamente com a sala vermelha a principal porta de entrada do serviço. Todos os casos atendidos pelo HETSHL, necessariamente, passarão por uma ou por outra sala. Não há propriamente leitos nesse espaço, os usuários encaminhados para essa sala aguardam atendimento em macas, e nelas permanecem durante todo o tempo em que necessitarem de observação. Tal organização não permite a quantificação de “leitos” já que são encaminhados para lá tantos usuários quantos necessitem desse tipo de cuidado mediante classificação realizada na triagem. Observou-se, durante todo o período em que ocorreu a coleta dos dados, utilização da capacidade máxima dos espaços disponíveis para a alocação de macas. São atendidos nessa sala todos os casos onde não há risco iminente de morte, sendo

encaminhados, principalmente, urgências clínicas, que ficam sob os cuidados de 1 enfermeiro e de 2 técnicos de enfermagem.

A sala amarela dispõe de estrutura física para receber 6 pacientes, mas há época da coleta dos dados estava organizada em torno de 8 “leitos”, todos equipados com os equipamentos médicos necessários ao suporte avançado à vida. Os leitos pediátricos estão situados em um espaço anexo à sala amarela e ficam sob responsabilidade da equipe que está de plantão na referida sala. Dentro deste anexo está localizado o repouso da enfermagem, sendo apenas um para os enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A sala vermelha divide-se em dois ambientes, um destinado ao atendimento das emergências organizado em torno de três boxes, que embora estivessem assim divididos eram organizados segundo as demandas observadas, de forma tal que deveriam acomodar tantos pacientes quantos fossem encaminhados ao serviço e o outro destinado ao acompanhamento de pacientes já estabilizados, com quatro leitos, cujo funcionamento e organização assemelham-se ao observado em UTI's. Há ainda nesse ambiente, funcionando diuturnamente, uma farmácia satélite, um consultório médico, no qual são atendidos os pacientes que retornam ao serviço, uma sala de gesso, um estar médico e uma sala de utilidades. Os pacientes encaminhados para retorno aguardam atendimento em um corredor externo à sala de emergência, onde se observou, com elevada frequência, durante o período de coleta de dados grande número de pacientes à espera de atendimento.

Há ainda nesta instituição hospitalar um setor denominado “extensão” para onde são encaminhados pacientes cujo quadro clínico não exija assistência intensiva mais ao mesmo tempo não permita alta hospitalar, onde os usuários encaminhados aguardam vaga nas alas que compõem o hospital. A escala de serviço desse setor é cumprida, em situação de revezamento, pelos mesmos profissionais que compõem a equipe de urgência e emergência, para onde são escalados em sistema de rodízio entre as salas que compõem a emergência e urgência.

Há outro setor denominado UTI II, que embora não componha o serviço de urgência e emergência propriamente, foi criado para atender a necessidade de “desafogar” os “leitos” da emergência e para suprir a deficiência de leitos de UTI existentes na instituição. Sua organização e funcionamento seguem os padrões de qualquer UTI, sendo este o serviço para onde são encaminhados os pacientes cujo quadro clínico é grave, após estabilização na emergência.

O Complexo Hospitalar Mangabeira é uma instituição municipal especializada no atendimento às urgências e emergências clínicas e traumáticas e atua de forma complementar

aos serviços prestados pelo HETSLH. A emergência e urgência do referido hospital está estruturada em torno de cinco setores, o Centro de diagnóstico por imagem (CDI), a triagem, a sala vermelha, a sala de reanimação e os leitos de observação. A porta de entrada para o serviço é a triagem, onde são recebidos e avaliados todos os pacientes encaminhados ao serviço ou que se apresentem espontaneamente. Os pacientes que se encontram sob risco iminente de morte são encaminhados diretamente para a sala de reanimação. Esta sala possui cinco leitos organizados e equipados com os instrumentos necessários ao suporte avançado de vida. Trabalham nessa unidade em regime de diarista dois enfermeiros, sendo um no turno da manhã e outro no turno da tarde. Na observação trabalham dois enfermeiros por plantão, enquanto outro atua no CDI e mais um na triagem em regime de plantão.

### **3.3 População e amostra**

A população do estudo foi constituída por 143 enfermeiros que desenvolvem atividades profissionais nos serviços de urgência e emergência dos seis hospitais da rede do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado da Paraíba incluídos na pesquisa. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: concordar em participar da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, estar atuando como enfermeiro no serviço de urgência e emergência no momento da coleta dos dados e atuar há pelo menos três meses no serviço de urgência e emergência. O critério de exclusão aplicado foi não comparecer ao serviço no período em ocorreu a coleta dos dados, independente da causa da ausência ou afastamento. O critério de perda aplicado foi apresentar questionário com omissões em qualquer das escalas constantes do instrumento da pesquisa.

Dos 144 enfermeiros que compunham a população do estudo, 1 estava de férias, 2 não devolveram os questionários da pesquisa, 5 foram excluídos da escala de serviço ou transferidos para outros setores antes que os questionários pudessem ser entregues e 18 não foram localizados nos respectivos hospitais no período em que ocorreu a coleta dos dados. Participaram, portanto, da pesquisa 118 enfermeiros. Após rigorosa correção dos formulários devolvidos dois deles foram perdidos em virtude de apresentarem omissões nas respostas em uma ou mais escalas que compunham os instrumentos da pesquisa e 6 foram excluídos por não apresentar o tempo mínimo estabelecido para atuação em serviços de urgência e emergência determinado nos critérios de inclusão e 02 foram excluídos por terem devolvido os questionários com omissões nas respostas referentes às escalas utilizadas. Assim, foram analisados os questionários de 110 enfermeiros que desempenham atividades laborais em seis

diferentes hospitais especializados nos atendimentos às urgências e emergências no Estado da Paraíba.

### 3.4 Instrumentos para a coleta dos dados

Foram utilizados nesta pesquisa três questionários, o *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey - MBI-HSS* (Anexo A), o inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA (Anexo B) e o questionário construído pela pesquisadora destinado à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes da pesquisa (apêndice B).

Os níveis de *burnout* têm sido mensurados através do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), questionário, auto-aplicável desenvolvido pelas psicólogas sociais Maslach e Jackson, que contém uma escala tipo *likert* de sete pontos, que vai de zero indicando nunca, até seis indicando todos os dias. Dos 22 itens constantes do questionário nove são relacionados à exaustão emocional (EE), oito relativos à realização pessoal (RP) e cinco à despersonalização (DE). Considera-se em nível com *burnout* moderado o indivíduo que apresentar pelo menos duas das dimensões em nível médio; considera-se com *burnout* grave uma pessoa que revela pelo menos duas das dimensões em nível alto (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Quanto à realização profissional, a escala é invertida, sendo considerado grave o indivíduo que apresenta baixas pontuações nessa dimensão.

Este questionário apresenta três versões, o MBI-HSS (*Human Service Survey*), o MBI-ED (*Educators survey*) e o MBI-GS (*General survey*), o primeiro destina-se a mensuração do *burnout* em profissionais da saúde, o segundo em professores e o último em trabalhadores em geral. Cada uma destas versões apresenta terminologia apropriada ao público a que se destina, sendo utilizado, no primeiro a palavra cliente, no segundo a palavra aluno e no terceiro a palavra pessoa, o último difere dos dois primeiros quanto ao número de questões, apresenta apenas 16 itens.

O MBI- HSS foi escolhido como instrumento preferencial para a realização desta pesquisa por ser o mais utilizado para avaliação do *burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem, além disso, foi adaptado e validado no Brasil por Tamayo em 1997 (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999).

O MBI – HSS contém 22 questões, sendo nove itens relacionados à exaustão emocional; cinco relacionados com a despersonalização e oito itens relacionados à baixa realização pessoal no trabalho. Cada item indica a frequência das respostas em uma escala de pontuação que vai de zero (0) a seis (6), sendo (0) para “nunca”, (1) para “uma vez ao ano ou

menos”, (2) para “uma vez ao mês ou menos”, (3) para indicar “algumas vezes ao mês”, (4) para indicar “uma vez por semana” (5) para “algumas vezes por semana e (6) para “todos os dias” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

As sub-escalas que aferem as três dimensões do *burnout* são, esgotamento ou exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e realização pessoal (RP).

No *MBI-HSS* a exaustão emocional é aferida por nove questões (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) que estão descritas abaixo:

1. Sinto-me esgotado (a) emocionalmente devido ao meu trabalho;
2. Sinto-me cansado (a) ao final da jornada de trabalho;
3. Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado (a);
6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
8. Meu trabalho deixa-me exausto (a).
13. Sinto-me frustrado (que não atingiu o seu ideal, a sua ambição, o seu desejo) em meu trabalho.
14. Creio que estou trabalhando em demasia.
16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.
20. Sinto-me no limite das minhas possibilidades.

A despersonalização (DE) é aferida por cinco itens (5, 10, 11, 15 e 22) os quais estão descritos abaixo:

5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais.
10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho.
11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.
15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.
22. Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas

E, finalmente, a realização pessoal é aferida por oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) que se encontram descritos abaixo:

4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.
7. Lido eficazmente (que age com eficiência) com os problemas das pessoas.
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida dos outros
12. Sinto-me com muita vitalidade (força).
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.
18. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com pessoas.
19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão

21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais em minha profissão.

Como ainda não está esclarecido o peso de cada um dos componentes da síndrome no conjunto dos elementos que o compõem é recomendado no manual do questionário *MBI* a pontuação de cada uma das dimensões separadamente (MASLACH, JACKSON, 1981). Para a análise da prevalência da síndrome de *burnout* no seu conjunto será utilizado o critério de Maslack e Jackson descrito anteriormente.

O ITRA (anexo B) é um instrumento estruturado que tem por objetivo delinear o perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento. Foi desenvolvido para atender a demanda resultante do aumento do número de pesquisas em psicodinâmica do trabalho sendo de grande utilidade para se investigar grandes populações e organizações, bem como para pesquisas envolvendo diagnósticos em saúde do trabalhador podendo oferecer resultados importantes para organização e implantação de programas de prevenção e saúde ocupacional, além disso, proporciona uma análise descritiva do real, possibilitando traçar o perfil de alguns fatores que podem interferir no processo de adoecimento no trabalho (MENDES, 2007).

Esse inventário avalia algumas dimensões da inter-relação trabalho e processo de subjetivação. Investiga o contexto de trabalho e os efeitos que ele pode exercer no modo do trabalhador vivenciá-lo (MENDES, 2007).

O ITRA é composto por quatro escalas interdependentes cujo objetivo é avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento conforme descrição abaixo:

- O contexto de trabalho: são representações relativas à organização, às relações sócio-profissionais e às condições de trabalho que são avaliados pela Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT). Esta escala é composta por três fatores, a organização do trabalho, as condições de trabalho e as relações sócio-profissionais. Trata-se de uma escala do tipo *likert*, com as seguintes opções de resposta: “1” nunca, “2” raramente, “3” às vezes, “4” frequentemente e “5” sempre.

A análise do contexto de trabalho deve ser feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio-padrão em relação ao ponto médio, de modo que resultados acima de 3,7 significam uma avaliação negativa, grave, indica que o contexto de trabalho possibilita de forma grave o adoecimento profissional; resultados entre 2,3 e 3,69 revelam uma avaliação mais moderada, crítica, mas não grave, indica que o contexto de trabalho favorece moderadamente o adoecimento do profissional; finalmente resultados

abaixo de 2,29 revelam uma avaliação positiva, satisfatória, indicando que o contexto de trabalho contribui para a saúde do profissional;

- As exigências do trabalho: são representações relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho que serão avaliados pela Escala de custo humano no trabalho (ECHT). É também composta por três fatores, custo físico, cognitivo e afetivo. Possui cinco opções de resposta, sendo “1” nunca, “2” pouco exigido, “3” mais ou menos exigido, “4” bastante exigido e “5” totalmente exigido. Sua análise segue as orientações da primeira escala;
- O sentido do trabalho: são representações relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho avaliadas pela Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST). É constituída por quatro fatores, dois avaliando prazer, realização profissional e liberdade de expressão e outros dois destinados à avaliação do sofrimento no trabalho percebidos pela falta de reconhecimento e esgotamento profissional. Apresenta sete opções de resposta, cujo objetivo é avaliar nos últimos seis meses a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento, de modo que “0” significa nenhuma vez, “1” uma vez, “2” duas vezes, “3” três vezes, “4” quatro vezes, “5” cinco vezes e “6” seis vezes.

Considera-se como resultado para a vivência prazer: acima de 4, avaliação mais positiva satisfatória, entre 3,9 e 2,1 avaliação moderada, crítica; abaixo de 2,0 avaliação para raramente, grave; já para os fatores de sofrimento a análise é realizada baseando-se nos seguintes valores: acima de 4 avaliação mais negativa, grave; entre 3,9 e 2,1 avaliação moderada, crítico e abaixo de 2 avaliação menos negativa, satisfatória;

- Os efeitos do trabalho para a saúde: são representações relativas às conseqüências em termos de danos físicos e psicossociais. Essas serão avaliadas pela Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT). É composta por três fatores, danos físicos, psicológicos e sociais, é também uma escala com sete opções de resposta cuja proposta é avaliar os danos provocados pelo trabalho nos últimos seis meses, assim, “0” significa nenhuma vez, “1” uma vez, “2” duas vezes, “3” três vezes, “4” quatro vezes, “5” cinco vezes e “6” seis vezes.

Os resultados são classificados em quatro níveis, a saber: acima de 4,1 avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais; entre 3,1 e 4 avaliação moderada para freqüente, grave; entre 2,0 e 3,0 avaliação moderada crítico, abaixo de 1,9 avaliação mais positiva, suportável.

O questionário para caracterização sociodemográfica da amostra contém duas partes, a primeira contendo as seguintes questões relacionadas à demografia: sexo, idade, estado civil, número de filhos e nível de formação; e a segunda contendo questões relacionadas a caracterização profissional: tempo de exercício da profissão de enfermeiro; tempo de atuação na instituição hospitalar pesquisada; carga horária semanal de trabalho como enfermeiro na instituição hospitalar pesquisada; possuir especialidade na área de atuação; quantidade de vínculos trabalhistas, situação da relação de trabalho mantida com a instituição pesquisada; carga horária semanal total de trabalho como enfermeiro considerando todos os vínculos mantidos e a realização de outras atividades profissionais.

Com o propósito de garantir a validade dos dados coletados durante a realização da pesquisa, avaliar o tempo necessário a exploração do questionário e identificar possíveis distorções na sua elaboração este instrumento foi submetido a um teste piloto. O teste piloto foi realizado no Hospital regional de cajazeiras no período de 1 a 15 de abril de 2010.

### **3.5 Procedimentos para a coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas, a primeira no município de Cajazeiras e Souza, a segunda no município de Campina Grande, a terceira no município de Patos e a quarta e, última, no município de João Pessoa. Foram realizados os seguintes procedimentos:

- A primeira etapa ocorreu no Hospital Regional de Cajazeiras, na cidade de cajazeiras e no Hospital regional de Souza, localizado no município de Souza no período de 1 a 30 de abril de 2010;
- A segunda etapa ocorreu no município de Campina Grande no Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande, no período de 1 a 30 de maio de 2010;
- A terceira etapa ocorreu no município de Patos, no Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro, no período de 1 a 15 de junho de 2010;
- A quarta etapa aconteceu no município de João Pessoa, onde foram coletados os dados no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar Mangabeira, no período de 15 de junho a 28 de julho de 2010;
- A quinta etapa consistiu na análise criteriosa e correção dos questionários mediante a identificação de omissões nas respostas dos questionários e contato telefônico para correção dos mesmos ou retorno aos serviços, quando possível.

Todos os profissionais foram abordados e convidados a participarem da pesquisa em horário de trabalho, com o consentimento dos gestores das instituições, sendo-lhes facultado o

direito, sempre que desejaram, de levar os instrumentos para casa e devolvê-los em data e horário pré-estabelecido, conforme a conveniência de cada um deles.

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora com o auxílio de duas estudantes do curso de graduação em enfermagem e de duas enfermeiras, sendo uma servidora do Hospital regional de Cajazeiras e, a outra, servidora do Hospital regional de Patos que se disponibilizaram, voluntariamente, para a aplicação dos questionários constantes dessa pesquisa. Para tanto, houve uma apresentação dos instrumentos utilizados para a coleta dos dados da pesquisa com o propósito de uniformizar as abordagens aos profissionais, tendo em vista a obtenção, na maioria dos casos, de consentimento para a realização da pesquisa e de esclarecer dúvidas relacionadas ao objetivo da pesquisa e ao conteúdo dos referidos instrumentos.

### **3.6 Posicionamento ético da pesquisadora**

Durante a realização da pesquisa foram considerados os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS, juntamente com o aceite da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, órgãos responsáveis pelas instituições selecionadas para a realização da pesquisa para análise e aprovação do mesmo. Após sua aprovação foram encaminhados ofícios do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba aos diretores das instituições hospitalares onde a pesquisa foi realizada com o propósito de apresentar a pesquisadora e facilitar o contato inicial.

O Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – apêndice A) foi construído conforme as orientações dispostas na resolução 196/96 e tem por finalidade permitir que o profissional convidado a participar da pesquisa compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos na realização dessa pesquisa possibilitando, assim, que o convidado tome a decisão acerca da participação ou não na pesquisa de forma autônoma.

### 3.7 Análise dos dados

Os questionários, após devolvidos, foram revisados e corrigidos. Os dados coletados foram codificados e digitados com o auxílio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* 15.0, após o que foram submetidos à análise estatística. Com o intuito de descrever os dados coletados foram feitas, a princípio, a distribuição de frequência e a análise descritiva dos dados. Esses estão apresentados na forma de gráficos e tabelas de frequência. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos os valores de  $P < 0,05\%$ . Para avaliar a associação entre as variáveis foi aplicado o teste do *qui-quadrado* de Pearson. A partir das variáveis estatisticamente significativas calculou-se o *Odds ratio*.

Foram avaliados os riscos existentes no ambiente de trabalho de enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência segundo os elementos que compõem o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), quais sejam, o contexto de trabalho, avaliado pela Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT), o custo humano no trabalho, mensurado segundo a escala de custo humano no trabalho (ECHT), as vivência de prazer e sofrimento no trabalho, avaliadas mediante a aplicação da Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST) e os danos relacionados ao trabalho, considerado segundo a Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT). Estas escalas possibilitam mensurar distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes, relativas ao mundo do trabalho (MENDES, 2007).

Com o propósito de identificar a razão de chances dos enfermeiros desenvolverem *burnout* quando expostos aos fatores investigados com o emprego do ITRA optou-se por dicotomizar as variáveis das escalas constantes do ITRA do seguinte modo: na EACT categorizou-se as respostas encontradas para as opções “nunca” e “raramente” como “não” e as demais como “sim”; na ECHT para os itens “nada exigido” e “pouco exigido” foram considerados como “não” e os demais valores foram considerados como “sim”; na EIPST os itens “nenhuma vez” e “uma vez” foram considerados como “não” e os demais como “sim”; essa mesma classificação foi adotada para a análise da EADRT. No que se refere ao desenvolvimento da SB, indivíduos com *burnout* moderado e grave foram categorizados como “sim” e os indivíduos sem *burnout* foram categorizados como “não”.

## ***4 Resultados***

---

#### 4.1 Perfil sociodemográfico e profissional

No que se refere ao perfil sociodemográfico dos enfermeiros pesquisados, os dados esquematizados na Tabela 1 mostram predominância do sexo feminino sobre o masculino, com 75,3% dos enfermeiros incluídos no primeiro grupo, profissionais jovens, na faixa etária compreendida entre os 20 e 30 anos de idade, com mínimo de 22 e máximo de 56 anos de idade, média de 30,87 anos e DP 8,58 anos. Quanto ao estado civil, foram considerados sem companheiro os enfermeiros que afirmaram ser solteiros, divorciados ou viúvos, sendo ao todo, 65,4% (72) os enfermeiros desse grupo. Aproximadamente 70% afirmaram não ter filhos, e dentre aqueles que disseram tê-los, mais da metade (57,5%) afirmaram ter apenas 1.

**Tabela 1:** Distribuição dos dados coletados quanto ao perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa. Paraíba, 2010.

| VARIÁVEL                                                                     |                 | n  | f(%) |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|------|
| Sexo                                                                         | Masculino       | 27 | 24,5 |
|                                                                              | Feminino        | 83 | 75,3 |
| Faixa etária                                                                 | 20 a 30 anos    | 75 | 65,8 |
|                                                                              | 31 a 40 anos    | 16 | 14,0 |
|                                                                              | 41 ou mais      | 14 | 12,3 |
|                                                                              | NR              | 05 | 4,4  |
| Estado civil                                                                 | Sem companheiro | 72 | 65,4 |
|                                                                              | Com companheiro | 38 | 34,5 |
|                                                                              | Sim             | 40 | 36,6 |
| Filhos                                                                       | Não             | 68 | 61,8 |
|                                                                              | NR              | 2  | 1,6  |
|                                                                              | 1               | 23 | 57,5 |
| Número de filhos                                                             | 2               | 9  | 22,5 |
|                                                                              | 3 ou mais       | 8  | 20,0 |
| Número de instituições em que atua                                           | 1               | 50 | 45,5 |
|                                                                              | 2 ou mais       | 60 | 54,5 |
| Carga horária semanal de trabalho na instituição pesquisada                  | 20 a 36         | 87 | 79,1 |
|                                                                              | 40 ou mais      | 21 | 19,1 |
|                                                                              | NR              | 02 | 1,8  |
| Carga horária semanal de trabalho considerando todos os vínculos de trabalho | 20 a 44         | 54 | 49,1 |
|                                                                              | 44 ou mais      | 53 | 48,2 |
|                                                                              | NR              | 03 | 2,7  |
| Exerce alguma outra atividade profissional                                   | Sim             | 34 | 30,9 |
|                                                                              | Não             | 76 | 69,1 |
| Tempo de exercício da profissão                                              | 0 – 5 anos      | 77 | 70,0 |
|                                                                              | Mais de 5 anos  | 32 | 29,1 |
|                                                                              | NR              | 01 | 0,9  |
| Tempo de atuação no hospital                                                 | 0 – 5 anos      | 94 | 85,5 |
|                                                                              | Mais de 5 anos  | 16 | 14,5 |
| Tempo de atuação em serviços de urgência e                                   | 0 – 5 anos      | 90 | 81,8 |

|            |                |    |      |
|------------|----------------|----|------|
| emergência | Mais de 5 anos | 20 | 18,2 |
|------------|----------------|----|------|

Quanto ao perfil profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa, destaca-se o percentual de profissionais com múltiplo vínculo de trabalho (Tabela 1). Dentre a amostra pesquisada, 54,5% (60) declararam possuir dois ou mais vínculos de trabalho, chegando até a enfermeiros que afirmaram ter quatro vínculos de trabalho com instituições de saúde diferentes. Identificou-se também que parcela importante dos enfermeiros, em torno de um terço desses profissionais (30,9%), desenvolve algum tipo de atividade profissional extra, que não a enfermagem assistencial.

Quanto à carga horária (Tabela 1) analisou-se duas situações distintas, a primeira refere-se à carga horária semanal daqueles enfermeiros que trabalham apenas na instituição hospitalar pesquisada e a segunda refere-se à carga horária dos enfermeiros que afirmaram ter dois ou mais vínculos de trabalho. Dentre os 45,5% (50) de enfermeiros que afirmaram possuir apenas um vínculo profissional, 30,9% (34) disseram trabalhar com uma carga horária semanal de até 30 horas, 13,6% (15) disseram trabalhar com carga horária semanal superior a 30 horas e 0,9% (01) não respondeu. Dentre os enfermeiros que disseram ter dois ou mais vínculos de trabalho 35,35% (39) disseram trabalhar com carga horária semanal de trabalho de até 30 horas, 18,2% (20) disseram trabalhar com carga horária semanal superior a 30 horas. Os resultados mostraram mínimo de 20 horas, máximo de 100 horas, com média de 47,59 horas por semana, e DP de 19, 10 horas para a carga horária semanal de trabalho considerando todos os vínculos.

**Tabela 2:** Distribuição dos dados coletados quanto ao tempo de exercício da profissão, de atuação no hospital pesquisado e de exercício em serviços de urgência e emergência, em anos. Paraíba, 2010.

|                                                       | Mínimo | Máximo | Média  | Desvio-padrão |
|-------------------------------------------------------|--------|--------|--------|---------------|
| Tempo de exercício da profissão                       | 0,25   | 30     | 5,6613 | 6,4           |
| Tempo de atuação no hospital                          | 0,25   | 12,00  | 2,5826 | 2,8           |
| Tempo de atuação em serviços de urgência e emergência | 0,25   | 23,00  | 3,5477 | 4,5           |

Quanto ao tempo de exercício da profissão (Tabela 1 e 2), a maioria dos enfermeiros exerce a profissão há menos de cinco anos, incluíram-se nesse grupo 70% (77) dos enfermeiros pesquisados, os resultados mostraram mínimo de 0,25 anos, máximo de 30 anos, com DP de 6,4 anos. No que se refere ao tempo de atuação no hospital, 85,5% (94) trabalham

há menos de cinco anos nas respectivas unidades hospitalares, com mínimo de 0,25 anos, máximo de 12 anos, média de 2,58 e DP de 2,8 anos. Valores semelhantes foram observados para o tempo de atuação em serviços de urgência e emergência. 81,8% (90) dos enfermeiros estão incluídos nesse grupo, ou seja, atuam nesse tipo de serviço há menos de cinco anos, com mínimo de 0,25 anos, máximo de 23 anos, média de 3,54 anos e DP de 4,5 anos.

**Tabela 3:** Distribuição de freqüência dos enfermeiros especializados em urgência e emergência em relação aos que afirmaram ser especialista em qualquer área. Paraíba, 2010.

|                                                     |     | Especialista em qualquer área |      |     |      | Total |      |
|-----------------------------------------------------|-----|-------------------------------|------|-----|------|-------|------|
|                                                     |     | Sim                           |      | Não |      |       |      |
|                                                     |     | n                             | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |
| Especialização em serviços de urgência e emergência | Sim | 32                            | 29,1 | -   | -    | 32    | 29,1 |
|                                                     | Não | 43                            | 39,1 | 35  | 31,8 | 78    | 70,9 |
| Total                                               |     | 75                            | 68,2 | 35  | 31,8 | 110   | 100  |

Dentre as variáveis analisadas no presente estudo, destaca-se o baixo percentual de enfermeiros especialistas em urgência e emergência encontrados nos serviços pesquisados. Os dados esquematizados na Tabela 3 mostram que 68,2% (75) dos enfermeiros pesquisados possuem algum tipo de especialização, mas apenas 29,1% (32) desses enfermeiros são especialistas na área de urgência e emergência. Esses números mostram elevado percentual de profissionais sem formação específica para o trabalho em serviços de urgência e emergência, embora estejam inseridos nesse contexto de trabalho. Dentre os enfermeiros há, ainda, 31,8% (35) que não possuem qualquer tipo de especialização.

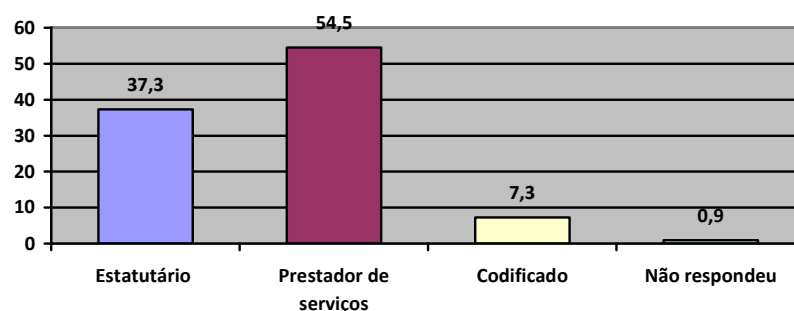


**Gráfico 1:** Distribuição de freqüência quanto ao vínculo de trabalho estabelecido entre o enfermeiro e a instituição pesquisada. Paraíba, 2010.

Vê-se no Gráfico 1, quanto à relação de trabalho estabelecida entre os enfermeiros participantes do estudo e as instituições pesquisadas, que apenas 37,3% (41) dos enfermeiros participantes do estudo são estatutários, que 54,5% (60) dos profissionais participantes da pesquisa são prestadores de serviço e 7,3% (8) são codificados, o que evidencia uma relação de trabalho precária e implica desproteção e desamparo, visto que esses enfermeiros não podem contar com os direitos que a seguridade social regular pode garantir.

#### 4.2 Síndrome de *burnout* em enfermeiros de serviços de urgência e emergência

Os dados esquematizados na Tabela 4 mostram a frequência com que se identificou entre os enfermeiros da pesquisa a ocorrência de cada uma das dimensões que compõem o *burnout*. Para a descrição da ocorrência da síndrome entre os enfermeiros pesquisados seguiram-se as recomendações de Maslach e Jackson (1986), segundo as quais para cada uma das dimensões do *burnout* (EE, DP, rRP) há diferentes estágios ou níveis de desenvolvimento, quais sejam, baixo, médio e alto. Como não há consenso na literatura em torno dos pontos de corte a serem aplicados para classificação da ocorrência do *burnout* em cada um dos níveis que compõem a síndrome optou-se por utilizar os pontos de corte utilizados por Pascoal (2008), segundo a qual os níveis possíveis (baixo, médio, alto) em cada uma das dimensões do *burnout* (EE, DP, RP) mantêm uma correspondência com os percentis descritos na Tabela 4, de forma que a frequência de ocorrência de cada um dos itens que compõem o MBI (EE = 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20; DP = 5, 10, 11, 15, 22; RP = 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) em cada uma das suas dimensões foi correlacionada com os pontos correspondentes aos percentis descritos na Tabela 4.

**Tabela 4:** Escala de classificação dos níveis das dimensões do *burnout* segundo recomendações de Maslach e Jackson com distribuição dos níveis obtidos entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência pesquisados. Paraíba, 2010.

| Dimensões do <i>burnout</i> | Nível    | Percentil | Pontuação | n  | f(%) |
|-----------------------------|----------|-----------|-----------|----|------|
| EE                          | Baixo    | 0-25      | 0-18      | 22 | 20,0 |
|                             | Médio    | 25-75     | 19-32     | 54 | 49,1 |
|                             | Alto     | 75-100    | > 32      | 34 | 31,0 |
| DP                          | Baixo    | 0-25      | 0 – 2     | 19 | 17,3 |
|                             | Médio    | 25-75     | 3 – 11    | 60 | 54,5 |
|                             | Alto     | 75-100    | > 11      | 31 | 28,2 |
| RP                          | Reduzida | 0-25      | 0-31      | 26 | 23,6 |

Tabela 4: continuação

|       |        |         |    |      |
|-------|--------|---------|----|------|
| Médio | 25-75  | 32 – 42 | 54 | 49,1 |
| Alto  | 75-100 | > 42    | 30 | 27,3 |

Fonte: Pascoal, 2008; dados empíricos da pesquisa, 2010.

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostram elevada frequência de profissionais com níveis médios e altos tanto na dimensão EE como na dimensão DP e baixa frequência de profissionais com níveis altos na dimensão RP. Destacam-se os valores obtidos para a dimensão EE, uma vez que se observa que mais de 80% (88) dos profissionais pesquisados encontra-se com níveis médios ou altos nessa dimensão e na dimensão DP, cujos valores mostram mais de 80% (91) dos profissionais também com níveis médios ou altos nessa dimensão. Quanto à dimensão realização profissional observa-se uma situação intermediária, com valores semelhantes tanto para a reduzida realização profissional como para a elevada realização profissional, com 23,6% (26) e 27,3% (30) enfermeiros incluídos em cada um dos casos, respectivamente. Dentre os 110 enfermeiros participantes do estudo 82,73% (91) apresentaram *burnout* em algum nível (Gráfico 2), sendo 59,1% (65) em nível moderado e 23,6% (26) em nível grave. Considera-se com síndrome de *burnout* em nível grave aquele enfermeiro que apresenta pelo menos duas dimensões em níveis altos, sendo que para a realização profissional considera-se crítico a presença de níveis baixos e com síndrome de *burnout* em nível médio o enfermeiro que apresenta pelo menos duas dimensões em níveis médios.

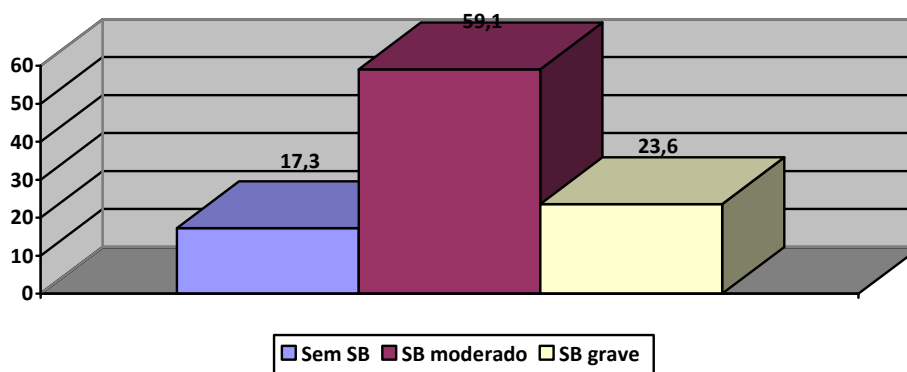


**Gráfico 2:** Distribuição da ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

**Tabela 5:** Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| Variável                                                         |                    | Síndrome de <i>burnout</i> |      |     |      | Total |      | <i>p</i><br>valor |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|------|-----|------|-------|------|-------------------|
|                                                                  |                    | Sim                        |      | Não |      |       |      |                   |
|                                                                  |                    | n                          | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |                   |
| Sexo                                                             | Masculino          | 24                         | 21,8 | 3   | 2,7  | 27    | 24,5 | 0,330             |
|                                                                  | Feminino           | 67                         | 60,9 | 16  | 14,5 | 73    | 75,5 |                   |
| Faixa etária                                                     | 20 a 30 anos       | 62                         | 56,4 | 10  | 9,1  | 72    | 65,5 | 0,191             |
|                                                                  | 31 ou mais         | 25                         | 22,7 | 08  | 7,3  | 33    | 30,0 |                   |
| Estado civil                                                     | Sem companheiro    | 61                         | 55,5 | 11  | 10,0 | 72    | 65,5 | 0,446             |
|                                                                  | Com companheiro    | 30                         | 27,3 | 8   | 7,3  | 38    | 34,5 |                   |
| Filhos                                                           | Sim                | 30                         | 27,3 | 10  | 9,1  | 40    | 36,4 | 0,121             |
|                                                                  | Não                | 59                         | 53,6 | 9   | 8,2  | 68    | 61,8 |                   |
| Nível de formação                                                | Com especialização | 63                         | 57,3 | 12  | 10,9 | 75    | 68,2 | 0,605             |
|                                                                  | Sem especialização | 28                         | 25,5 | 7   | 6,4  | 35    | 31,8 |                   |
| Especialização em urgência e emergência                          | Sim                | 25                         | 22,7 | 7   | 6,4  | 32    | 29,1 | 0,413             |
|                                                                  | Não                | 66                         | 60,0 | 12  | 10,9 | 78    | 70,9 |                   |
| Tempo de exercício da profissão                                  | 0 a 5 anos         | 63                         | 57,3 | 14  | 12,7 | 77    | 70,0 | 0,749             |
|                                                                  | 5 anos ou mais     | 27                         | 24,5 | 5   | 4,5  | 32    | 29,1 |                   |
| Tempo de atuação na instituição hospitalar pesquisada            | 0 a 5 anos         | 78                         | 70,9 | 16  | 14,5 | 94    | 85,5 | 0,866             |
|                                                                  | 5 anos ou mais     | 13                         | 11,8 | 3   | 2,7  | 16    | 14,5 |                   |
| Tempo de atuação em serviços de urgência e emergência            | 0 a 5 anos         | 75                         | 68,2 | 15  | 13,6 | 90    | 81,8 | 0,721             |
|                                                                  | 5 anos ou mais     | 16                         | 14,5 | 4   | 3,6  | 20    | 18,2 |                   |
| Carga horária semanal de trabalho na instituição pesquisada      | Até 30 horas       | 60                         | 54,5 | 13  | 11,8 | 73    | 66,4 | 0,932             |
|                                                                  | Maior que 30 horas | 29                         | 26,4 | 6   | 5,5  | 35    | 31,8 |                   |
| Número de instituições em que atua                               | 1                  | 40                         | 36,4 | 10  | 9,1  | 50    | 45,5 | 0,490             |
|                                                                  | 2 ou mais          | 51                         | 46,4 | 9   | 8,2  | 60    | 54,5 |                   |
| Carga horária semanal de trabalho considerando todos os vínculos | Até 44 horas       | 43                         | 39,1 | 10  | 9,1  | 53    | 48,2 | 0,575             |
|                                                                  | Maior que 44 horas | 46                         | 41,8 | 8   | 7,3  | 54    | 49,1 |                   |
| Vínculo empregatício                                             | Estatutário        | 34                         | 30,9 | 7   | 6,4  | 41    | 37,3 | 0,939             |
|                                                                  | Não estatutário    | 56                         | 50,9 | 12  | 10,9 | 68    | 61,8 |                   |
| Exercício de atividade profissional extra                        | Sim                | 29                         | 26,4 | 5   | 4,5  | 34    | 30,9 | 0,634             |
|                                                                  | Não                | 62                         | 56,4 | 14  | 12,7 | 76    | 69,1 |                   |

Analisando o desenvolvimento da síndrome de *burnout* segundo as características sociodemográficas e profissionais investigadas (Tabela 5), observa-se que dentre os 91 enfermeiros que apresentaram a síndrome de *burnout* em algum grau (moderado ou grave),

73,6% (67) são do sexo feminino, 26,4% (24) são do sexo masculino, mais de 68,1% (62) encontram-se na faixa etária compreendida entre os 20 e 30 anos de idade, 67% (61) não possuem companheiro, e 64,8% (59) não possuem filhos.

Quanto ao nível de formação observou-se que 69,2% (63) dos casos de *burnout* identificados ocorrerem entre enfermeiros com especialização, independente da área do conhecimento. Quando se considera os casos segundo a existência ou não de especialização em atendimentos de urgência e emergência, vê-se que dos 75 enfermeiros especialistas 32 são em atendimentos de urgência e emergência e, dentre estes, 25 apresentam síndrome de *burnout*.

Quando se considera a distribuição dos casos de *burnout* identificados segundo o tempo de exercício da profissão, observa-se que 63 dos casos ocorrerem entre enfermeiros que exercem a profissão há até 5 anos. Para o tempo de atuação na instituição pesquisada observou-se que 78 dos casos identificados ocorreram entre enfermeiros que atuam há até 5 anos no hospital pesquisado. Valor semelhante foi observado para o tempo de atuação em serviços de urgência e emergência, onde 75 dos casos de burnout ocorreram entre enfermeiros que atuam nesse tipo de serviço há até 5 anos.

A análise da carga horária semanal de trabalho segundo a ocorrência de *burnout* mostrou que 60 dos casos ocorreram entre profissionais que vivem uma carga horária de até 30 horas, considerando apenas o vínculo na instituição pesquisada. Quando se analisa a ocorrência da síndrome de *burnout* entre aqueles profissionais que possuem mais de um vínculo vê-se que 56% (51) dos enfermeiros com *burnout* atuam em mais de uma instituição hospitalar, e dentre esses, 46 vivem uma carga horária semanal de trabalho de mais de 44 horas.

Os resultados mostram também que dentre os enfermeiros com *burnout*, 61,5% (56) não são estatutários (ou seja, são prestadores de serviço ou codificados) e 31,86% (29) desempenham outro tipo de atividade profissional além da enfermagem assistencial. No que se refere ao papel das variáveis sociodemográficas e profissionais para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, não houve associação estatisticamente significativa entre as mesmas e a ocorrência da síndrome entre os enfermeiros participantes do estudo.

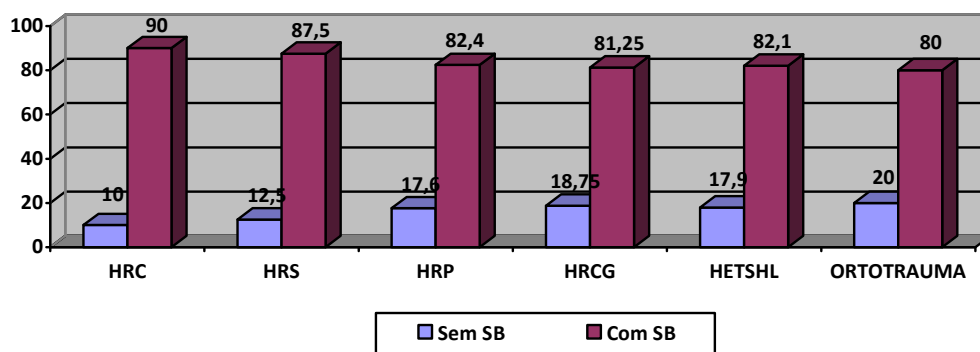


**Gráfico 3:** Distribuição de frequência da ocorrência de síndrome de *burnout* segundo a unidade hospitalar pesquisada. Paraíba, 2010.

Considerando o desenvolvimento da SB segundo unidade hospitalar (Gráfico 3), percebe-se homogeneidade nas prevalências da SB observadas para cada uma das unidades hospitalares pesquisadas, com prevalência superior a 80%, chegando até a 90%, de SB, considerando os níveis moderado e grave da doença, entre os profissionais lotados em cada uma das unidades hospitalares pesquisadas. Destaca-se os valores observados para o HRC e o HRS onde foram constatadas as mais elevadas prevalências da síndrome entre os enfermeiros participantes do estudo.

Vê-se no Gráfico 3 que no HRC 90% (9) dos enfermeiros pesquisados encontra-se com SB, sendo 70% (7) com níveis moderados e 20% (2) com níveis graves. A pesquisa no HRS mostrou 87,5% (7) de enfermeiros com SB, dos quais 75% (6) apresentam nível moderado da SB e 16,6% (1) apresenta nível grave. No HRP foram identificados 82,4% (14) de enfermeiros com SB, dos quais 47,1% (8) encontram-se com níveis moderados e 35,3% (6) com níveis graves. Foram identificados no HRCG 81,25% (13) de prevalência da SB entre os enfermeiros pesquisados, dos quais 50% (8) apresentam a síndrome em nível moderado e 37,5% (6) apresentam *burnout* em nível grave. Os resultados obtidos para o HETSHL revelam que 82,1% (32) dos enfermeiros que participaram da pesquisa estão com SB, sendo 23 (59%) com níveis moderados e 23,1% (9) com níveis graves da doença. No Ortotrauma foram identificados 80% (16) de enfermeiros com SB, sendo 65% (13) com níveis moderados e 15% (3) com níveis graves da doença.

### 4.3 Avaliação do trabalho e dos riscos de desenvolver síndrome de *burnout*

#### 4.3.1 Avaliação do contexto de trabalho e o risco de desenvolver *burnout*

São considerados como fatores do contexto de trabalho a organização do trabalho, as relações socioprofissionais e as condições de trabalho, todos avaliados segundo a EACT. O gráfico 4 e as tabelas 6, 7 e 8 apresentam os principais resultados obtidos durante a avaliação do contexto de trabalho.

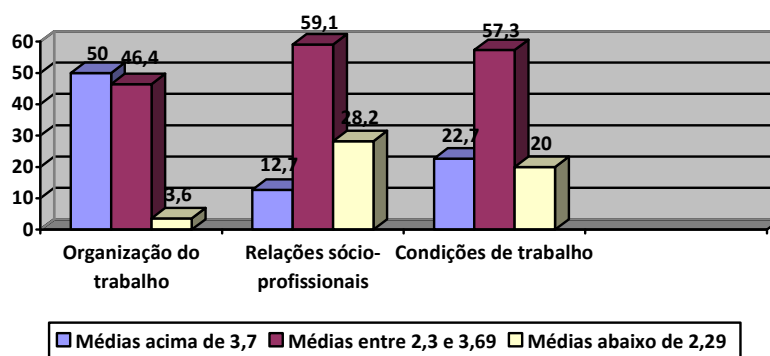


**Gráfico 4:** Distribuição das médias obtidas para os fatores organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho segundo a Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT).

A organização do trabalho compreende a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho (MENDES, 2007). Os dados esquematizados no gráfico 4 indicam que 50% (55) dos enfermeiros participantes da pesquisa avaliam a organização do trabalho de forma negativa, o que evidencia uma situação grave. Esses valores remetem a uma situação bastante negativa, geradora de elevado custo e sofrimento humano no trabalho e, portanto, com fortes riscos de levar os enfermeiros do serviço de urgência e emergência ao adoecimento pelo trabalho, exigindo providências urgentes da instituição no que se refere à atenuação, ou, preferencialmente, eliminação dos elementos potencialmente nocivos identificados. A Tabela 6 traz as variáveis relacionadas à organização do trabalho.

Outros 46,4% (51) avaliam a organização do trabalho de forma moderada, o que remete, ainda assim, a uma situação crítica. Estes números indicam a convivência desses trabalhadores com uma “situação-limite” no trabalho, que implica importante custo negativo e sofrimento no trabalho, sinalizando, com isso, um estado de alerta que impõem, por parte da organização, providências imediatas, cujos resultados, tanto em termos da melhora da

avaliação que os trabalhadores fazem deste fator como, principalmente, em termos da redução dos riscos potenciais de adoecimento, possam ser percebidos a curto e médio prazo.

Agrava o panorama de avaliação da organização do trabalho o fato de pouco mais de 95% dos enfermeiros pesquisados apresentarem uma avaliação que vai do crítico ao grave neste item, o que representa riscos severos à saúde desses trabalhadores.

Apenas 3,6% (4) dos enfermeiros participantes da pesquisa têm uma avaliação positiva da organização do trabalho nas instituições pesquisadas, o que demonstra que parcela bastante pequena dos mesmos vivencia uma situação satisfatória quanto ao fator em análise. Estes patamares de avaliação são desejáveis para todos os demais profissionais, uma vez que remetem a situações produtoras de prazer no trabalho, devendo, portanto, serem mantidos e consolidados no ambiente de trabalho.

Embora não tenha havido associação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento da síndrome e a avaliação negativa quanto à organização do trabalho, destaca-se a elevada frequência com que avaliações graves/críticas desse fator estiveram presentes entre os enfermeiros. Dentre os 110 enfermeiros que participaram do estudo, 96,4% (106) avaliam a organização do trabalho em serviços de urgência e emergência como crítica ou grave e dentre os 82,7 (91) que apresentaram *burnout* em algum nível, 96,7 (88) avaliaram a organização do trabalho em serviços de urgência e emergência como crítica ou grave, mostrando a relevância desse fator para o desgaste dos enfermeiros que trabalham em serviços de urgência e emergência.

No que se refere às relações socioprofissionais, os resultados apresentados no gráfico 4 indicam que 12,7% (14) dos enfermeiros participantes do estudo avaliaram esse fator de forma bastante negativa, mostrando, com isso, uma situação grave para os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência, uma vez que esse fator remete ao modo como esses trabalhadores avaliam a gestão do trabalho, a comunicação e interação profissional entre a equipe e os usuários dos serviços (MENDES, 2007). A maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa, 59,1% (65) as avalia de forma moderada, indicando, mesmo assim, uma situação crítica. Apenas 28,2% (31) avaliaram este fator de forma satisfatória, caracterizando nesse caso, uma situação favorável, positiva. Faz-se necessário avaliar individualmente quais as variáveis que têm contribuído para deteriorar as relações socioprofissionais no trabalho, o que está detalhado na Tabela 7. Houve associação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento da síndrome de *burnout* e está exposto a situações de relações socioprofissionais negativas (Tabela 9).

Vê-se no gráfico 4, que 22,7% (25) dos enfermeiros avaliam as condições de trabalho de modo bastante negativo, o que indica, para os profissionais incluídos nesse grupo, uma situação de trabalho bastante precária. A maioria dos enfermeiros, 57,3% (63) percebe as condições de trabalho de forma moderada, o que significa uma situação crítica. Somente 20% (22) dos enfermeiros avaliaram as condições de trabalho de forma satisfatória. Como feito nos casos anteriores, será realizada a discussão pormenorizada das variáveis que têm contribuído para a construção dessa avaliação pelos enfermeiros na Tabela 8.

**Tabela 6:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator organização do trabalho segundo a ocorrência de *burnout* entre os enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| EACT<br>Organização do trabalho                             |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |      | p-valor |
|-------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
|                                                             |     | Sim                          |      | Não |      | Total |      |         |
|                                                             |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| O ritmo de trabalho é excessivo                             | Sim | 84                           | 76,4 | 17  | 15,5 | 101   | 91,8 | 0,682   |
|                                                             | Não | 7                            | 6,4  | 2   | 1,81 | 9     | 8,2  |         |
| As tarefas são cumpridas com pressão de prazos              | Sim | 75                           | 68,2 | 13  | 11,8 | 88    | 80,0 | 0,165   |
|                                                             | Não | 16                           | 14,5 | 6   | 5,5  | 22    | 20,0 |         |
| Existe forte cobrança por resultados                        | Sim | 82                           | 74,5 | 18  | 16,4 | 100   | 90,9 | 0,523   |
|                                                             | Não | 9                            | 8,2  | 1   | 0,9  | 10    | 9,1  |         |
| As normas para execução das tarefas são rígidas             | Sim | 76                           | 69,1 | 17  | 15,5 | 93    | 84,5 | 0,514   |
|                                                             | Não | 15                           | 13,6 | 02  | 1,81 | 17    | 14,5 |         |
| Existe fiscalização do desempenho                           | Sim | 79                           | 71,8 | 16  | 14,5 | 95    | 83,4 | 0,764   |
|                                                             | Não | 12                           | 10,9 | 3   | 2,7  | 15    | 13,6 |         |
| O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas | Sim | 81                           | 73,6 | 16  | 14,5 | 97    | 88,2 | 0,555   |
|                                                             | Não | 10                           | 9,1  | 3   | 2,7  | 13    | 11,8 |         |
| Os resultados esperados estão fora da realidade             | Sim | 64                           | 58,2 | 9   | 8,2  | 73    | 66,4 | 0,054   |
|                                                             | Não | 27                           | 24,5 | 10  | 9,1  | 37    | 33,6 |         |
| Existe divisão entre quem manda e quem executa              | Sim | 73                           | 66,4 | 14  | 12,7 | 87    | 79,1 | 0,524   |
|                                                             | Não | 18                           | 16,4 | 5   | 4,5  | 23    | 20,9 |         |
| As tarefas são repetitivas                                  | Sim | 82                           | 74,5 | 13  | 11,8 | 95    | 86,4 | 0,012   |
|                                                             | Não | 9                            | 8,2  | 6   | 5,5  | 15    | 13,6 |         |
| Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho    | Sim | 80                           | 72,7 | 18  | 16,4 | 98    | 89,1 | 0,385   |
|                                                             | Não | 11                           | 10,0 | 1   | 0,9  | 12    | 10,9 |         |
| As tarefas executadas sofrem descontinuidade                | Sim | 65                           | 59,1 | 11  | 10,0 | 76    | 69,1 | 0,246   |
|                                                             | Não | 26                           | 23,6 | 8   | 7,3  | 34    | 30,9 |         |

Dentre as variáveis relacionadas ao fator organização do trabalho observou-se associação estatisticamente significativa apenas para exposição a situações que impliquem repetitividade das tarefas, cujo p-valor = 0,012 (Tabelas 6 e 9). Embora não tenha havido

associação estatisticamente significativa para a maioria das variáveis incluídas nesse fator, o que impede a realização de uma associação de causalidade entre a ocorrência do *burnout* nos enfermeiros e a exposição a essas variáveis, as frequências observadas mostram que os enfermeiros consideraram todas as variáveis fortemente presente nas suas rotinas de trabalho.

Os resultados mostram a forte cobrança por resultados, o ritmo excessivo de trabalho, a falta de tempo para realizar pausas de descanso, a insuficiência de pessoal para realização das tarefas e as tarefas são repetitivas, cujas frequências mostram respostas afirmativas para aproximadamente 90% dos enfermeiros, como variáveis fortemente presentes no trabalho dos enfermeiros dos serviços de urgência e emergência.

**Tabela 7:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator relações sócio-profissionais segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| EACT<br>Relações sócio-profissionais                            |     |    |      |    | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |      |       |       |      | p-valor |
|-----------------------------------------------------------------|-----|----|------|----|------------------------------|------|------|-------|-------|------|---------|
|                                                                 |     |    |      |    | Sim                          |      | Não  |       | Total |      |         |
|                                                                 |     |    |      |    | n                            | f(%) | n    | f(%)  | n     | f(%) |         |
| As tarefas não estão claramente definidas                       | Sim | 47 | 42,7 | 3  | 2,7                          | 50   | 45,5 | 0,004 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 44 | 40,0 | 16 | 14,5                         | 60   | 54,5 |       |       |      |         |
| A autonomia é inexistente                                       | Sim | 54 | 49,1 | 7  | 6,4                          | 61   | 55,5 | 0,073 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 37 | 33,6 | 12 | 10,9                         | 49   | 44,5 |       |       |      |         |
| A distribuição das tarefas é injusta                            | Sim | 51 | 46,4 | 11 | 10,0                         | 62   | 56,4 | 0,268 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 40 | 36,4 | 8  | 7,3                          | 48   | 43,6 |       |       |      |         |
| Os funcionários são excluídos das decisões                      | Sim | 61 | 55,5 | 13 | 11,8                         | 74   | 67,3 | 0,907 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 30 | 27,3 | 6  | 5,5                          | 36   | 32,7 |       |       |      |         |
| Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados | Sim | 54 | 49,1 | 8  | 7,3                          | 62   | 56,4 | 0,168 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 37 | 33,6 | 11 | 10,0                         | 48   | 43,6 |       |       |      |         |
| Existem disputas profissionais no local de trabalho             | Sim | 62 | 56,4 | 10 | 9,1                          | 72   | 65,5 | 0,196 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 29 | 26,4 | 9  | 8,2                          | 38   | 34,5 |       |       |      |         |
| Falta integração no ambiente de trabalho                        | Sim | 64 | 58,2 | 9  | 8,2                          | 73   | 66,4 | 0,054 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 27 | 24,5 | 10 | 9,1                          | 37   | 33,6 |       |       |      |         |
| A comunicação entre os funcionários é insatisfatória            | Sim | 54 | 49,1 | 9  | 8,2                          | 63   | 57,3 | 0,337 |       |      |         |
|                                                                 | Não | 37 | 33,6 | 10 | 9,1                          | 47   | 42,7 |       |       |      |         |
| Falta apoio das chefias para o                                  | Sim | 64 | 58,2 | 9  | 8,2                          | 73   | 66,4 | 0,054 |       |      |         |

|                                                                               |     |    |      |    |      |    |      |       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|----|------|----|------|----|------|-------|
| meu desenvolvimento profissional                                              | Não | 27 | 24,5 | 10 | 9,1  | 37 | 33,6 | 0,004 |
| As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso | Sim | 47 | 42,7 | 3  | 2,7  | 50 | 45,5 |       |
|                                                                               | Não | 44 | 40,0 | 16 | 14,5 | 60 | 54,5 |       |

A análise das variáveis relacionadas ao fator “relações sócio-profissionais” (Tabela 7) mostrou associação estatisticamente significativa entre as tarefas não estão claramente definidas cujo p-valor é 0,04 e as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso cujo p-valor é 0,04. As frequências observadas para variáveis como os funcionários são excluídos das decisões, existem disputas profissionais no local de trabalho, falta integração no ambiente de trabalho e falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional chamam atenção por se apresentaram todas próximas dos 70%. Embora não possam ser associadas ao desenvolvimento da síndrome nesses enfermeiros, são importantes fontes de desgaste para os mesmos nos seus ambientes de trabalho.

**Tabela 8:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator condições de trabalho segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| EACT<br>Condições de trabalho                                          |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |       | p-valor |
|------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|-------|---------|
|                                                                        |     | Sim                          |      | Não |      | Total |       |         |
|                                                                        |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%)  |         |
| As condições de trabalho são precárias                                 | Sim | 65                           | 59,1 | 8   | 7,3  | 73    | 66,36 | 0,014   |
|                                                                        | Não | 26                           | 23,6 | 11  | 10,0 | 37    | 33,63 |         |
| O ambiente físico é desconfortável                                     | Sim | 68                           | 61,8 | 10  | 9,1  | 78    | 70,9  | 0,054   |
|                                                                        | Não | 23                           | 20,9 | 9   | 8,2  | 32    | 29,1  |         |
| Existe muito barulho no ambiente de trabalho                           | Sim | 73                           | 66,4 | 13  | 11,8 | 86    | 78,2  | 0,257   |
|                                                                        | Não | 18                           | 16,4 | 6   | 5,5  | 24    | 21,8  |         |
| O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado               | Sim | 64                           | 58,2 | 10  | 9,1  | 74    | 67,3  | 0,135   |
|                                                                        | Não | 27                           | 24,5 | 9   | 8,2  | 36    | 32,7  |         |
| Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas | Sim | 61                           | 55,5 | 12  | 10,9 | 73    | 66,36 | 0,745   |
|                                                                        | Não | 30                           | 27,3 | 7   | 6,4  | 37    | 33,63 |         |
| O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas         | Sim | 60                           | 54,5 | 9   | 8,2  | 69    | 62,7  | 0,128   |
|                                                                        | Não | 31                           | 28,2 | 10  | 9,1  | 41    | 37,3  |         |
| Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários  | Sim | 55                           | 50,0 | 9   | 8,2  | 64    | 58,2  | 0,293   |
|                                                                        | Não | 36                           | 32,7 | 10  | 9,1  | 46    | 41,8  |         |
| O espaço físico para o                                                 | Sim | 62                           | 56,4 | 13  | 11,8 | 75    | 68,2  | 0,980   |

|                                                                  |     |    |      |    |      |    |       |       |
|------------------------------------------------------------------|-----|----|------|----|------|----|-------|-------|
| trabalho é inadequado                                            | Não | 29 | 26,4 | 6  | 5,5  | 35 | 31,8  |       |
| As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas | Sim | 64 | 58,2 | 9  | 8,2  | 73 | 66,36 | 0,054 |
|                                                                  | Não | 27 | 24,5 | 10 | 9,1  | 37 | 33,6  |       |
| O material de consumo é insuficiente                             | Sim | 44 | 40,0 | 6  | 5,5  | 50 | 45,5  | 0,182 |
|                                                                  | Não | 47 | 42,7 | 13 | 11,8 | 60 | 54,5  |       |

Dentre as variáveis que compõem o fator condições de trabalho (Tabela 8) a única que apresentou associação estatisticamente significativa para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo foi “as condições de trabalho são precárias” cujo p-valor é 0,014. No entanto, as frequências obtidas para as variáveis “o ambiente físico é desconfortável”, “existe muito barulho no ambiente de trabalho”, “o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado”, “os instrumentos de trabalho são insuficientes para a realização das tarefas”, “o espaço físico para o trabalho é inadequado”, “as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas” cujos valores variaram de 66,36% a 78,2%, indicando grande insatisfação dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência quanto a essas variáveis, embora, não se possa afirmar que as mesmas estão associadas ao desenvolvimento da síndrome nos enfermeiros pesquisados. Pode-se considerá-las como importantes desencadeadores de sentimentos negativos no trabalho.

**Tabela 9:** Distribuição das variáveis estatisticamente significativas para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| VARIÁVEIS                                 | p-valor | Odds | IC (OR; 95%) |
|-------------------------------------------|---------|------|--------------|
| As tarefas são repetitivas                | 0,012   | 4,21 | 1,10; 16,02  |
| Relações socioprofissionais               | 0,009   | 3,7  | 1,19; 11,65  |
| As tarefas não estão claramente definidas | 0,004   | 5,21 | 1,29; 24,37  |
| As condições de trabalho são precárias    | 0,014   | 3,44 | 1,12; 10,74  |

Os resultados esquematizados na Tabela 9 mostram as variáveis relacionadas aos fatores organização do trabalho, relações sócio-profissionais e condições de trabalho, todos representativos do contexto de trabalho em serviços de urgência e emergência que estão associadas ao desenvolvimento do *burnout* em enfermeiros que atuam nesse tipo de serviço. Vê-se que houve associação estatisticamente significativa entre exposição a trabalhos cujas tarefas sejam repetitivas e o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Os resultados mostram

que essa exposição eleva a chance de desenvolver *burnout* em 4,2 vezes, podendo chegar a um acréscimo da chance de ocorrência de 16 vezes. Exposição a situações que envolvam relacionamento sócio-profissional negativo também se mostrou associada ao desenvolvimento da síndrome. Observa-se uma elevação das chances de ocorrência de 3,7 vezes, podendo haver uma elevação desse risco em mais 11 vezes. Realização de trabalho cujas tarefas não estejam claramente definidas mostrou-se associada ao desenvolvimento do *burnout*, havendo uma elevação da chance de ocorrência de mais de cinco vezes, podendo chegar até 24 vezes. Houve também associação estatisticamente significativa entre a exposição a condições de trabalho precárias e o desenvolvimento de *burnout* entre os enfermeiros do serviço de urgência e emergência. As chances de ocorrência da síndrome se elevam em mais 3 vezes quando há exposição, podendo passar de vezes as chances de ocorrência.

#### 4.3.2 Avaliação do custo humano no trabalho e sua associação com o risco de desenvolver síndrome de burnout entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência

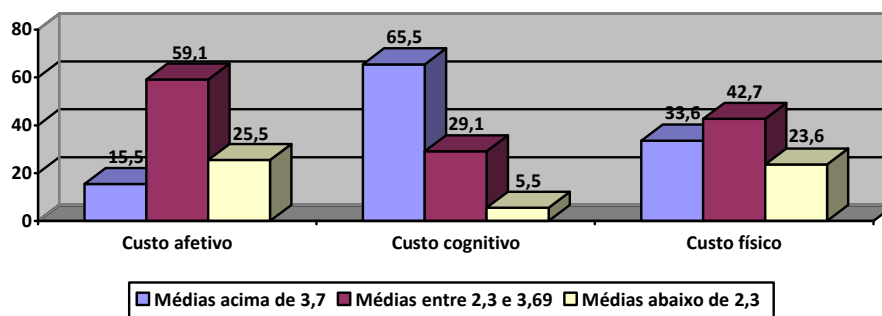


**Gráfico 5:** Distribuição de frequência dos fatores custo afetivo, custo cognitivo e custo físico que compõem o custo humano no trabalho, segundo a ECHT. Paraíba, 2010.

Os resultados esquematizados no gráfico 5 mostram que 15,5% (17) avaliam esse fator de forma negativa, mostrando uma situação grave já que está implícito, nesses casos, elevado dispêndio emocional percebido sob as mais variadas formas, tanto pelas reações afetivas, quanto por sentimentos e estados de humor. Mais da metade dos enfermeiros pesquisados, 59,1% (65), percebem o custo afetivo decorrente do trabalho de forma crítica. Apenas 25,5% (28) consideram que o custo afetivo do trabalho encontra-se numa situação favorável, satisfatória, não dispendiosa. A Tabela 10 esquematiza as variáveis que compõem o fator custo afetivo decorrente do trabalho segundo a ECHT, evidenciando aqueles que têm

associação estatisticamente significativa para a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência.

Parcela importante dos enfermeiros pesquisadas situa o custo cognitivo (Gráfico 5) como um dos mais importantes custos humanos decorrentes do trabalho em serviços de urgência e emergência. Vê-se que 65,5% (72) dos enfermeiros avaliam esse fator de forma bastante negativa, mostrando importante dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisões no trabalho. Outros 29,1% (32) consideram críticas as demandas cognitivas decorrentes do trabalho em serviços de urgência e emergência. Apenas 5,5% (6) dos enfermeiros envolvidos nos atendimentos às urgências e emergência consideram que os custos cognitivos decorrentes desse tipo de trabalho estão dentro dos limites considerados satisfatórios, havendo nesse caso, portanto, uma situação de avaliação positiva. Houve associação estatisticamente significativa entre a exposição às exigências cognitivas no trabalho e a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência ( $p$ -valor = 0,029) (Tabela 13). Os dados esquematizados na Tabela 11 apresentam a distribuição de frequência das variáveis que compõem o custo cognitivo no trabalho mostrando aquelas que apresentam associação com o desenvolvimento da síndrome entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência.

Quanto aos custos físicos decorrentes do trabalho em serviços de urgência e emergência os dados esquematizados no Gráfico 5 mostram que 33,6% (37) dos enfermeiros encontram-se numa situação bastante negativa posto que o trabalho nesses ambientes, pelas suas próprias características de organização e funcionamento, tem imposto para esses enfermeiros bastante dispêndio das suas reservas de energia tanto fisiológicas como biomecânicas. Outros 42,7% (47) situam as demandas físicas no trabalho em serviços de urgência e emergência num nível crítico, o que mostra uma situação de elevado dispêndio de energia, com grandes probabilidades de levar ao adoecimento físico. Apenas 23,6% (26) dos enfermeiros consideram que as demandas físicas do seu trabalho encontram-se em níveis aceitáveis.

**Tabela 10:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao custo afetivo no trabalho (ECHT) segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

|                                                   |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |      |         |
|---------------------------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
| ECHT<br>Custo afetivo                             |     | Sim                          |      | Não |      | Total |      | p-valor |
|                                                   |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Ter controle das emoções                          | Sim | 80                           | 72,7 | 16  | 14,5 | 96    | 87,3 | 0,660   |
|                                                   | Não | 11                           | 10,0 | 03  | 2,7  | 14    | 12,7 |         |
| Ter que lidar com ordens contraditórias           | Sim | 75                           | 68,2 | 14  | 12,7 | 89    | 80,9 | 0,378   |
|                                                   | Não | 16                           | 14,5 | 05  | 4,5  | 21    | 19,1 |         |
| Ter custo emocional                               | Sim | 80                           | 72,7 | 11  | 10,0 | 91    | 82,7 | 0,002   |
|                                                   | Não | 11                           | 10,0 | 08  | 7,3  | 19    | 17,3 |         |
| Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros | Sim | 67                           | 60,9 | 07  | 6,4  | 74    | 67,3 | 0,002   |
|                                                   | Não | 24                           | 21,8 | 12  | 10,9 | 36    | 32,7 |         |
| Disfarçar os sentimentos                          | Sim | 68                           | 61,2 | 7   | 6,4  | 75    | 68,2 | 0,001   |
|                                                   | Não | 23                           | 20,9 | 12  | 10,9 | 35    | 31,8 |         |
| Ser obrigado a elogiar as pessoas                 | Sim | 22                           | 20,0 | 05  | 4,5  | 27    | 24,5 | 0,844   |
|                                                   | Não | 69                           | 62,7 | 14  | 12,7 | 83    | 75,5 |         |
| Ser obrigado a ter bom humor                      | Sim | 58                           | 52,7 | 09  | 8,2  | 67    | 60,1 | 0,184   |
|                                                   | Não | 33                           | 30,0 | 10  | 9,1  | 43    | 39,1 |         |
| Ser obrigado a cuidar da aparência física         | Sim | 60                           | 54,5 | 13  | 11,8 | 73    | 66,4 | 0,835   |
|                                                   | Não | 31                           | 28,2 | 06  | 5,5  | 37    | 33,6 |         |
| Ser bonzinho com os outros                        | Sim | 57                           | 51,8 | 09  | 8,2  | 66    | 60,0 | 0,217   |
|                                                   | Não | 34                           | 30,9 | 10  | 9,1  | 44    | 40,0 |         |
| Transgredir valores éticos                        | Sim | 46                           | 41,8 | 06  | 5,5  | 52    | 47,3 | 0,132   |
|                                                   | Não | 45                           | 40,9 | 13  | 11,8 | 58    | 52,7 |         |
| Ser submetido a constrangimentos                  | Sim | 39                           | 35,5 | 02  | 1,8  | 41    | 37,3 | 0,008   |
|                                                   | Não | 52                           | 47,3 | 17  | 15,5 | 69    | 62,7 |         |
| Ser obrigado a sorrir                             | Sim | 39                           | 35,5 | 03  | 2,7  | 42    | 38,2 | 0,027   |
|                                                   | Não | 52                           | 47,3 | 16  | 14,5 | 68    | 61,8 |         |

Dentre as variáveis que estão relacionadas com a existência de custos afetivos em decorrência do trabalho (Tabelas 10 e 13) os resultados mostram que ter custo emocional, ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros, ter que disfarçar os sentimentos e ser obrigado a sorrir estão significativamente associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência.

Outras variáveis chamam atenção pela elevada frequência de exposição observada entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. É o caso das variáveis ter controle das emoções e ter que lidar com ordens contraditórias, cujas frequências mostram mais de 80% de exposição, com valores de 87,3% e 80,9%, respectivamente.

**Tabela 11:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao custo cognitivo no trabalho (ECHT) segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| ECHT<br>Custo cognitivo              | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |      |      |       |      | p-valor |        |
|--------------------------------------|------------------------------|------|------|------|-------|------|---------|--------|
|                                      | Sim                          |      | Não  |      | Total |      |         |        |
|                                      | N                            | f(%) | n    | f(%) | n     | f(%) |         |        |
| Desenvolver “macetes”                | Sim                          | 55   | 50,0 | 08   | 7,3   | 63   | 57,3    | 0,142  |
|                                      | Não                          | 36   | 32,7 | 11   | 10,0  | 47   | 42,7    |        |
| Ter que resolver problemas           | Sim                          | 87   | 79,1 | 17   | 15,5  | 104  | 94,5    | 0,284  |
|                                      | Não                          | 04   | 3,6  | 02   | 1,8   | 6    | 5,5     |        |
| Ser obrigado a lidar com imprevistos | Sim                          | 85   | 77,3 | 17   | 15,5  | 102  | 92,7    | 0,548  |
|                                      | Não                          | 6    | 5,5  | 02   | 1,8   | 08   | 7,3     |        |
| Fazer previsão de acontecimentos     | Sim                          | 69   | 62,7 | 16   | 14,5  | 85   | 77,3    | 0,428  |
|                                      | Não                          | 22   | 20,0 | 03   | 2,7   | 25   | 22,7    |        |
| Usar a visão de forma contínua       | Sim                          | 81   | 73,6 | 15   | 13,6  | 96   | 87,3    | 0,231  |
|                                      | Não                          | 10   | 9,1  | 04   | 3,6   | 14   | 12,7    |        |
| Usar a memória                       | Sim                          | 86   | 78,2 | 17   | 15,5  | 103  | 93,6    | 0,414  |
|                                      | Não                          | 05   | 4,5  | 02   | 1,8   | 07   | 6,4     |        |
| Ter desafios intelectuais            | Sim                          | 82   | 74,5 | 17   | 15,5  | 99   | 90,0    | 0,933  |
|                                      | Não                          | 09   | 8,2  | 02   | 1,8   | 11   | 10,0    |        |
| Fazer esforço mental                 | Sim                          | 81   | 73,6 | 15   | 13,6  | 96   | 87,3    | 0,231  |
|                                      | Não                          | 10   | 9,1  | 04   | 3,6   | 14   | 12,7    |        |
| Ter concentração mental              | Sim                          | 85   | 77,3 | 15   | 13,6  | 100  | 90,9    | 0,046  |
|                                      | Não                          | 06   | 5,5  | 04   | 3,6   | 10   | 9,1     |        |
| Usar a criatividade                  | Sim                          | 86   | 78,2 | 15   | 13,6  | 101  | 91,8    | 0,068* |
|                                      | Não                          | 05   | 4,5  | 04   | 3,6   | 09   | 8,2     |        |

\* Teste exato de Fisher

Dentre os custos cognitivos existentes no trabalho em urgência emergência avaliados pelos enfermeiros (Tabelas 11 e 13) destaca-se, pela associação estatisticamente significativa com a ocorrência da síndrome de *burnout*, a exposição a situações que exigem concentração mental, cujo p-valor identificado é 0,046. Enfatize-se as elevadas frequências observadas para variáveis tais como exposição a situações que exijam a resolução de problemas, a obrigatoriedade de lidar com imprevistos, o uso da memória, desafios intelectuais cujas frequências de exposição situam todas em torno de 90% ou mais, mostrando com isso contanto intenso com esse tipo de situação no trabalho. São variáveis que não podem ser associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros dos serviços de urgência e emergência mas que interferem decisivamente na saúde mental dos profissionais expostos a tais situações.

**Tabela 12:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao custo físico no trabalho (ECHT) segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

|                                  |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |      |         |
|----------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
| ECHT<br>Custo físico             |     | Sim                          |      | Não |      | Total |      | p-valor |
|                                  |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Usar a força física              | Sim | 59                           | 53,6 | 09  | 8,2  | 68    | 61,8 | 0,154   |
|                                  | Não | 32                           | 29,1 | 10  | 9,1  | 42    | 38,2 |         |
| Usar os braços de forma contínua | Sim | 63                           | 57,3 | 11  | 10,0 | 74    | 67,3 | 0,338   |
|                                  | Não | 28                           | 25,5 | 08  | 7,3  | 36    | 32,7 |         |
| Ficar em posição curvada         | Sim | 50                           | 45,5 | 08  | 7,3  | 58    | 52,7 | 0,308   |
|                                  | Não | 41                           | 37,3 | 11  | 10,0 | 52    | 47,3 |         |
| Caminhar                         | Sim | 75                           | 68,2 | 13  | 11,8 | 88    | 80,0 | 0,165   |
|                                  | Não | 16                           | 14,5 | 06  | 5,5  | 32    | 29,1 |         |
| Ser obrigado a ficar em pé       | Sim | 68                           | 61,8 | 13  | 11,8 | 81    | 73,6 | 0,571   |
|                                  | Não | 23                           | 20,9 | 06  | 5,5  | 29    | 26,4 |         |
| Ter que manusear objetos pesados | Sim | 38                           | 34,5 | 06  | 5,5  | 44    | 40,0 | 0,410   |
|                                  | Não | 53                           | 48,2 | 13  | 11,8 | 66    | 60,0 |         |
| Fazer esforço físico             | Sim | 56                           | 50,9 | 10  | 9,1  | 66    | 60,0 | 0,471   |
|                                  | Não | 35                           | 31,8 | 09  | 8,2  | 44    | 40,0 |         |
| Usar as pernas de forma contínua | Sim | 68                           | 61,8 | 12  | 10,9 | 80    | 72,7 | 0,303   |
|                                  | Não | 23                           | 20,9 | 07  | 6,4  | 30    | 27,3 |         |
| Usar as mãos de forma repetida   | Sim | 74                           | 67,3 | 11  | 10,0 | 85    | 77,3 | 0,027   |
|                                  | Não | 17                           | 15,5 | 08  | 7,3  | 25    | 22,7 |         |
| Subir e descer escadas           | Sim | 37                           | 33,6 | 05  | 4,5  | 42    | 38,2 | 0,242   |
|                                  | Não | 54                           | 49,1 | 14  | 12,7 | 68    | 61,8 |         |

As frequências esquematizadas na Tabela 12 mostram que as variáveis que mais têm contribuído para acentuar os custos físicos no trabalho dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência são a necessidade constante de caminhar o que implica uso contínuo das pernas e permanência por longos períodos na posição em pé associados ao uso repetido das mãos, o que se correlaciona com o uso contínuo dos braços. Observam-se para as variáveis citadas frequências que variam de 72,7%, caso da variável “ser obrigado a ficar de pé” até 80,0%, valor observado para a variável “caminhar”. Embora seja possível constatar elevada exposição dos enfermeiros a essas variáveis não é possível afirmar que as mesmas estejam relacionadas ao desenvolvimento da síndrome entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros dos serviços de urgência e emergência e o uso repetido das mãos ( $p = 0,027$ ).

**Tabela 13:** Distribuição das variáveis relacionadas aos custos humanos no trabalho associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| VARIÁVEIS                                         | p-valor | Odds | IC (OR; 95%) |
|---------------------------------------------------|---------|------|--------------|
| Ter custo emocional                               | 0,002   | 5,29 | 1,53; 18,47  |
| Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros | 0,002   | 4,79 | 1,52; 15,47  |
| Disfarçar os sentimentos                          | 0,001   | 5,07 | 1,60; 16,45  |
| Ser submetido a constrangimentos                  | 0,008   | 6,38 | 1,29; 42, 53 |
| Ser obrigado a sorrir                             | 0,027   | 4,0  | 0,99; 18,66  |
| Ter concentração mental                           | 0,046   | 3,78 | 0,78; 17,88  |
| Usar as mãos de forma repetida                    | 0,027   | 3,17 | 0,98; 10,25  |

Dentre os custos humanos decorrentes do trabalho tem-se os custos afetivos, os custos cognitivos e os custos físicos, todos fatores avaliados segundo EACT. Dentre as variáveis que compõem cada fator apresentaram associação estatisticamente significativa para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência (Tabela 13) a exposição a situações que impliquem custos emocionais, que obriguem ao contato com a agressividade das pessoas, que exijam disfarce dos sentimentos, que implique constrangimentos e a necessidade de sorrir. A exposição a essas situações acarreta um aumento nas chances de desenvolver *burnout* entre enfermeiros de serviços de urgência e emergência que variou entre 4 vezes, caso de ser obrigado a sorrir, 4,79 caso de seja obrigado a sorrir, mais de 5 vezes, na ocorrência de situações que obriguem o enfermeiros a disfarçar os sentimentos e na ocorrência de exposição a situações que ensejem custos emocionais. Ser submetido a constrangimentos é uma das mais relevantes variáveis para a ocorrência do *burnout*, a exposição a situações desse tipo aumenta as chances de desenvolver a síndrome em mais de 6 vezes.

Dentre os custos cognitivos a única variável que se mostrou associada ao desenvolvimento do *burnout* entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência foi a exposição a situações que exijam concentração mental, que eleva em, aproximadamente, 4 vezes as chances de ocorrência da doença.

Entre as variáveis relacionadas aos custos físicos decorrentes do trabalho a única que apresentou associação estatisticamente significativa para a ocorrência da síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência foi a exposição a situações que exijam o uso repetido das mãos. Observa-se nessas situações uma elevação das chances de desenvolver a SB de mais de 3 vezes, podendo chegar a mais de 10 vezes.

### 4.3.3 Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e associação com o risco de desenvolver síndrome de burnout

Os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho são avaliados segundo os fatores liberdade de expressão, realização profissional, esgotamento profissional e falta de reconhecimento. Os dois primeiros fatores constantes dessa escala (liberdade de expressão e realização profissional) (Gráfico 6) referem-se a situações positivas, cuja presença é desejável em ambientes de trabalho. Deste modo, médias elevadas nesses dois fatores indicam situação positiva, satisfatória, desejável para qualquer trabalhador. Os outros dois fatores constantes da escala (esgotamento profissional e a falta de reconhecimento) (Gráfico 7) relacionam-se com situações nocivas e, portanto, prejudiciais à saúde dos trabalhadores. Assim, médias positivas elevadas nesses casos indicam situação extremamente perigosa à saúde dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência.

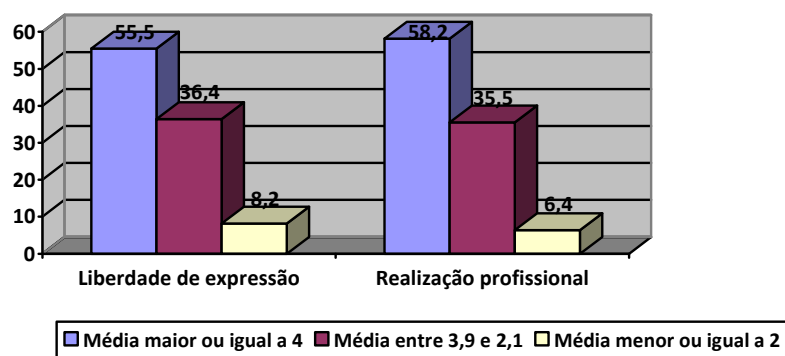


**Gráfico 6:** Distribuição de frequência das médias obtidas para os fatores liberdade de expressão e realização profissional avaliados segundo a EIPST. Paraíba, 2010.

Os dados esquematizados no gráfico 6 mostram, no que se concerne à liberdade de expressão, que a maioria dos enfermeiros vivencia uma situação satisfatória, revelando liberdade para expressão de opiniões no ambiente de trabalho e, portanto, produtora de prazer. Vê-se que 55,5% (61) avaliam positivamente a liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho nas instituições nas quais estão inseridos haja vista que grande parte das médias obtidas para esse fator são maiores ou iguais a 4. Outros 36,4% (40) avaliam de forma moderada a crítica a vivência desse fator nos ambientes hospitalares onde estão inseridos e 8,2% (9) consideram que não têm liberdade para expressar suas opiniões, pensar e organizar o trabalho que realizam, indicando com isso, uma situação grave para esses profissionais. Não

houve, para esse fator, associação estatisticamente significativa entre a ausência de liberdade de expressão no ambiente de trabalho e a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo (p-valor = 0,079). Na Tabela 14 há uma descrição das variáveis que se aplicam ao fator liberdade de expressão.

Quanto à realização profissional 58,2% (64) dos enfermeiros obtiveram médias superiores ou iguais a 4, o que denota sentimento de realização profissional e vivências de gratificação com o trabalho para os enfermeiros incluídos nesse grupo. Outros 35,5% (39) obtiveram médias num intervalo intermediário, o que situa a avaliação dos enfermeiros que se incluem nesse grupo numa situação crítica. E 6,4% (7) dos enfermeiros obtiveram médias para esse fator que os colocam numa situação quanto à realização profissional bastante grave. Para esse fator houve associação estatisticamente significativa (Tabela 18) entre a ausência de realização profissional e a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo (p-valor = 0,002).

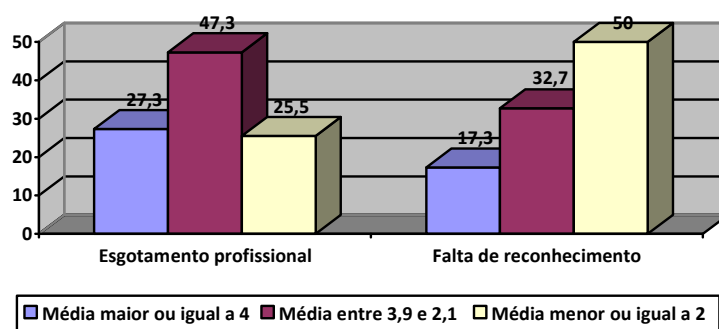


**Gráfico 7:** Distribuição de frequência das médias obtidas para os fatores esgotamento profissional e falta de reconhecimento avaliados segundo a EIPST. Paraíba, 2010.

Já no que tange ao esgotamento profissional (Gráfico 7) os resultados mostram que pouco mais de um quarto dos profissionais pesquisados 27,3% (30) encontram-se em situação desfavorável, insatisfatória, com evidências de estresse, de sobrecarga, de insatisfação e outros sentimentos que permeiam o esgotamento profissional haja vista terem obtido elevadas médias (superior ou igual a 4) nas variáveis aplicadas para a avaliar a presença ou não de esgotamento profissional. 47,3% (52) consideram que estão em uma situação intermediária, entre o desejável e os quadros mais graves de esgotamento profissional o que, mesmo assim, é preocupante dada à elevada possibilidade de progressão dos quadros vivenciados por este grupo para o nível considerado mais grave, onde já é possível constatar sinais e sintomas de adoecimento físico e mental. Apenas 25,5% (28) dos enfermeiros participantes do estudo se

percebem numa situação favorável em relação ao esgotamento profissional. As baixas médias obtidas indicam que os mesmos não se percebem atingidos pelos sentimentos que envolvem a sensação de estar esgotado emocionalmente. Após categorização desse fator, (estar ou não exposto aos sentimentos que envolvem o esgotamento profissional) encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a exposição a situações de esgotamento no trabalho e a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que participaram do estudo (Tabela 18).

A falta de reconhecimento (Gráfico 7), último fator avaliado por essa escala, apresentou-se como importante fator de sofrimento para 17,3% (19) dos enfermeiros pesquisados. Os resultados mostram que para os enfermeiros incluídos nessa situação existe uma sensação de indignação fruto da falta de reconhecimento dos esforços e do empenho despendidos no desempenho das suas funções. As médias obtidas para 32,7% (36) dos enfermeiros os situam em situação intermediária. Esses transitam entre os que se encontram em situação satisfatória e os que se encontram em situação bastante grave. Estão num nível de falta de reconhecimento considerado crítico dada a elevada possibilidade de progressão para o grupo dos que se encontra em situação mais grave e a existência de vivências nos seus ambientes de trabalho que denotam falta de reconhecimento. A metade (55) incluiu-se no grupo que avalia positivamente o seu reconhecimento no trabalho. Para esses profissionais o trabalho mostra-se gratificante e, portanto, produtor de vivências positivas, prazerosas. Não houve associação estatisticamente significativa entre o “fator” falta de reconhecimento e a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que participaram do estudo.

**Tabela 14:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator liberdade de expressão segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.

|                                                               |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |      |         |
|---------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
| EIPST                                                         |     | Sim                          |      | Não |      | Total |      | p-valor |
|                                                               |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Liberdade de expressão                                        |     |                              |      |     |      |       |      |         |
|                                                               |     |                              |      |     |      |       |      |         |
| Liberdade com a chefia para negociar o que precisa            | Sim | 66                           | 60,0 | 13  | 11,8 | 79    | 71,8 | 0,717   |
|                                                               | Não | 25                           | 22,7 | 6   | 5,5  | 31    | 28,2 |         |
| Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas      | Sim | 83                           | 75,5 | 18  | 16,4 | 101   | 91,8 | 0,610   |
|                                                               | Não | 8                            | 7,3  | 1   | 0,9  | 9     | 8,2  |         |
| Solidariedade entre os colegas                                | Sim | 87                           | 79,1 | 18  | 16,4 | 105   | 95,5 | 0,869   |
|                                                               | Não | 4                            | 3,6  | 1   | 0,9  | 5     | 4,5  |         |
| Confiança entre os colegas                                    | Sim | 80                           | 72,7 | 18  | 16,4 | 98    | 89,1 | 0,385   |
|                                                               | Não | 11                           | 10,0 | 1   | 0,9  | 12    | 10,9 |         |
| Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho | Sim | 72                           | 65,5 | 16  | 14,5 | 88    | 80,0 | 0,614   |
|                                                               | Não | 19                           | 17,3 | 3   | 2,7  | 22    | 20,0 |         |
| Liberdade para usar minha criatividade                        | Sim | 83                           | 75,5 | 18  | 16,4 | 101   | 91,8 | 0,610   |
|                                                               | Não | 8                            | 7,3  | 1   | 0,9  | 9     | 8,2  |         |
| Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias           | Sim | 67                           | 60,9 | 17  | 15,5 | 84    | 76,4 | 0,139   |
|                                                               | Não | 24                           | 21,8 | 2   | 1,8  | 26    | 23,6 |         |
| Cooperação entre os colegas                                   | Sim | 86                           | 78,2 | 18  | 16,4 | 104   | 94,5 | 0,968   |
|                                                               | Não | 5                            | 4,5  | 1   | 0,9  | 6     | 5,5  |         |

Os resultados esquematizados na Tabela 14 mostram que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas à liberdade de expressão e o desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. A análise das frequências mostra que os elementos que mais aprazem os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência têm sido o sentimento de solidariedade e cooperação que existe entre os colegas de trabalho, cujas respostas mostram que mais de 95,5% e 94,5%, respectivamente, dos enfermeiros vivenciam essa realidade em seu cotidiano de trabalho. Variáveis como a liberdade para falar com os colegas sobre o trabalho, liberdade para usar a criatividade e confiança entre os colegas mostram-se fortemente presentes entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência, observando-se, para essas variáveis, frequência que estão em torno dos 90%. A presença desses sentimentos nos ambientes de trabalho pesquisados tem contribuído para uma vivência satisfatória, produtora de prazer no trabalho.

**Tabela 15:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator realização profissional segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.

| EIPST<br>Realização profissional           |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |       | p-valor |
|--------------------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|-------|---------|
|                                            |     | Sim                          |      | Não |      | Total |       |         |
|                                            |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%)  |         |
| Satisfação                                 | Sim | 85                           | 77,3 | 19  | 17,3 | 104   | 94,5  | 0,250   |
|                                            | Não | 6                            | 5,5  | 0   | 0    | 6     | 5,5   |         |
| Motivação                                  | Sim | 84                           | 76,4 | 19  | 17,3 | 103   | 93,6  | 0,212   |
|                                            | Não | 7                            | 6,4  | 0   | 0    | 7     | 6,4   |         |
| Orgulho pelo que faço                      | Sim | 90                           | 81,8 | 19  | 17,3 | 109   | 99,1  | 0,646   |
|                                            | Não | 1                            | 0,9  | 0   | 0    | 1     | 0,9   |         |
| Bem-estar                                  | Sim | 86                           | 78,2 | 19  | 17,3 | 105   | 95,5  | 0,296   |
|                                            | Não | 5                            | 4,5  | 0   | 0    | 5     | 4,5   |         |
| Realização profissional                    | Sim | 87                           | 79,1 | 19  | 17,3 | 106   | 96,4  | 0,352   |
|                                            | Não | 4                            | 3,6  | 0   | 0    | 4     | 3,6   |         |
| Valorização                                | Sim | 69                           | 62,7 | 17  | 15,5 | 86    | 78,2  | 0,190   |
|                                            | Não | 22                           | 20,0 | 2   | 1,8  | 24    | 21,8  |         |
| Reconhecimento                             | Sim | 66                           | 60,0 | 18  | 16,4 | 84    | 76,4  | 0,038   |
|                                            | Não | 25                           | 2,3  | 1   | 0,9  | 26    | 23,6  |         |
| Identificação com as minhas tarefas        | Sim | 91                           | 82,7 | 19  | 17,3 | 110   | 100,0 | -       |
|                                            | Não | 0                            | 0    | 0   | 0    | 0     | 0     |         |
| Gratificação pessoal com as minhas tarefas | Sim | 86                           | 78,2 | 18  | 16,4 | 104   | 94,5  | 0,968   |
|                                            | Não | 5                            | 4,5  | 1   | 0,9  | 6     | 5,5   |         |

Dentre as variáveis que compõem o fator realização profissional (Tabela 15) o único que apresentou associação estatisticamente significativa para o desenvolvimento da síndrome foi “reconhecimento” cujo p-valor é 0,038. Os resultados encontrados para as variáveis que compõem o fator realização profissional mostram que parcela importante dos enfermeiros participantes da pesquisa sente-se orgulhosa e bastante identificada pelo e com o trabalho que realizam. Destaca-se a frequência obtida para a variável identificação pessoal com as minhas tarefas, para a qual, todos os enfermeiros responderam positivamente. Outras variáveis destacam-se por terem apresentado frequências de respostas positivas superiores aos 90%, chegando, em alguns casos, a mais de 95% de respostas positivas. Encontram-se nessa situação variáveis como orgulho pelo que faço, realização profissional, bem-estar, satisfação, gratificação pessoal com as minhas tarefas e motivação.

**Tabela 16:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator esgotamento profissional segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.

| EIPST                    |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |      | p-valor |
|--------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
|                          |     | Sim                          |      | Não |      | Total |      |         |
|                          |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Esgotamento profissional |     |                              |      |     |      |       |      |         |
| Esgotamento emocional    | Sim | 80                           | 72,3 | 13  | 11,8 | 93    | 84,5 | 0,033   |
|                          | Não | 11                           | 10,0 | 6   | 5,5  | 17    | 15,5 |         |
| Estresse                 | Sim | 84                           | 76,4 | 12  | 10,9 | 96    | 87,3 | 0,001   |
|                          | Não | 7                            | 6,4  | 7   | 6,4  | 14    | 12,7 |         |
| Insatisfação             | Sim | 77                           | 70,0 | 9   | 8,2  | 86    | 78,2 | 0,000   |
|                          | Não | 14                           | 12,7 | 10  | 9,1  | 24    | 21,8 |         |
| Sobrecarga               | Sim | 85                           | 77,3 | 13  | 11,8 | 98    | 89,1 | 0,001   |
|                          | Não | 6                            | 5,5  | 6   | 5,5  | 12    | 10,9 |         |
| Frustração               | Sim | 63                           | 57,3 | 6   | 5,5  | 69    | 62,7 | 0,002   |
|                          | Não | 28                           | 25,5 | 13  | 11,8 | 41    | 37,3 |         |
| Insegurança              | Sim | 47                           | 42,7 | 4   | 3,6  | 51    | 46,4 | 0,015   |
|                          | Não | 44                           | 40,0 | 15  | 13,6 | 59    | 53,6 |         |
| Medo                     | Sim | 41                           | 37,3 | 5   | 4,5  | 46    | 41,8 | 0,132   |
|                          | Não | 50                           | 45,5 | 14  | 12,7 | 64    | 58,2 |         |

Dentre as variáveis que estão relacionadas ao fator esgotamento profissional (Tabela 16), apenas insegurança e medo não apresentaram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de síndrome de *burnout*.

**Tabela 17:** Distribuição de frequência das respostas obtidas para as variáveis referentes ao fator falta de reconhecimento segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo. Paraíba, 2010.

| EIPST<br>Falta de reconhecimento          |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      |       |      | p-valor |
|-------------------------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
|                                           |     | Sim                          |      | Não |      | Total |      |         |
|                                           |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Falta de reconhecimento do meu esforço    | Sim | 71                           | 64,5 | 11  | 10,0 | 82    | 74,5 | 0,67    |
|                                           | Não | 20                           | 18,2 | 8   | 7,3  | 28    | 25,5 |         |
| Falta de reconhecimento do meu desempenho | Sim | 69                           | 62,7 | 10  | 9,1  | 79    | 71,8 | 0,041   |
|                                           | Não | 22                           | 20   | 9   | 8,2  | 31    | 28,2 |         |
| Desvalorização                            | Sim | 61                           | 55,4 | 9   | 8,2  | 70    | 63,6 | 0,105   |
|                                           | Não | 30                           | 27,3 | 10  | 9,1  | 40    | 36,4 |         |
| Indignação                                | Sim | 59                           | 53,6 | 10  | 9,1  | 69    | 62,7 | 0,317   |
|                                           | Não | 32                           | 29,1 | 9   | 8,2  | 41    | 37,3 |         |
| Inutilidade                               | Sim | 32                           | 29,1 | 4   | 3,6  | 36    | 32,7 | 0,233   |
|                                           | Não | 59                           | 53,6 | 15  | 13,6 | 74    | 67,3 |         |

**Tabela 17: continuação**

|                 |     |    |      |    |      |    |      |       |
|-----------------|-----|----|------|----|------|----|------|-------|
| Desqualificação | Sim | 27 | 24,5 | 2  | 1,8  | 29 | 26,4 | 0,085 |
|                 | Não | 64 | 58,2 | 17 | 15,5 | 81 | 73,6 |       |
| Injustiça       | Sim | 56 | 50,9 | 8  | 7,3  | 64 | 58,2 | 0,118 |
|                 | Não | 35 | 31,8 | 11 | 10,0 | 46 | 41,8 |       |
| Discriminação   | Sim | 39 | 35,5 | 7  | 6,4  | 46 | 41,8 | 0,629 |
|                 | Não | 52 | 47,3 | 12 | 10,9 | 64 | 58,2 |       |

A falta de reconhecimento é um dos fatores indicativos de vivências de sofrimento no trabalho. A análise das variáveis que compõem esse fator mostrou relevância da falta de reconhecimento do desempenho profissional dos enfermeiros para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Os resultados mostraram associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência e a falta de reconhecimento do desempenho profissional dos enfermeiros pesquisados, cujo p-valor = 0,041. (Tabela 18). Embora não seja possível afirmar que a falta de reconhecimento do esforço dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência seja uma variável associada ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* destaca-se a elevada frequência de profissionais que consideram ser esta uma vivência frequente nas suas atividades profissionais, os resultados mostram frequência de 74,5%.

**Tabela 18:** Distribuição das variáveis relacionadas aos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| VARIÁVEIS                                 | p-valor | Odds  | IC (OR; 95%) |
|-------------------------------------------|---------|-------|--------------|
| Realização profissional (ausência)        | 0,002   | 7,96  | 1,74; 36, 45 |
| Reconhecimento                            | 0,038   | 0,15  | 0,01; 1,14   |
| Esgotamento profissional                  | 0,000   | 5,96  | 2,09; 19,62  |
| Esgotamento emocional                     | 0,033   | 3,36  | 0,91; 12,23  |
| Estresse                                  | 0,001   | 7     | 1,80; 27, 81 |
| Insatisfação                              | 0,000   | 6,11  | 1,87; 20, 36 |
| Sobrecarga                                | 0,001   | 6,45  | 1,56; 27,95  |
| Frustração                                | 0,002   | 4,88  | 1,52; 16, 25 |
| Insegurança                               | 0,015   | 2, 94 | 0,78; 11, 93 |
| Falta de reconhecimento do meu desempenho | 0,041   | 2,82  | 0,91; 8,80   |

Dentre as variáveis relacionadas à liberdade de expressão, realização profissional, esgotamento profissional e falta de reconhecimento, todos fatores indicativos de prazer e sofrimento no trabalho, segundo a EIPST, apresentaram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de *burnout* entre enfermeiros do serviço de urgência e

emergência a exposição a sensação de não estar realizado profissionalmente, havendo nesse caso uma elevação das chances de desenvolvimento da síndrome de quase oito vezes. Houve associação também para exposição aos fatores esgotamento profissional, esgotamento emocional, estresse, insatisfação, sobrecarga, frustração, insegurança e falta de reconhecimento do meu desempenho. A variável reconhecimento mostrou-se como um elemento de proteção ao desenvolvimento da síndrome.

#### 4.3.4 Avaliação dos danos relacionados ao trabalho e sua associação com risco de desenvolver síndrome de burnout

Os resultados esquematizados no gráfico 8 e nas Tabelas 19, 20 e 21 representam a avaliação que os enfermeiros participantes do estudo fazem quanto aos danos relacionados ao trabalho em serviços de urgência e emergência, nos seus três fatores, os danos físicos, os danos sociais e os danos psicológicos relacionados com a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros participantes do estudo.

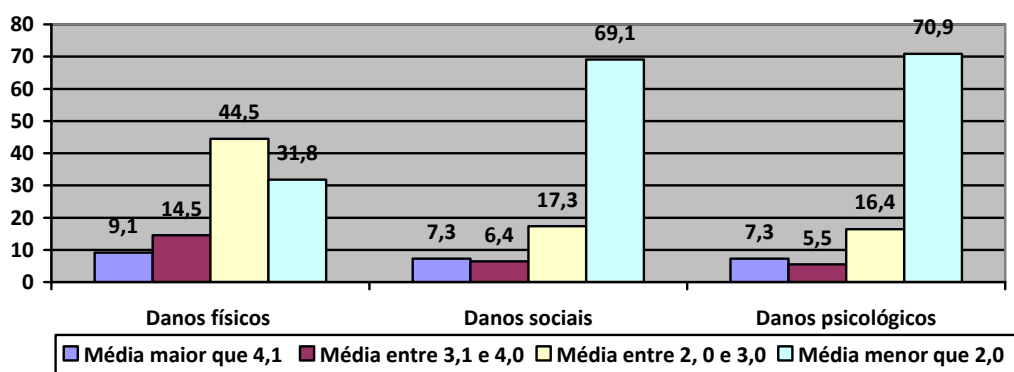


**Gráfico 8:** Distribuição de frequência das médias obtidas para os danos físicos, sociais e psicológicos avaliados entre os enfermeiros participantes do estudo, segundo a EADRT. Paraíba, 2010.

Os dados esquematizados no Gráfico 8 mostram, no que se refere aos danos físicos decorrentes do trabalho, que 9,1% (10) dos enfermeiros pesquisados encontram-se em situação de adoecimento físico em decorrência do trabalho e, portanto, com redução da capacidade funcional para o trabalho. Outros 14,5% (16) encontram-se em situação grave, com risco iminente de adoecimento físico em virtude do contanto com as cargas físicas do

trabalho, 44,5% (49) mostram-se em situação crítica e os outros 31,8% (35) situam-se no grupo cuja situação é favorável, ou seja, não há indícios de adoecimento físico em decorrências das demandas do trabalho. Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndrome de *burnout* e a exposição aos danos físicos em decorrência do trabalho, cujo p-valor é 0,07.

Os resultados obtidos para avaliação dos riscos de adoecimento em virtude de danos sociais causados pelo trabalho assemelham-se aos obtidos para os danos psicológicos indicando, que esses dois fatores têm sido menos percebidas pelos enfermeiros dos serviços de urgência e emergência como nocivas à sua saúde. Vê-se que 69,1% (76) dos enfermeiros situam o fator danos sociais decorrentes do trabalho numa situação mais favorável, mais positiva e, por conseguinte, perfeitamente suportável pelos trabalhadores. Enquanto 17,3% (19) colocam essa dimensão numa situação moderada, mas crítica, 6,4% (7) a situam de modo também moderado, mas com uma frequência de vivência dos seus aspectos negativos maior, o que remete a uma situação mais grave. E 7,3% (8) percebem os danos sociais decorrentes do trabalho de forma extremamente negativa, indicando, adoecimento dos profissionais incluídos nesse grupo. Não houve associação estatisticamente significativa entre a existência de danos sociais e o desenvolvimento de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros do serviço de urgência e emergência (p-valor = 0,117). Tem-se na Tabela 20 um detalhamento dos elementos que compõem os danos sociais decorrentes do trabalho.

Quanto ao risco de adoecimento em decorrência dos danos psicológicos acarretados pelo trabalho, os dados esquematizados no gráfico 8 demonstram que a maioria dos enfermeiros, 70,9% (78) avaliam de forma positiva os danos psicológicos decorrentes do trabalho em serviços de urgência e emergência, apontando com isso que não experimentam esse tipo de dano em virtude do trabalho que desempenham em serviços de urgência e emergência. 16,4% (18) fazem uma avaliação moderada desses danos, o que mesmo assim, sinaliza uma situação crítica. 5,5% (6) situam a ocorrência desses danos numa intensidade mais frequente, o que revela situação grave, enquanto 7,3% (8) fazem uma avaliação desse fator extremamente negativa, indicando com isso a presença de doenças psicológicas relacionadas ao trabalho. Não houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndrome de *burnout* e a exposição a danos psicológicos em decorrência do trabalho. As variáveis incluídas na avaliação dos danos psicológicos decorrentes do trabalho encontram-se descritos na Tabela 21.

**Tabela 19:** Distribuição de frequência da exposição aos danos físicos decorrentes do trabalho em relação à ocorrência de síndrome de *burnout* em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| EADRT<br>Danos físicos   |     | Ocorrência de <i>burnout</i> |      |     |      | Total |      | p-valor |
|--------------------------|-----|------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
|                          |     | Sim                          |      | Não |      |       |      |         |
|                          |     | n                            | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Dores no corpo           | Sim | 79                           | 71,2 | 12  | 9,1  | 91    | 82,7 | 0,013   |
|                          | Não | 12                           | 9,1  | 7   | 6,4  | 19    | 17,3 |         |
| Dores nos braços         | Sim | 64                           | 58,2 | 10  | 9,1  | 74    | 67,3 | 0,135   |
|                          | Não | 27                           | 24,5 | 9   | 8,2  | 36    | 32,7 |         |
| Dor de cabeça            | Sim | 78                           | 70,9 | 11  | 10,0 | 89    | 80,9 | 0,005   |
|                          | Não | 13                           | 11,8 | 08  | 7,3  | 21    | 19,1 |         |
| Distúrbios respiratórios | Sim | 27                           | 24,5 | 03  | 2,7  | 30    | 27,3 | 0,217   |
|                          | Não | 64                           | 58,2 | 16  | 15,5 | 80    | 72,7 |         |
| Distúrbios digestivos    | Sim | 39                           | 35,5 | 06  | 5,5  | 45    | 40,9 | 0,363   |
|                          | Não | 52                           | 47,3 | 13  | 11,8 | 65    | 59,1 |         |
| Dores nas costas         | Sim | 77                           | 70,0 | 12  | 10,9 | 89    | 80,9 | 0,030   |
|                          | Não | 14                           | 12,7 | 07  | 6,4  | 21    | 19,1 |         |
| Distúrbios auditivos     | Sim | 11                           | 10,0 | 01  | 0,9  | 12    | 10,9 | 0,385   |
|                          | Não | 80                           | 72,7 | 18  | 16,4 | 98    | 89,1 |         |
| Alterações do apetite    | Sim | 44                           | 40,0 | 08  | 7,3  | 52    | 47,3 | 0,620   |
|                          | Não | 47                           | 42,7 | 11  | 10,0 | 58    | 52,7 |         |
| Distúrbios na visão      | Sim | 19                           | 17,3 | 01  | 0,9  | 20    | 18,2 | 0,108   |
|                          | Não | 72                           | 65,5 | 18  | 16,4 | 90    | 81,8 |         |
| Alterações do sono       | Sim | 78                           | 70,9 | 10  | 9,1  | 88    | 80,0 | 0,001   |
|                          | Não | 13                           | 11,8 | 9   | 8,2  | 22    | 20,0 |         |
| Dores nas pernas         | Sim | 81                           | 73,6 | 16  | 15,5 | 97    | 88,2 | 0,555   |
|                          | Não | 10                           | 9,1  | 03  | 2,7  | 13    | 11,8 |         |
| Distúrbios circulatórios | Sim | 34                           | 30,9 | 06  | 5,5  | 40    | 36,4 | 0,634   |
|                          | Não | 57                           | 51,8 | 13  | 11,8 | 70    | 63,6 |         |

Dentre os resultados obtidos quanto aos danos físicos (Tabela 22) identificou-se associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndrome de *burnout* e a exposição aos danos físicos decorrentes do trabalho (p-valor = 0,07). Houve também associação para muitas das variáveis que se relacionam com o fator danos físicos (Tabela 22). A exposição a dores no corpo, dor de cabeça, dores nas costas e alterações do sono em decorrência do trabalho apresentou associação estatisticamente significativa para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Distúrbios respiratórios, auditivos e da visão estiveram pouco frequentes entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência.

**Tabela 20:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator danos sociais segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

|                                            |     | Ocorrência de<br><i>burnout</i> |      |     |      |       |      |         |
|--------------------------------------------|-----|---------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
| EADRT<br>Danos sociais                     |     | Sim                             |      | Não |      | Total |      | p-valor |
|                                            |     | n                               | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Insensibilidade em relação aos colegas     | Sim | 38                              | 34,5 | 3   | 2,7  | 41    | 37,3 | 0,033   |
|                                            | Não | 53                              | 48,2 | 16  | 14,5 | 69    | 62,7 |         |
| Dificuldades nas relações fora do trabalho | Sim | 30                              | 27,3 | 5   | 4,5  | 35    | 31,8 | 0,571   |
|                                            | Não | 61                              | 55,5 | 14  | 12,7 | 75    | 68,2 |         |
| Vontade de ficar sozinho                   | Sim | 49                              | 44,5 | 06  | 5,5  | 55    | 50,0 | 0,077   |
|                                            | Não | 42                              | 38,2 | 13  | 11,8 | 55    | 50,0 |         |
| Conflitos nas relações familiares          | Sim | 36                              | 32,7 | 06  | 5,5  | 42    | 38,2 | 0,515   |
|                                            | Não | 55                              | 50,0 | 13  | 11,8 | 68    | 61,8 |         |
| Agressividade com os outros                | Sim | 39                              | 35,5 | 03  | 2,7  | 42    | 38,2 | 0,027   |
|                                            | Não | 52                              | 47,3 | 16  | 14,5 | 68    | 61,8 |         |
| Dificuldade com os amigos                  | Sim | 28                              | 25,5 | 01  | 0,9  | 29    | 26,4 | 0,022   |
|                                            | Não | 63                              | 57,3 | 18  | 16,4 | 81    | 73,6 |         |
| Impaciência com as pessoas em geral        | Sim | 52                              | 47,3 | 04  | 3,6  | 56    | 50,9 | 0,04    |
|                                            | Não | 39                              | 35,5 | 15  | 13,6 | 54    | 49,1 |         |

Os danos sociais dizem respeito aos prejuízos que o trabalho pode acarretar às relações familiares e sociais dos profissionais. Vê-se na Tabela 20 que várias variáveis relacionadas aos danos sociais decorrentes do trabalho podem ser relacionadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros dos serviços de urgência e emergência. Insensibilidade em relação aos colegas, agressividade com os outros, dificuldade com os amigos e impaciência com as pessoas em geral são situações cuja exposição ou vivência apresenta associação estatisticamente significativa com a ocorrência de *burnout* (p-valor = 0,033, 0,027, 0,022 e 0,04, respectivamente). Chama-se atenção para a situação vontade de ficar sozinho que embora não possa ser associada à ocorrência de *burnout* entre os enfermeiros, mostrou-se bastante frequente na vida diária desses enfermeiros, já que 50% (55) responderam afirmativamente a essa questão.

**Tabela 21:** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao fator danos psicológicos segundo a ocorrência de síndrome de *burnout* em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| EADRT<br>Danos psicológicos                   |     | Ocorrência de<br><i>burnout</i> |      |     |      |       |      | p-valor |
|-----------------------------------------------|-----|---------------------------------|------|-----|------|-------|------|---------|
|                                               |     | Sim                             |      | Não |      | Total |      |         |
|                                               |     | n                               | f(%) | n   | f(%) | n     | f(%) |         |
| Amargura                                      | Sim | 29                              | 26,4 | 03  | 2,7  | 32    | 29,1 | 0,160   |
|                                               | Não | 62                              | 56,4 | 16  | 14,5 | 78    | 70,9 |         |
| Sensação de vazio                             | Sim | 32                              | 29,1 | 04  | 3,6  | 36    | 32,7 | 0,233   |
|                                               | Não | 59                              | 53,6 | 15  | 13,6 | 74    | 67,3 |         |
| Sentimento de desamparo                       | Sim | 26                              | 23,6 | 04  | 3,6  | 30    | 27,3 | 0,503   |
|                                               | Não | 65                              | 59,1 | 15  | 13,6 | 80    | 72,7 |         |
| Mau humor                                     | Sim | 50                              | 45,5 | 05  | 4,5  | 55    | 50,0 | 0,023   |
|                                               | Não | 41                              | 37,3 | 14  | 12,7 | 55    | 50,0 |         |
| Vontade de desistir de tudo                   | Sim | 37                              | 33,6 | 04  | 3,6  | 41    | 37,3 | 0,108   |
|                                               | Não | 54                              | 49,1 | 15  | 13,6 | 69    | 62,7 |         |
| Tristeza                                      | Sim | 44                              | 40,0 | 04  | 3,6  | 48    | 43,6 | 0,029   |
|                                               | Não | 47                              | 42,7 | 15  | 13,6 | 62    | 56,4 |         |
| Irritação com tudo                            | Sim | 45                              | 40,9 | 04  | 3,6  | 49    | 44,5 | 0,023   |
|                                               | Não | 46                              | 41,8 | 15  | 13,6 | 61    | 55,5 |         |
| Sensação de abandono                          | Sim | 27                              | 24,5 | 03  | 2,7  | 30    | 27,3 | 0,217   |
|                                               | Não | 64                              | 58,2 | 16  | 14,5 | 80    | 72,7 |         |
| Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas | Sim | 27                              | 24,5 | 02  | 1,8  | 28    | 25,5 | 0,085   |
|                                               | Não | 64                              | 58,2 | 17  | 15,5 | 81    | 73,6 |         |
| Solidão                                       | Sim | 30                              | 27,3 | 05  | 4,5  | 35    | 31,8 | 0,307   |
|                                               | Não | 61                              | 55,5 | 15  | 13,6 | 66    | 60,0 |         |

As variáveis esquematizadas na Tabela 21 remetem a sentimentos negativos em relação a si mesmo, a vida em geral e aos outros. Destaca-se, entre as variáveis relacionadas aos danos psicológicos decorrentes do trabalho, o mau humor, a tristeza e a irritação com tudo cujos p-valor encontrados, 0,023, 0,029 e 0,023, respectivamente, mostram associação estatisticamente significativa entre a exposição a estes sentimentos e a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência.

**Tabela 22:** Distribuição das variáveis relacionadas aos danos decorrentes do trabalho associadas ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* em enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Paraíba, 2010.

| VARIÁVEIS                                           | p-valor | Odds | IC (OR; 95%) |
|-----------------------------------------------------|---------|------|--------------|
| Existência de danos físicos decorrentes do trabalho | 0,07    | 3,84 | 1,24; 12, 08 |
| Dores no corpo                                      | 0,013   | 3,84 | 1,10; 13,38  |
| Dor de cabeça                                       | 0,005   | 4,36 | 1,30; 14,75  |
| Dores nas costas                                    | 0,030   | 3,21 | 0,94; 10,87  |
| Alterações do sono                                  | 0,001   | 5,4  | 1,63; 18,15  |
| Insensibilidade em relação aos colegas              | 0,033   | 3,82 | 0,95; 17, 84 |
| Agressividade com os outros                         | 0,027   | 4,00 | 0,99; 18,66  |
| Dificuldade com os amigos                           | 0,022   | 8,0  | 1,04; 168,54 |
| Impaciência com as pessoas em geral                 | 0,04    | 5,0  | 1,40; 19,50  |
| Mau humor                                           | 0,023   | 3,41 | 1,03; 11,96  |
| Tristeza                                            | 0,029   | 3,51 | 0,98; 13,66  |
| Irritação com tudo                                  | 0,023   | 3,67 | 1,03; 14,27  |

Dentre as variáveis relacionadas aos fatores danos físicos, sociais e psicológicos, todos constantes da EADRT, houve associação estatisticamente significativa entre ocorrência de síndrome de *burnout* e a exposição a danos físicos no trabalho, havendo um aumento das chances de desenvolver a síndrome de quase 4 vezes, podendo chegar até 12 vezes.

Dentre os danos físicos, os resultados mostraram que exposição a dores no corpo, de cabeça e nas costas e a existência de alterações no sono apresentaram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência. Há um aumento das chances de desenvolver a doença, em caso de exposição a essas variáveis de aproximadamente 4 vezes no caso das dores no corpo, de mais de 3 vezes para exposição a dores de cabeça e de mais de 5 vezes quando há exposição a alterações do sono.

Dentre os danos sociais houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndrome de *burnout* e a exposição a situações que denotem insensibilidade em relação aos colegas, agressividade com os outros, dificuldade com os amigos e impaciência com as pessoas em geral. No primeiro caso, a exposição aumenta as chances de ocorrência do *burnout* em aproximadamente 4 vezes, podendo chegar até a 18 vezes mais chances de desenvolver a síndrome. No segundo caso, a exposição aumenta as chances de ocorrer a doença em 4 vezes, podendo chegar a mais de 18 vezes. No caso de exposição a vivência de situações de dificuldades com os amigos há um aumento das chances de desenvolver *burnout*

de 8 vezes. Já quando há vivência de sentimento de impaciência com as pessoas, observa-se um aumento das chances de desenvolver a síndrome de 5 vezes, podendo chegar a quase 20.

Dentre os danos psicológicos decorrentes do trabalho os resultados mostraram associação estatisticamente significativa entre a vivência de sentimentos de mau humor, tristeza e irritação com tudo e o desenvolvimento de síndrome de *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. A exposição a qualquer um desses sentimentos em decorrência do trabalho aumenta as chances de desenvolver a síndrome em mais de 3 vezes.

## ***5 DISCUSSÃO***

---

A análise do perfil sociodemográfico mostrou que os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência no estado são, em sua maioria, profissionais jovens, no início da carreira profissional, que ainda não constituíram suas próprias famílias nucleares, ou seja, não possuem ainda companheiro e filhos.

Os resultados obtidos quanto ao perfil sociodemográfico (Tabela 1) assemelham-se aos encontrados por Bezerra e Beresin (2009), que se dedicaram em seus estudos à identificação da síndrome de *burnout* em profissionais atuantes em equipes de resgate pré-hospitalar, nos quais foram mostrados predomínio de profissionais jovens, do sexo feminino, sem companheiro, ou seja, solteiros ou divorciados e sem filhos .

Esses números mostram a feminização que marca o trabalho em saúde, com destaque, para a enfermagem e nutrição (MEDEIROS, 2005). O hospital é o campo de trabalho da saúde que melhor ilustra a concentração do trabalho feminino nessa área, já que é possível observar, em determinadas situações, percentuais femininos que superam os 70% do conjunto de trabalhadores (PASTORE; ROSA, 2005). Esta predominância, recorrente entre enfermeiros, tem implicações importantes para a saúde desses trabalhadores porque as mulheres são mais atingidas que os homens pela dupla carga de trabalho, cumprindo, muitas vezes, jornadas domésticas de trabalho que dificultam a reposição desejável das energias perdidas na rotina de trabalho por turnos e noturno (MEDEIROS, 2005).

O perfil profissional dos enfermeiros inseridos na assistência às urgências e emergências no estado assemelha-se ao apresentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (2010), segundo o qual cerca de 70% dos trabalhadores da enfermagem possui duplo emprego formal. No caso em estudo, mais da metade atua em dois ou mais estabelecimentos de assistência à saúde, o que obriga a uma situação de sobrecarga de trabalho.

A distribuição da ocorrência de síndrome de *burnout*, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais (Tabela 5) investigadas, mostrou predomínio dos casos entre os enfermeiros do sexo feminino, entre aqueles mais jovens e que afirmaram não ter companheiro, ou seja, declararam-se solteiros, separados ou viúvos. Acometeu, majoritariamente, os enfermeiros que não possuem filhos.

A predominância de casos entre enfermeiros do sexo feminino relaciona-se muito mais com o perfil profissional da categoria, do que propriamente com uma maior predisposição do sexo feminino sobre o masculino ao desenvolvimento do *burnout*. Alguns pesquisadores têm apontado uma maior incidência da síndrome entre indivíduos jovens, tanto como resultado da insegurança que acompanha a inexperiência profissional, comum nessa faixa etária, como

resultante do desencontro, que por vezes ocorre, entre as expectativas profissionais construídas ao longo de vários anos de preparação e o encontro com a realidade profissional.

No que se refere ao estado civil, não há consenso na literatura em torno da sua ação sobre o desenvolvimento da síndrome. Para alguns pesquisadores ter um relacionamento afetivo estável pode significar menor propensão ao desenvolvimento do *burnout*, de modo que as maiores incidências são observadas em indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados, o que justificaria os resultados encontrados nesse estudo. No entanto, outros pesquisadores afirmam exatamente o contrário, não há qualquer interferência do estado civil sobre a predisposição ao desenvolvimento da síndrome. Havendo ainda, aqueles que se referem não ao fato de ter ou não relacionamento estável, mas sim, a qualidade do relacionamento afetivo que se estabelece (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Não há também consenso quanto ao papel da paternidade ou maternidade sobre a predisposição ao desenvolvimento do *burnout*.

A situação do múltiplo emprego, observada nessa pesquisa para mais da metade dos enfermeiros, resulta das dificuldades socioeconômicas vividas pela categoria, haja vista que a atividade é pouco valorizada socialmente, o que implica, dentre outras coisas, remuneração insatisfatória (SECCO et al, 2010). Em vista disso, os profissionais são impulsionados a conciliar seus horários entre plantões em diversas instituições, entre as obrigações domésticas, a vida familiar e, algumas vezes, entre os estudos, o que os leva à vivência diuturna, com jornadas de trabalho cada vez mais extenuantes, imprimindo, assim, às suas vidas, expressivo desgaste físico e psíquico. Acrescente-se a esse respeito, as considerações da supracitada autora, para a qual os problemas financeiros vivenciados por parcela considerável dos trabalhadores da enfermagem estão entre as mais frequentes causas de angústia e sofrimento, marcando, com isso, o desgaste psíquico que decorre dessa situação de múltiplo emprego.

Observa-se ainda, conforme dados esquematizados na Tabela 1, que pouco mais de 30% (34) afirmaram desenvolver algum outro tipo de atividade profissional que não a enfermagem assistencial, o que reforça a busca desses enfermeiros por alternativas para driblar as deficiências econômicas decorrentes das baixas remunerações percebidas pela prática profissional de enfermeiro.

A sobrecarga de trabalho mostrou-se evidente entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência no estado e pode ser percebida tanto pelo acúmulo de vínculos profissionais como pelas cargas horárias cumpridas por esses profissionais. Parcela considerável dos enfermeiros exerce suas atividades profissionais com uma carga horária semanal superior às 44 horas preconizadas pela legislação. Ocorre que a organização do

trabalho em regime de plantão, comum em hospitais, facilita a conciliação de várias escalas, tanto dentro da mesma instituição, como entre instituições diferentes, e as baixas remunerações percebidas pela maioria deles, os leva ao acúmulo de vários vínculos de trabalho (como discutido anteriormente) (Tabela 1) o que concorre para o incremento da jornada de trabalho a valores muito superiores aos estipulados pela legislação.

Para aproximadamente 50% dos enfermeiros participantes do estudo (Tabela 1) observa-se jornada de trabalho inferior às 44 horas semanais. Sendo que dentre estes, apenas 30,9% (34) exerce uma carga horária semanal de trabalho de até 30 horas. Como a jornada oficial de trabalho dos enfermeiros, tanto estatutários, como prestadores de serviços e codificados, à época da coleta dos dados, em cinco das seis instituições hospitalares pesquisadas, é de 30 horas semanais, com exceção de uma, que pertence à esfera municipal e pratica uma jornada semanal oficial de trabalho de 40 horas para prestadores de serviço e 30 ou 20 horas para estatutários, pode-se inferir que este grupo que trabalha até 30 horas por semana representa a parcela dos enfermeiros que, efetivamente, possuem apenas 1 vínculo de trabalho e não realizam qualquer tipo de escala extra.

A situação de jornadas de trabalho excessivas é uma realidade para grande parte dos trabalhadores em saúde. Segundo Veras (2003) apud Medeiros et al (2006) as horas efetivamente trabalhadas pelos profissionais da saúde podem passar das 80 horas, podendo chegar até a 120 horas semanais. Para a supracitada pesquisadora, os trabalhadores dos serviços de saúde, tanto públicos como privados, inseridos em um contexto econômico neoliberal, vêm, gradativamente, sentindo as consequências da redução no seu poder aquisitivo, de modo que têm encontrado na adoção de outros vínculos empregatícios solução para tal redução.

A situação do múltiplo emprego e das jornadas excessivas de trabalho decorre tanto das baixas remunerações percebidas pela maioria desses profissionais como da defasagem salarial que corroeu o poder aquisitivo da maioria dos trabalhadores, principalmente dos servidores públicos. Ilustram essa assertiva os dados do Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Socioeconômicos (DIEESE), segundo os quais os servidores federais, em sua maioria, têm uma defasagem salarial, de acordo com o Índice Geral de Preços (IGP) da Fundação Getúlio Vargas de cerca de 149,43%; os servidores estaduais, especificamente os da saúde, de 169,90%, variando entre algumas categorias que tiveram em 2000 algum reajuste (VERAS, 2003).

Quanto à distribuição da ocorrência da síndrome em relação ao acúmulo de vínculos, houve predomínio entre os enfermeiros que acumulam dois ou mais vínculos em relação aos que atuam apenas em um estabelecimento de assistência à saúde (Tabela 5). Situação semelhante observou-se para a distribuição dos casos de *burnout* em relação à carga horária semanal de trabalho, considerando todos os vínculos, houve nesse caso, predomínio entre os que acumulam carga horária semanal de trabalho superior às 44 horas. Estas duas variáveis remetem a um dos fatores que mais tem sido relacionado ao desenvolvimento da síndrome, a sobrecarga de trabalho. Esta se refere tanto às demandas quantitativas como as qualitativas, ou seja, inclui tanto os casos onde se observa excesso de demanda percebida pelo número de atendimentos, como pelo tipo de atendimento requerido, que pode estar além das capacidades técnicas dos profissionais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A análise do tempo de exercício da profissão e do tempo de atuação em serviços de urgência e emergência (Tabelas 1 e 2) mostra enfermeiros com pouca experiência na enfermagem e na atuação nesse tipo de serviço. Esta constatação guarda estreita relação com o perfil sociodemográfico encontrado, visto serem os enfermeiros, em sua maioria, jovens, com menos de 30 anos de idade, encontrando-se, portanto, nos anos iniciais da vida profissional.

A distribuição da ocorrência de síndrome de *burnout* segundo o tempo de exercício da profissão (Tabela 5) mostrou maior prevalência entre os profissionais que possuem menos de cinco anos de experiência. O mesmo observou-se para a distribuição da ocorrência em relação ao tempo de atuação na instituição hospitalar pesquisada e ao tempo de atuação em serviços de urgência e emergência. Esses resultados indicam adoecimento precoce e sugerem tanto elevado desgaste pelo trabalho em serviços de urgência e emergência como interferências das demandas psíquicas e físicas vividas ainda nos anos de preparação para o trabalho. Cresce o número de pesquisadores que relatam prevalências relativamente altas da síndrome em estudantes da área da saúde (CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006).

Os números observados quanto ao total de enfermeiros especialistas em urgência e emergência (Tabela 3) mostram-se preocupantes, uma vez que o trabalho em urgência e emergência exige desses profissionais habilidades técnicas e conhecimentos científicos superiores àqueles aprendidos nos anos de graduação. Além do que, o contato cotidiano com o risco iminente de morte e a rapidez e precisão que a condução destes casos exige não permitem aos enfermeiros que atuam na assistência às urgências e emergências longos períodos para planejamento da assistência, ao contrário, impõem a urgência como requisito essencial para a tomada de decisões, tendo em vista a variabilidade e gravidade das situações

com que se deparam cotidianamente. Não por acaso foram observadas elevadas frequências para a exposição a situações que exijam a resolução de problemas e o contanto com imprevistos entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência no estado (Tabela 11). Por esse motivo, o capital humano para atuar nesse espaço deverá ser trabalhado a partir de formações específicas para os processos de trabalho desenvolvidos nessa unidade (BARBOSA et al, 2009, p. 74). Curiosamente esses profissionais não se percebem como trabalhadores desqualificados e não têm experimentado, com grande frequência, sentimentos como insegurança (Tabelas 15 e 16).

Entre os especialistas em urgência e emergência, 78% (25) apresentaram a síndrome em algum nível. Já entre os especialistas em qualquer área, 84% (63) desenvolveram a síndrome.

Há para parcela importante dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência uma situação de fragilidade quanto à relação de trabalho que se estabelece entre eles e os hospitais pesquisados (Gráfico 1). Mais de 60% dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência no Estado encontram-se na situação de prestadores de serviços ou codificados.

Quanto à relação de trabalho verificou-se predomínio da distribuição dos casos entre os enfermeiros não estatutários, ou seja, aqueles que se encontram na situação de prestador de serviços ou de codificados. Houve predomínio também dos casos naqueles profissionais que disseram não exercer atividades profissionais extras, isto é, não desempenham outra atividade profissional diferente da enfermagem, como forma de obter melhores rendimentos.

Sabe-se que os trabalhadores admitidos nessas modalidades de contratação estão submetidos à insegurança decorrente da fragilidade da relação de trabalho que se estabelece entre o trabalhador e o empregador, neste caso, o governo do estado ou prefeitura de João Pessoa, já que o mesmo não encontra amparo legal que respalde o seu ingresso nos serviços públicos, tendo em vista que a única forma legal de admissão nesses serviços é através da realização de concurso público. A consequência imediata dessa forma de inserção é a total desassistência social.

Enfatiza-se o percentual de enfermeiros que se encontram na situação de codificados (Gráfico 1). Esta categoria está sujeita a uma forma de contratação ainda mais precária que a observada para os enfermeiros que se encontram na situação de prestadores de serviço. Para o grupo de codificados a remuneração percebida é proporcional ao volume de trabalho realizado, ou seja, o enfermeiro codificado é remunerado pela quantidade de trabalho que executa, incluindo-se na modalidade de pagamento por produtividade. Os enfermeiros

incluídos nessa situação não possuem qualquer vinculação com o ente que o contrata, não gozam do direito a férias, décimo - terceiro salário, licença para tratamento de saúde, licença para acompanhamento de pessoa doente na família ou qualquer outro benefício social que possa ser concedido àqueles que se enquadram na categoria de estatutários. Todos esses elementos reunidos configuram o que Hirata (2009) denominou trabalho precário, sendo, na sua percepção, a ausência de proteção e de direitos sociais um dos principais indicadores desse tipo de trabalho.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndrome de *burnout* e qualquer das variáveis sociodemográficas e profissionais pesquisadas. Embora os resultados de muitos estudos tenham associado a ocorrência de síndrome de *burnout* a variáveis sociodemográficas e profissionais para Gil-Monte, Peiró (1997) as características pessoais atuam muito mais como facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores presentes nos ambientes de trabalho do que propriamente como agentes desencadeadores da síndrome.

No que se refere à ocorrência de SB entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência, foram observadas diferenças quanto aos pontos de corte em relação a profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família. As divergências observadas mostram que os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência encontram-se mais tolerantes aos elementos desencadeadores da SB presentes em seus ambientes de trabalho que os profissionais que atuam na estratégia de saúde da família. Para esses, considera-se com níveis médios de EE, indivíduos cuja pontuação esteja compreendida entre 7 e 24 e em níveis altos de EE aqueles cuja pontuação esteja superior a 25 (PASCOAL, 2008). Entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência observamos intervalos mais altos (Tabela 4), ou seja, para que um enfermeiro do serviço de urgência e emergência seja identificado com níveis médios ou altos na dimensão EE, é necessária a obtenção de somatório mais elevado em relação aos profissionais da estratégia de saúde da família para a dimensão EE.

O mesmo ocorreu para as dimensões DP e RP. Para a dimensão DP entre os profissionais da estratégia de saúde da família considera-se com nível médio de DP aqueles profissionais cuja pontuação nessa dimensão esteja compreendida entre 1 e 5 pontos e com níveis altos aqueles cuja pontuação seja superior a 6 (PASCOAL, 2008). E para a dimensão RP considera com reduzida realização profissional aqueles trabalhadores cujo somatório não ultrapasse os 34 pontos (PASCOAL, 2008). Entre enfermeiros do serviço de urgência e emergência (Tabela 4), observa-se, a exemplo do que ocorreu para a dimensão EE, maior

tolerância aos fatores desencadeantes de despersonalização e reduzida realização profissional. Há, por conseguinte, no trabalho em urgência e emergência, um elemento maior de satisfação, de prazer em relação ao trabalho na estratégia de saúde da família que os fazem mais tolerantes aos mais variados elementos estressores do trabalho presentes naquele tipo de serviço.

Essas divergências que se mostram mais positivas em relação aos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência, podem estar associadas à vivência no trabalho de situações geradoras de prazer, tais como solidariedade e cooperação entre os colegas e liberdade para falar sobre o trabalho e para usar a criatividade, todas bastante frequentes entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência no Estado (Tabela 14). Essas circunstâncias geram, entre os enfermeiros, um sentimento de pertencimento ao grupo que funciona como um inibidor do desenvolvimento da SB.

Mesmo mostrando-se mais tolerantes aos agentes estressores presentes no trabalho observaram-se elevada prevalência de adoecimento por síndrome de *burnout* entre os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência. Mais de 80% dos enfermeiros inseridos na assistência às urgências e emergências no estado apresentaram a SB em algum nível. Altos níveis de exaustão emocional e despersonalização associados à baixa realização profissional também foram observados em estudos semelhantes (RITTER, STUMM, KICHER, 2009).

Esses elevados níveis indicam que as condições e a organização do trabalho em serviços de urgência e emergência têm importantes impactos sobre o desgaste dos enfermeiros que se encontram inseridos nesse tipo de serviço, significando, portanto, sofrimento humano relacionado ao trabalho entre os enfermeiros que compuseram o estudo. Os enfermeiros que se encontram na situação de exaustão emocional vivem a sensação de não possuir energia para nada mais, sentem-se no limite de suas possibilidades, há o esgotamento dos recursos emocionais necessários ao trabalho diário com pessoas em função do seu trabalho, sentem-se emocionalmente desgastados, não há mais, para os que se encontram nessa situação, qualquer possibilidade de entrega, de dedicação ao trabalho (RITTER, STUM, KICHER, 2009).

Os serviços de urgência e emergência guardam em si especificidades que o transformam em importante fonte de riscos para a saúde dos trabalhadores. Nesses ambientes, os profissionais são constantemente submetidos a cargas de trabalho mental excessivas, convive-se, diuturnamente, com a pressão decorrente da necessidade de tomadas rápidas de decisões, além da imprevisibilidade das situações. Acrescente-se que não há nesses ambientes os “limites” impostos pelo número de leitos. Mesmo que a estrutura física esteja projetada para acomodar um número limitado de usuários, os serviços são obrigados a receber tantos

pacientes quantos sejam encaminhados, o que impõem aos trabalhadores desses serviços mais do que uma sobrecarga física, principalmente, conferem importante sobrecarga mental decorrente da sensação de incerteza que gira em torno de uma possível desassistência ou assistência insatisfatória aos usuários encaminhados e das complicações legais que situações dessa natureza acarretariam. Além disso, esses profissionais estão continuamente expostos aos problemas e preocupações dos usuários e acompanhantes dos serviços, lidam com a dor, o sofrimento, a perda, o pesar e a morte. Deparam-se, diariamente, com as diversas emoções que a “descoberta” da finitude da vida desperta tanto nos usuários e familiares como até mesmo neles próprios.

Outro elemento que pode ser decisivo para a determinação de níveis expressivos de EE é a sobrecarga de trabalho (Tabela 1 e 16) resultante tanto da quantidade de usuários atendidos em um dia de plantão como da quantidade de vínculos profissionais mantidos pelos trabalhadores, que embora não seja a causa necessária do esgotamento emocional, oferece importantes contribuições para o seu desencadeamento (LAUTERT, 1999). Trata-se aqui de um grupo de enfermeiros que vive, em sua maioria, a situação do múltiplo emprego, o que leva, conseqüentemente, a uma situação de jornada de trabalho excessiva. Agrava este quadro, o fato do trabalho dos enfermeiros está organizado em regime de escalas de plantão, o que pressupõem o trabalho em turnos e noturno e em finais de semana, dias, geralmente (para a imensa maioria dos outros trabalhadores), reservados ao descanso.

Sabe-se que a organização temporal do trabalho noturno traz sérias implicações para a saúde física, mental e social dos trabalhadores. Dentre os elementos prejudiciais possíveis está o aumento da probabilidade de ocorrência de acidentes, o que coloca em risco, não só a saúde dos profissionais, mas também dos usuários, em decorrência da queda ou diminuição na expressão comportamental de alguns ritmos biológicos, com especial ênfase ao da temperatura corporal, que tende a apresentar valores mais baixos durante a noite, concomitante ao aumento da sonolência e conseqüente queda de rendimento de algumas funções cognitivas (MONK, 1989 apud MORENO, FISCHER, ROTENBERG, 2003, p. 36).

Há, nesses casos, um desencontro entre os ritmos biológicos e os horários de trabalho, que contribuem, especialmente à noite, para que a privação do sono decorrente das dificuldades de descanso diurno aliadas à dessincronização dos ritmos biológicos, para reduzir significativamente os níveis de alerta dos trabalhadores, acentuando, com isso, os níveis de fadiga experimentados pelos mesmos (AKERSTEDT, 1996 apud MORENO, FISCHER, ROTENBERG, 2003). Estes resultados mostram as dificuldades vividas por esses enfermeiros para repor, de forma adequada, as energias perdidas e corroboram os resultados obtidos para a

dimensão EE. Pelo exposto, justifica-se o fato de as alterações do sono se mostrarem, para os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência, como um importante fator de risco para o desenvolvimento da síndrome, cujas chances de ocorrências se elevam em mais de 5 vezes, podendo chegar até mais de 18 vezes entre os expostos a esse tipo de alteração.

Os altos valores observados aqui para a dimensão DP preocupam sobremaneira, uma vez que implicam insensibilidade emocional do enfermeiro com presença importante na sua atuação de práticas clínicas e de dissimulação afetiva. Evidenciam importante comprometimento dos enfermeiros atuantes em serviços de urgência e emergência e indicam a necessidade de tomar providências urgentes, tendo em vista a minimização dos seus efeitos, tanto para a saúde desse grupo de enfermeiros como para a saúde e segurança dos usuários desses serviços.

Sabe-se, na atualidade, que o desenvolvimento da DP ocorre consecutivamente ao desenvolvimento de esgotamento ou exaustão emocional, de forma que a ocorrência de níveis elevados de EE precipitará níveis também altos de despersonalização (MOREIRA et al, 2009). Constitui-se, como dito, numa situação bastante preocupante já que os usuários desses serviços, em grande parte, encontram-se sob risco iminente de morte e exigem dos profissionais envolvidos na sua assistência direta muito mais que conhecimentos e habilidades técnicas e recursos tecnológicos, requerem sensibilidade, empenho, dedicação e comprometimento.

Para os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência os níveis de despersonalização estão associados a circunstâncias tais como ter que disfarçar os sentimentos, ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros e ter custo emocional. A exposição a esse tipo de situação figura para esses enfermeiros como um importante fator de risco de desenvolvimento da SB, especialmente na sua dimensão DP.

Nessa pesquisa a realização profissional tanto foi pesquisada enquanto uma das dimensões do *burnout* como um dos fatores relacionados a vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Enquanto dimensão do *burnout* foi observado percentual relativamente baixo de profissionais com níveis reduzidos nessa dimensão. Enfermeiros com reduzida realização profissional fazem uma autoavaliação negativa, aliada ao desânimo, insatisfação com o trabalho e à sensação de que não vale mais a pena permanecer nesse trabalho, de modo que o mesmo deixa de ser um prazer e passa a ser um fardo. Por essas razões, a prevalência observada é importante e enseja a tomada de providências para a recuperação da realização no trabalho entre os enfermeiros que se encontram nesse grupo. Há uma tendência entre as

pesquisas atuais em considerar que essa dimensão se desenvolve de forma separada das demais.

Enquanto indicador de prazer e sofrimento no trabalho (Tabela 15), os resultados mostraram que as variáveis relacionadas a realização profissional não têm contribuído para vivências negativas no trabalho, ao contrário, mostram-se como importantes fontes de prazer e gratificação no trabalho em serviços de urgência e emergência. Parcela dos enfermeiros inseridos nesse tipo de atividades demonstrou elevada identificação com as atividades em serviços de urgência e emergência e orgulho pelo que fazem.

Os dados esquematizados no Gráfico 3 mostram que todos os hospitais pesquisados apresentaram casos da SB, estando presente em todas as unidades hospitalares pelo menos um caso grave da mesma. A homogeneidade na distribuição dos casos entre os seis hospitais pesquisados demonstra a relevância da ocorrência dessa síndrome entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência, tornando evidente a relação entre o processo, a organização, as condições de trabalho nesses ambientes e o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Há que se retomar neste ponto as recomendações do Ministério da Saúde acerca do diagnóstico da SB. Segundo orientações constantes no Manual de procedimentos para serviços de saúde quanto ao manejo das doenças relacionadas ao trabalho o diagnóstico de um único caso de SB deve ser conduzido como evento sentinela, indicando a necessidade de investigação da situação de trabalho, tendo em vista a avaliação do papel da organização do trabalho na determinação dos quadros sintomatológicos da SB, indicando, inclusive, a necessidade de realização de intervenções na organização e de oferecimento de medidas de suporte aos trabalhadores que embora inseridos na mesma realidade laboral ainda não apresentaram sinais da SB (BRASIL, 2001).

A equivalência da prevalência observada entre os hospitais pesquisados reflete não apenas a relevância dos fatores citados acima para o desenvolvimento da síndrome, mas também refletem a importância do tipo de cliente para a ocorrência do *burnout* entre os enfermeiros. Estudiosos têm encontrado maiores incidências entre profissionais cujo cuidado é prestado a pacientes multi-queixosos, disfóricos, que tentaram suicídio e cujo trabalho é realizado em situação que ensejam contato com o sofrimento e a morte, situações estas, frequentemente, observadas em serviços de urgência e emergência.

Estar acometido pelo *burnout* significa viver uma experiência subjetiva de conotações negativas que abrange a cognição, as emoções e as atitudes em relação ao trabalho e às pessoas com as quais tem que se relacionar em função do mesmo. Constitui-se, portanto, numa maneira inadequada encontrada pelos trabalhadores para enfrentar a situação de estresse

crônico no trabalho e o seu desenvolvimento ocorre quando falham ou se esgotam as estratégias para enfrentar o estresse (CARLOTTO; CÂMARA, 2008). As implicações desse quadro para os serviços de saúde pesquisados e para as condições de saúde desses trabalhadores são grandes uma vez que concorrem para a elevação do absenteísmo, das licenças médicas, do abandono do emprego, com redução importante da resolutividade dos serviços prestados aos usuários (MOREIRA et al, 2009).

Na percepção de Maslach e Leiter (1997) apud Carlotto (2010) cada indivíduo externaliza o *burnout* de forma única, mas de modo geral, o seu desenvolvimento ocorre de forma gradual, insidiosa. Paulatinamente, o indivíduo começa a perder a fascinação pelo trabalho, advindo sentimentos de aborrecimento e falta de realização. Gradativamente, sentimentos antes presentes, como o entusiasmo, o prazer e a dedicação com o trabalho vão dando lugar a sentimentos nocivos, perniciosos, como a raiva, a ansiedade e a depressão de modo tal que, não raro, os indivíduos pensam estar vivendo uma crise pessoal. A relação do trabalho como causa direta dessas sensações e sentimentos não está evidente, num primeiro momento, para os indivíduos acometidos, aos poucos se instalam os sentimento de exaustão, despersonalização e baixa realização profissional com o trabalho.

Sabe-se que nas unidades de urgência e emergência convive-se, diariamente, com situações imprevisíveis, as quais estão permeadas por sentimentos como a dor, o sofrimento e a morte, além de todos os sentimentos desencadeados, tanto nos profissionais como nos usuários desses serviços, pela “descoberta” da finitude da vida. Espera-se desses profissionais uma série de conhecimentos e habilidades técnicas para que seja possível o enfrentamento dessas situações. Esses conhecimentos são indispensáveis para o alcance dos objetivos do serviço, qual seja a manutenção e ou recuperação da vida daquele que se encontra sob risco iminente de morte, o que imprime ao trabalho desses profissionais extrema responsabilidade.

Não há, nesse contexto, espaços para equívocos, para dúvidas, para titubeios, ao contrário, espera-se, mais do que isso, exige-se, precisão, presteza, agilidade, habilidade, domínio dos conhecimentos teóricos inerentes aos casos que são atendidos, domínio dos recursos tecnológicos necessários à manutenção da vida e sempre tão presentes nesses ambientes, segurança, clareza, firmeza na condução dos atendimentos que são realizados.

Todas essas exigências dominam o trabalho de profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência e refletem a forte expectativa, não só dos usuários, mas deles próprios, em torno do alcance dos melhores resultados possíveis, que neste caso, significa como dito anteriormente, a manutenção da vida, o que justifica o sentimento demonstrado por parcela considerável dos participantes dessa pesquisa em torno da forte cobrança por resultados e da

pressão para realizar as tarefas em prazos determinados (Tabela 6), já que, como foi bem descrito, trata-se de um serviço com elevadas exigências em termos de performance.

Concorre para o esgotamento das condições de saúde dos enfermeiros do serviço de urgência emergência, reiterando, a sobrecarga de trabalho (Tabela 16 e 18). No caso em discussão essa sobrecarga pode ser percebida pela elevada frequência com que os profissionais consideraram que elementos como o ritmo de trabalho é excessivo, o número de pessoas para realizar as tarefas é insuficiente e falta tempo para realizar pausas de descanso esteve presente na rotina profissional dos mesmos. Observa-se que a exposição a situações de sobrecarga eleva em mais de seis vezes a chance do indivíduo desenvolver a SB (Tabela 18).

Essas são variáveis relacionadas à organização do trabalho que poderiam ser facilmente resolvidas se houvesse interesse político dos gestores, como recomenda a legislação. Há uma resolução do COFEN que regulamenta o dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a necessidade de assistência dos usuários. Ocorre que muitos dos gestores da saúde sequer têm conhecimento dessa legislação. Tem-se observado muito mais os critérios de custo que qualquer outro para admissão de pessoal. Ou, muito mais frequente em serviços públicos, superlota-se determinados setores em detrimento de outros, sem que sejam observadas as reais necessidades dos usuários e dos profissionais de cada um dos setores.

Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de *burnout* e a exposição a tarefas repetitivas.

Pitta (1991) analisando a relação entre organização do trabalho, carga mental e sofrimento psíquico, aponta que a evolução da tecnologia para uma série de trabalhos, inclusive o trabalho hospitalar, tem se revestido de componentes cognitivos complexos que imprimem, muitas vezes, sobrecargas mentais aos trabalhadores. Acrescenta que a organização do trabalho atua na origem do sofrimento psíquico através de certos elementos facilmente identificáveis, dentre os quais elenca jornadas prolongadas de trabalho, ritmos acelerados de produção, pressão visivelmente repressora e autoritária instalada numa hierarquia rígida e vertical, a inexistência ou exiguidade de pausas para descanso ao longo das jornadas de trabalho, a fragmentação das tarefas, e a desqualificação do trabalho e, conseqüentemente, de quem o realiza.

Os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência apresentam expressivo risco de adoecimento, tanto físico como mental, em consequência da vivência cotidiana com muitos dos elementos levantados por Pitta (1991), com especial destaque para o ritmo excessivo de trabalho, cuja frequência acumulada revela mais de 90% dos enfermeiros submetidos a essa

situação (Tabela 6), a realização de tarefas com pressão de prazos, cuja frequência acumulada mostrou 80% dos enfermeiros expostos, fiscalização do desempenho, divisão entre quem manda e quem executa e tempo reduzido ou ausente para as pausas de trabalho.

A organização do trabalho segundo afirma Pires (2004) deve ser compreendida como um conjunto de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, incluindo-se as relações de trabalho e as relações hierárquicas, sendo fortemente influenciada pelos modos de gestão institucional, pela cultura institucional e pela macropolítica vigente na sociedade. Estes elementos estão de tal forma articulados que não há como analisar a organização do trabalho apenas sob as perspectivas implementadas internamente na instituição, há que se considerar a interação dessas com o contexto social no qual está inserido e sob a ótica do modo de produção vigente.

A análise das relações socioprofissionais no contexto de trabalho (Tabela 7) é de suma importância para a compreensão da ocorrência do *burnout* entre os trabalhadores, uma vez que esse fator guarda estreita relação com a dimensão despersonalização. Sua relevância cresce quando se considera a centralidade dessa dimensão no desenvolvimento do *burnout* na percepção de alguns pesquisadores que se dedicaram ao assunto. Para muitos autores é essa dimensão que diferencia o *burnout* de outros constructos psicológicos uma vez que a exaustão emocional e a sensação de baixa realização profissional podem estar presentes em outras síndromes psicológicas (MORENO, OLIVER, ARAGONESES, 1991 apud CARLOTTO, 2010, p.10).

O fator condições de trabalho está relacionado à qualidade do ambiente físico, do posto de trabalho, dos equipamentos e dos materiais necessários a realização das atividades, sendo de extrema relevância para a consecução dos objetivos da organização, uma vez que influenciam diretamente a conduta dos trabalhadores, constituindo-se em exigências para a realização do trabalho (MENDES, 2007; BARBOSA et al, 2009).

A análise das condições em que se realizam o trabalho em saúde também assume papel central dentro da proposta desse estudo, tendo-se em conta a possibilidade de identificar quais os elementos do trabalho em serviços de urgência emergência que estão contribuindo para o adoecimento dos enfermeiros. A expressividade desse elemento para o adoecimento, tanto físico quanto psíquico, dos trabalhadores, pode ser percebido pela frequência com que essa categoria emerge nos resultados de outros estudos que se debruçaram sobre o problema. Nos estudos realizados por Barbosa et al (2009) as condições de trabalho em serviços de urgência e emergência emergiram como elemento central das inquietações e queixas apresentadas por parcela considerável dos profissionais de enfermagem abordados, uma vez

que são indispensáveis para o desempenho satisfatório da profissão e interferem diretamente nas condutas adotadas pelos profissionais.

Um dos elementos depreciativos das condições de trabalho observadas foi a inadequação do espaço físico. Estas queixas também foram recorrentes nos resultados obtidos por Barbosa et al (2009). Nas observações diretas realizadas por ocasião da coleta de dados evidenciou-se que, pelo menos em dois dos hospitais onde a pesquisa foi realizada, a demanda de atendimento diário superou bastante a capacidade instalada, o que obrigava, muitas vezes, os profissionais a manterem os usuários em macas, cadeiras e até nos bancos dos corredores, acarretando, com isso, sérios prejuízos à qualidade da assistência prestada.

Essas dificuldades estruturais são frequentemente observadas em muitos dos serviços de saúde não só no estado, mas do país de um modo geral. Nas observações diretas realizadas durante a coleta dos dados evidenciou-se também deficiência de leitos em várias das instituições pesquisadas. Em vários casos, sobretudo nas instituições situadas nas cidades de maior contingente populacional, a exemplo de João Pessoa, Campina Grande e Patos, as instituições hospitalares estavam projetadas para o recebimento de um número determinado de usuários, mas o que se viu na prática foi a necessidade de receber tantos usuários quantos fossem encaminhados ao serviço, o que acarretava a ocupação de todos os leitos disponíveis com o congestionamento de macas, muitas vezes dispostas de forma inadequada pelos corredores, dificultando a circulação e prejudicando o acesso dos profissionais para a oferta da assistência devida, além de favorecer a elevação dos riscos de infecção cruzada entre os usuários. Muito embora alguns desses serviços tenham passado por reformas e reestruturações recentes, com aumento de número de leitos (caso da urgência e emergência do hospital de Patos, dos hospitais situados na capital) percebe-se que a demanda por atendimentos de urgência é superior à capacidade instalada dos serviços, o que acarreta impactos importantes, tanto para os usuários como para os profissionais, que são obrigados a garantir, com os [poucos] recursos que dispõem, assistência a todos os usuários que necessitarem, gerando com isso importante sobrecarga tanto física quanto mental.

Pelo exposto, percebe-se que a organização dos serviços na saúde não ficou à margem da reestruturação produtiva que tem marcado, dentre outros elementos, a gestão no trabalho na atualidade. Tem-se utilizado nesse segmento de forma bastante crescente a ordem comercial-industrial segundo a qual o atendimento é um produto a ser consumido pelos clientes. Exige-se que o profissional atenda, cada vez mais, um número maior de pacientes sem que se ofereça as condições necessárias para a execução do seu trabalho com a eficiência e eficácia esperadas para o tipo de atendimento que se presta. Esta situação concorre para

incrementar o custo emocional e mental do trabalho e com isso aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento do *burnout* (CARLOTTO, 2010).

Um dos fatores que apresenta relevância para a inadequação das condições de trabalho, embora não haja associação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento da síndrome e a exposição, é a existência de muito barulho no ambiente de trabalho (Tabela 8). Convive-se nesses ambientes com uma variedade de ruídos oriundos das mais diversas situações. Há o movimento intenso de profissionais, de familiares de usuários, de estudantes, a movimentação frequente de macas e cadeiras de rodas, os sons emitidos pelos mais variados equipamentos, como os monitores cardíacos, os desfibriladores, os respiradores, o sistema de som da própria instituição, o vai-e-vem frenético das ambulâncias, das viaturas policiais. Toda essa intensa movimentação impõe aos profissionais que atuam nesses serviços a convivência cotidiana com o excesso de ruídos.

No que se referem aos materiais de consumo e aos equipamentos necessários ao trabalho, os resultados obtidos aqui diferem dos encontrados por Barbosa et al (2009) que revelaram nos seus estudos constantes desabastecimentos de materiais de consumo e obsolescência de equipamentos indispensáveis ao trabalho em urgência e emergência. Seria oportuno esclarecer que os melhores resultados obtidos no nosso estudo quanto a essa variável em comparação com os resultados apontados pelo supracitado autor, que o Governo do Estado, através de Secretaria de Estado da Saúde, tem feito investimentos na reestruturação da rede hospitalar do Estado. Sabe-se, por outro lado, que os esforços do Governo não atingiram as estruturas hospitalares de forma igual e nem foram suficientes para fazer frente a todas as necessidades apresentadas pelos hospitais dadas as suas diversidades e especificidades.

Não há dúvidas que a rapidez e precisão da assistência prestada aos usuários em serviços de urgência e emergência, tão necessárias à eficiência e eficácia do serviço, relacionam-se diretamente com os conhecimentos técnico-científicos dos profissionais envolvidos nos atendimentos, sendo fortemente beneficiadas pelo desenvolvimento tecnológico, mas não podem, sob hipótese alguma, prescindir da adequação dos elementos arquitetônicos e administrativos. Há entre eles uma interdependência, que faz com que a ausência ou ineficiência de um prejudique ou mesmo impeça o adequado desempenho do outro (BARBOSA et al, 2009).

Não restam dúvidas também que as condições de trabalho vividas pelos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência têm se constituído em importante fator para o adoecimento dos mesmos, contribuindo, decisivamente para a ocorrência do *burnout* entre

eles. A sua relevância para o desenvolvimento da síndrome é tão expressiva que a exposição à condições de trabalho precárias aumenta as chances de desenvolver *burnout* em quase quatro vezes, podendo chegar a mais de 10, as chances de ocorrência em relação a indivíduos não expostos (Tabela 9).

Para Gracia et al (2006) apud Carlotto (2009), o trabalho de prestação de serviços é caracterizado pelo contato direto com pessoas, permeado, portanto, por um intento contanto cara-a-cara, o que implica, muito frequentemente, na necessidade de mediação das emoções por parte daqueles que prestam o serviço. Tal fato evidencia que há um esforço no sentido de regular as emoções, demonstrando apenas aquelas consideradas “apropriadas” para a ocasião ou para a imagem do profissional que oferece o serviço. Há um esforço por parte do trabalhador em cumprir as expectativas e normas sociais em torno do trabalho que deve ser oferecido pelos profissionais de saúde, o que concorre para o incremento dos custos afetivos no trabalho. Há sobre a expressão emocional e sobre a experiência emocional implicadas no desempenho da função todo um controle exercido pelas normas organizacionais que visam a garantir a consecução dos objetivos propostos (MARTÍNEZ, IÑIGO, 2001 apud CARLOTTO, 2009). Por essas razões a exposição a situações que impliquem necessidade de disfarçar os sentimentos e ser obrigado a sorrir mostraram-se nesse estudo como fatores de risco para o adoecimento dos enfermeiros (Tabela 13).

A discussão dos custos efetivos existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência é, também, um dos elementos centrais desse estudo, uma vez que guarda estreita relação com o desenvolvimento de desgaste emocional, um dos elementos centrais na síndrome de *burnout*. De modo que os itens marcados no parágrafo anterior nos remetem aos elevados níveis de exaustão emocional vivenciados por parcela significativa dos enfermeiros. Elevadas demandas em termos de custos afetivos podem estar fortemente associadas ao desenvolvimento do *burnout*. As tarefas que implicam manifestações de emoções freqüentes, intensas, variadas e por períodos de tempo prolongados podem precipitar o desenvolvimento do *burnout*, sobretudo, no seu componente exaustão emocional (CARLOTTO, 2009).

Esses resultados corroboram o posicionamento de Benevides-Pereira (2002) a respeito do trabalho dos profissionais da saúde; na sua percepção, o desempenho desses profissionais envolve uma série de atividades que requerem controle mental e emocional muito superior ao requerido em outras profissões, além disso, em todos os serviços de saúde, mas especialmente nos serviços de urgência e emergência, é exigido desses profissionais experiência e

maturidade suficientes que possibilitem a tomada de decisões difíceis, geralmente com grandes implicações éticas, morais e legais (ALBALADERO et al, 2004).

Ter que resolver problemas, um dos elementos implicados nos elevados custos cognitivos do trabalho em serviços de urgência e emergência, apesar de não ter apresentado associação estatisticamente significativa para o desenvolvimento da síndrome, emerge no posicionamento de alguns autores como um dos pontos centrais do desgaste vivenciado por alguns trabalhadores, como descrito abaixo:

Uma das maiores dificuldades que aparecem na atenção à saúde é a onipotência do profissional em resolver os problemas [...] as expectativas mais comuns das profissões de ajuda são em relação ao próprio cliente, ou seja, predomina a idéia de que o serviço prestado alterará definitivamente o curso da vida do cliente. Para muitos profissionais, a oportunidade de ajudar sua clientela é a principal razão de escolha da profissão e geralmente, a primeira causa de satisfação no trabalho. Quando frequentemente frustrado surge a descrença e o distanciamento de seus objetivos profissionais (EDELWICH; BRODSKI, 1980; CHIAPINOTTO; FAIT; MAYER JUNIOR, 2007 apud CARLOTTO 2009).

Muitos pesquisadores têm situado a carga mental decorrente da necessidade constante de memorizações complexas e a carga psíquica resultante da constante pressão oriunda da concentração no trabalho, das mudanças observadas nas condições de risco dos usuários, implicando em confronto constante com o sofrimento, como um dos fatores mais importante de penosidade do trabalho de profissionais da saúde em organizações hospitalares (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995).

Os resultados obtidos quanto aos custos físicos corroboram o que colocam Barbosa et al (2009) quanto ao processo de trabalho dos enfermeiros dos serviços de urgência e emergência. Para o referido autor, o trabalho em urgência e emergência é bastante desgastante e está fortemente correlacionado ao desenvolvimento de agravos à saúde dos trabalhadores, tanto de ordem física como os distúrbios osteomusculares, podendo chegar ao esgotamento físico total e até aos de ordem psicofísicos.

A elevada frequência com que se observou a necessidade de caminhar, de ser obrigado a ficar de pé e usar as pernas de forma contínua estão associados à estrutura física das instituições pesquisadas, para as quais se observou privilégio das formas horizontais. Associa-se também ao processo de trabalho do enfermeiro. É esperado que o atendimento de um elevado número de pacientes, em estruturas fisicamente grandes exija dos profissionais intensa movimentação durante o expediente. Além disso, as tarefas gerenciais dos enfermeiros, nas quais se inclui a necessidade constante de resolver problemas, exigem locomoção frequente desses profissionais.

A organização diária do trabalho hospitalar dos enfermeiros dos serviços de urgência e emergência é marcado pela realização excessiva de ações como o auxílio do paciente com

difficuldade de locomoção, as constantes passagens de macas ao leito e de pacientes às macas, a necessidade frequente de deambulação por entre os setores que compõem a estrutura justificam as respostas representadas na Tabela 12. Esses resultados correlacionam-se com outros obtidos por Oliveira e Murofuse (2001), por Campos (2008) que também identificaram em seus estudos elevadas necessidades físicas resultantes do trabalho de enfermeiros.

A análise das médias quanto ao fator liberdade de expressão (Gráfico 6) mostram um ambiente onde se vive o sentimento de confiança entre os colegas, onde há liberdade para expressão das opiniões acerca dos assuntos relacionados ao trabalho, sem que isso implique em qualquer sanção. Os resultados para esse fator mostram, por outro lado, que não tem havido, para parcela considerável dos enfermeiros pesquisados, espaço para discussão dos elementos atinentes ao trabalho e liberdade para negociações entre os enfermeiros e as chefias, o que demonstra reduzida flexibilidade por parte dos gestores dos serviços de enfermagem.

Para o fator realização profissional (Gráfico 6) a avaliação, para pouco mais de 40% dos enfermeiros, apresenta-se negativa e mostra situação bastante desfavorável já que significa ausência de gratificação com o trabalho, ausência de identificação e orgulho pelas atividades que realizam. Esta situação coloca esse grupo de enfermeiros em situação muito mais favorável ao adoecimento em virtude do trabalho.

A falta de reconhecimento (Gráfico 7) mostra que há para alguns enfermeiros dos serviços de urgência e emergência um sofrimento intenso decorrente da sensação de sentir-se desvalorizado no trabalho, o que os torna bastante predispostos ao adoecimento mental pelo trabalho, com consequente desenvolvimento da SB (MENDES, 2007). A exposição a esse tipo de situação é um importante fator de risco para a ocorrência do *burnout* e pode elevar as chances de ocorrência em quase três vezes.

Os resultados obtidos ilustram a relevância dos aspectos intrínsecos e extrínsecos para a sensação de estar satisfeito, estar realizado com o trabalho. Vê-se que foram mais relevantes aqui os aspectos intrínsecos à profissão como ter orgulho pelo que faço e identificação com as minhas tarefas, corroborando com isso o posicionamento de Del Cura e Rodrigues (1999), segundo os quais os fatores intrínsecos à profissão têm estado mais relacionados ao desenvolvimento de satisfação no trabalho de enfermeiros e, consequentemente, de realização na profissão.

Os fatores extrínsecos à profissão que podem interferir com a satisfação e, portanto, com a realização profissional não estão esquematizados na Tabela 14, mas foram abordados em outros momentos e incluem, dentre outros, elementos como as condições de trabalho e as

relações socioprofissionais, que foram avaliadas pela maioria dos enfermeiros participantes desse estudo de modo crítico ou grave, indicando que estes elementos são sim fatores importantes de insatisfação com o trabalho e concorrem para elevar os riscos de desenvolvimento da SB.

As elevadas frequências de respostas positivas obtidas para os quesitos orgulho pelo que faço e identificação com as minhas tarefas guardam estreita relação com a satisfação e o bem-estar vivenciado pelos enfermeiros, pois como ponderam Nunes et al (2010, p. 254) a satisfação profissional é a somatória de diferentes elementos que compõem o mundo pessoal e profissional, bem como o resultado da avaliação que o trabalhador tem acerca do seu trabalho. Neste contexto, emerge a relevância da escolha profissional como meio de se permitir trabalhar naquilo que se gosta, que lhe apraz, que lhe satisfaz. Certamente, os indivíduos que optaram por exercer determinada profissão tendo em consideração as suas afinidades, as suas habilidades para aquela tarefa, o seu desejo individual de inserir-se em determinado meio profissional, apresentarão maiores possibilidades de vivências de satisfação no trabalho.

A avaliação dos enfermeiros em relação à realização profissional revela a importância do reconhecimento para a definição desse constructo. A frequência com que se observou médias menores que 2,0 para esse elemento indicam que ele tem contribuído, para alguns, para a sensação de realização profissional vivenciada por esses enfermeiros, sendo um fator de proteção para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Tabela 18). Del Cura e Rodrigues (1999) e Nunes et al (2010) encontraram em seus estudos baixos índices para elementos como status da função e elevada importância da falta de reconhecimento profissional para o desenvolvimento de insatisfação com o trabalho. Esses dois elementos refletem a relevância do trabalho no contexto social para a determinação da valorização e do reconhecimento de uma profissão.

Sabe-se que a assistência à saúde tem sido marcada por um modelo eminentemente biomédico, cabendo ao profissional médico o papel de protagonista. Nesse contexto de atenção à saúde, a enfermagem permanece incumbida de oferecer sustentação às práticas médicas, sendo, portanto, um trabalho complementar na hegemonia médica. Esses elementos interferem de forma decisiva na visibilidade da profissão pela sociedade e concorrerem para a consolidação da imagem do enfermeiro como elemento subordinado à área médica, sendo visto muito frequentemente como auxiliar de médico e como mão-de-obra barata (ERDMANN, et al, 2009). Tais circunstâncias justificam a relevância mostrada para a falta de reconhecimento do desempenho profissional como fator de risco de adoecimento por *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência.

Pondere-se, por outro lado, que a satisfação no trabalho emerge como um somatório de vários fatores, além daqueles de cunho pessoal descritos acima, dentre os quais Nunes et al (2010) elencam reconhecimento, respeito, ambiente e condições em que o trabalho é desenvolvido, remuneração adequada à função exercida, autonomia para tomar decisões, possibilidades concretas de crescimento profissional, relações interpessoais satisfatórias, e o orgulho do indivíduo em atuar em determinadas instituições. Depreende-se que satisfação no trabalho representa um aspecto bastante subjetivo dada a sua inter-relação com fatores que extrapolam o mundo do trabalho, indo de encontro à subjetividade individual de cada um dos profissionais. Remete à representação que cada um dos trabalhadores faz de si e do seu trabalho, pois como refletem Magalhães, Riboldi e Dall’agnol (2009) quando uma pessoa considera seu desempenho importante e visualiza nos objetivos institucionais aproximações com o seus próprios objetivos no trabalho, desenvolve-se nesse trabalhador um sentimento de pertencimento àquele grupo que o leva a perceber-se como parte integrante da organização e o impulsiona a desempenhar suas atividades, tendo em vista o alcance dos objetivos da empresa.

O fator esgotamento profissional enquanto indicador de sofrimento no trabalho é relacionado nesse estudo a sentimentos de esgotamento emocional, estresse, insatisfação, sobrecarga, frustração, insegurança e medo. Por definição guarda estreita relação com a síndrome de *burnout*, pois denota sentimentos e sensações relacionadas ao trabalho negativos, danosos à saúde dos trabalhadores, e não apenas sob a perspectiva mental, mas também física. Não por acaso, a maioria das variáveis relacionadas ao fator esgotamento profissional mostraram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência (Tabela 18). De modo que o contato diuturno com essas situações no ambiente de trabalho tem implicações importantes para o desenvolvimento da síndrome na população estudada.

Os resultados encontrados quanto ao esgotamento profissional mostram-se preocupantes, haja vista que remetem a uma vivência de sentimento de inutilidade, desgaste e estresse no trabalho com alto potencial de levar ao desenvolvimento de adoecimento psicofísico no trabalho (MENDES, 2007).

Na discussão dos elementos que compõem o fator anterior, debateu-se sobre os componentes que produzem satisfação no trabalho dos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. No que se refere ao esgotamento profissional emerge a necessidade de trazer ao debate os elementos produtores de insatisfação no trabalho e, por conseguinte, causadores de sofrimento e adoecimento desses trabalhadores. Na percepção de Nunes et al

(2010) o sentimento de insatisfação com o trabalho emerge na medida em que o trabalhador não consegue atender suas necessidades e expectativas em relação ao trabalho. É resultante da interação entre uma série de fatores considerados negativos, que contribuem não só para o incremento da sensação de insatisfação com o trabalho, mas também para a deterioração da qualidade dos serviços prestados, concorrendo, dentre outras coisas, para a elevação do absenteísmo, da rotatividade de profissionais culminando com o desgaste e adoecimento do trabalhador.

Desta forma fica claro que a satisfação ou insatisfação no trabalho resultam da interação de diversos fatores, sendo fortemente influenciada pelas experiências individuais e pelo valor e significado atribuído pelos trabalhadores a cada um desses fatores no contexto do mundo pessoal e profissional de cada um (NUNES et al, 2010). Depreende-se, então que os elementos trazidos ao debate até o momento, tais como, condições do ambiente físico, recursos materiais, autonomia, liberdade de expressão, reconhecimento profissional, relacionamento interpessoal, organização do trabalho, custos físicos, cognitivos e afetivos podem constitui-se em fonte de satisfação ou insatisfação. A sensação de satisfação ou insatisfação resulta então, da relação entre o que a instituição pode ou tem oferecido e o que o trabalhador almeja para si na organização.

Os resultados obtidos quanto à falta de reconhecimento estão coerentes com resultados os obtidos por Del Cura e Rodrigues (1999) que identificaram em uma população de enfermeiros alto índice de insatisfação com relação aos benefícios compensadores da profissão, indicando que o esforço despendido por esses profissionais no desempenho de suas funções não é compensado pela remuneração ou por outros benefícios que pudessem preencher as necessidades do trabalhador.

Os enfermeiros, enquanto profissionais da saúde inseridos no trabalho institucionalizado, como é o caso do trabalho em hospitais, inserem-se na lógica de assistência à saúde pautada no olhar biomédico. Nesse modelo assistencial compete ao médico a decisão sobre a condução da assistência ao paciente, pautada sempre no diálogo entre queixa-conduta. Nessa lógica de atenção há uma supervalorização das competências médicas enquanto detentores dos saberes necessários ao diagnóstico e tratamento de corpos doentes. Por outro lado, cabe ao enfermeiro um papel secundário, de auxiliar nas condutas médicas o que contribui para a construção da imagem do enfermeiro como profissional que atua de forma a complementar o trabalho médico, denota subordinação desses àqueles, contribuindo, dessa maneira, para a percepção de falta de reconhecimento tanto pela sociedade como pelos profissionais que compõem a assistência a saúde (ERDMANN et al, 2009).

Justifica-se, pelo exposto acima, o pagamento de remunerações a esses profissionais inferiores às consideradas adequadas ao trabalho que é realizado pelos enfermeiros, o que impõe restrições à vida pessoal já que não possibilita a garantia das condições de vida necessárias, gerando com isso sentimentos de insatisfação com o trabalho e sofrimento no trabalho.

Os danos físicos são aqui compreendidos por aqueles que revelam dores no corpo e ou outros distúrbios biológicos que possam estar acometendo os trabalhadores em decorrência da sua prática profissional; os danos sociais são aqueles que revelam tendência ao isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais. Por fim, os danos psicológicos são aqueles que remetem a sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral (MENDES, 2007).

No que se refere aos danos físicos decorrentes do trabalho, os resultados mostraram que embora o número de trabalhadores identificados nesse estudo numa situação concreta de adoecimento físico (9,1%) pareça ser reduzido, se comparado com o total da amostra (110 enfermeiros) cumpre-nos ponderar, a despeito do caráter quantitativo desse estudo, que qualquer trabalhador com problemas de saúde deve ser cuidado sob o risco de colocar a sua saúde física e mental em risco e também a saúde e segurança dos usuários dos serviços.

Sabe-se que a excessiva utilização das estruturas anatômicas do sistema musculoesquelético associada à falta de tempo para a sua adequada recuperação está na gênese dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (FREITAS et al, 2009). Dentre estes distúrbios, a dor tem sido relatada como um dos sintomas mais frequentes, sendo as dores na coluna vertebral as mais relatadas.

Há no processo de trabalho do enfermeiro uma série de componentes que o torna mais predisposto que outras categorias profissionais ao adoecimento das estruturas músculo-esqueléticas, o que justifica os resultados encontrados. Observa-se no seu trabalho a realização de atividades repetitivas, monótonas, com elevada intensidade de esforço físico-postural. Provavelmente, por esse motivo tenha havido associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de síndrome de *burnout* e a realização de tarefas repetitivas. Os enfermeiros despendem grande parte das energias na posição de pé, locomovendo-se dentro do próprio setor e entre setores do hospital com o propósito de prover materiais e medicamentos necessários, de realizar atividades burocráticas dentre outras necessidades, o que imprime ao seu trabalho grandes exigências físicas (CAMPOS, 2008).

Cumpramos ponderar que estes fatores estão muito mais presentes na prática profissional dos auxiliares e técnicos de enfermagem, já que na divisão do trabalho existente na saúde cabe a esta categoria a realização dos trabalhos manuais, ficando a cargo dos enfermeiros,

aquelas atividades consideradas de comando, portanto, mais intelectuais. É notório, no entanto, que na atuação em serviços de urgência e emergência não há muito espaço para essa divisão, uma vez que todos os profissionais envolvidos na assistência aos usuários com risco iminente de morte empenham-se, igualmente, na realização dos procedimentos necessários, cada um segundo as suas competências, de forma tal, que todos colaboram, por exemplo, com a manipulação e transporte dos usuários, de monitores, de materiais e equipamentos que sejam necessários a execução da ação, dentre outras tarefas.

Sabe-se, por outro lado, que o ritmo de trabalho, associado ao elevado número de pacientes atendidos diuturnamente em serviços de urgência e emergência exigem que os profissionais estejam em constante movimento, num ritmo alucinante, o que justifica a associação de variáveis como dor no corpo e nas costas com o adoecimento dos enfermeiros. Além disso, a organização do trabalho nesses serviços dificulta a realização de pausas para o descanso, o que provoca alterações do sono e explica a sua associação com o desenvolvimento do *burnout* entre os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência.

Outro aspecto a ser considerado nessa discussão é a subjetividade da dor. É considerada como uma experiência extremamente subjetiva, marcada pelas características pessoais do indivíduo que a vivência, sendo fortemente afetada por variáveis afetivo-emocionais. Além disso, a invisibilidade que a acompanha, sobretudo nos seus estágios iniciais, leva os profissionais adoecidos a uma situação de sofrimento psíquico e social decorrente da incredulidade dos colegas e das chefias frente ao seu adoecimento e do clima de hostilidade que, por vezes, se instala e que concorrem para que muitos deles posterguem a busca por um tratamento médico adequado. Esta situação, por sua vez, constitui-se numa barreira para a reabilitação, leva ao prolongamento do tratamento e a piora do prognóstico, culminando com o adoecimento mental do profissional, a exemplo daqueles que desenvolvem a síndrome de *burnout* (FREITAS et al, 2009).

Os resultados obtidos evidenciaram baixas frequências para a ocorrência de distúrbios auditivos e da visão, com pouca relevância dos mesmos para o desenvolvimento de danos físicos em decorrência do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. Esses resultados guardam estreita relação com a faixa etária e com o tempo de exercício da profissão e de atuação em serviços de urgência e emergência. O desenvolvimento desse tipo de distúrbio ocorre de forma insidiosa ao longo dos anos, de modo que indivíduos jovens, com pouco tempo de exercício da profissão e, conseqüentemente, de exposição aos fatores nocivos existentes no trabalho certamente

apresentarão menos queixas a esse respeito já que os seus sinais e sintomas só serão percebidos após vários anos de exposição contínua aos agressores presentes nos ambientes de trabalho.

É inegável que a introdução de recursos tecnológicos na assistência à saúde dos indivíduos, especialmente daqueles que se encontram sob risco iminente de morte, trouxe incrementos importantes para a manutenção da vida, reduzindo, drasticamente a morbimortalidade por causas traumáticas. Por outro lado, introduziu nos ambientes hospitalares, especialmente nos serviços de urgência e emergência e nas unidades de tratamento intensivo, a presença constante de ruídos e vibrações oriundos dos bips e alarmes dos monitores, bombas infusoras, respiradores, dentre outros equipamento que ao longo dos anos podem ser bastante nocivos à saúde dos trabalhadores. Acrescem-se os ruídos decorrentes da intensa movimentação de pessoas, de macas, do tráfego intenso de ambulâncias, do sistema de som, dentre outros. Como os enfermeiros pesquisados possuem tempo relativamente curto de exercício da profissão nesse tipo de serviço é compreensível que esses distúrbios ainda não tenham sido percebidos pelos referidos profissionais. Esses fatores podem contribuir, por outro lado, para o desenvolvimento de quadros algicos, como as elevadas frequências observadas aqui para dores nas costas, de cabeça e nas pernas.

Os distúrbios respiratórios, as alterações do apetite e os distúrbios circulatórios também se mostraram pouco relevantes para a ocorrência de danos físicos no trabalho dos enfermeiros participantes da pesquisa e, conseqüentemente, para a ocorrência de síndrome de *burnout* entre enfermeiros dos serviços de urgência e emergência.

É ponto pacificado entre os estudiosos das condições de trabalho dos enfermeiros os prejuízos que a permanência no hospital, agravada pelo múltiplo emprego e pelos plantões extras, podem causar à vida privada desses trabalhadores. Nesta situação, os mesmos se vêem obrigados pelas condições insatisfatórias de remuneração que os impulsionam ao acúmulo de vínculos a abdicar do tempo que seria dedicado à convivência familiar, o que concorre para o surgimento de um sentimento de vazio e fragilização dos laços afetivos (MEDEIROS, 2006). Acrescente-se que o trabalho tem consumido o tempo dos trabalhadores de forma tão dominante, que tem dificultado, ou mesmo impedido, a conciliação com as outras dimensões da vida.

## ***6 Considerações finais***

---

Este estudo, cuja proposta foi descrever o desenvolvimento da síndrome de *burnout* entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência, consiste numa das maiores pesquisas a respeito da SB desenvolvidas na nossa região até o momento. Possibilitou a realização de um diagnóstico a respeito da situação de adoecimento mental de aproximadamente 80% dos enfermeiros inseridos na assistência às urgência e emergência no Estado, adoecimento este, materializado no desenvolvimento da SB. Isto oferece subsídios relevantes para o planejamento de ações estratégicas, tendo em vista a melhoria das condições de trabalho dessa categoria profissional, com consequente redução dos danos que a exposição a condições adversas no trabalho pode causar aos enfermeiros.

Os resultados obtidos nesse estudo demonstram que os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência têm, efetivamente, desenvolvido *burnout*. O uso do ITRA como instrumento auxiliar permitiu identificar quais elementos do trabalho têm se constituído em risco para o adoecimento desses trabalhadores. A sua aplicação possibilitou caracterizar o ambiente desses profissionais quanto ao risco potencial de adoecimento em virtude do contato cotidiano com elementos relacionados ao processo de trabalho típico de serviços de urgência e emergência. Evidenciou, entre outras coisas, a nocividade desses elementos, quando não controlados. Isso porque, não se pretendeu apenas identificar o grau de adoecimento desses trabalhadores, mas também apreender quais os elementos do trabalho são mais nocivos à saúde desses profissionais. Não basta, portanto, conhecer o efeito, mas também saber quais as causas prováveis de adoecimento.

Tentou-se, portanto, através da sua aplicação uma aproximação com variáveis estressoras laborais que pudessem estar associadas ao desenvolvimento da síndrome. Dentre as principais contribuições da sua aplicação tem-se a possibilidade, após identificação e quantificação, de controlar, eliminar ou minimamente atenuar aqueles elementos percebidos pelos enfermeiros como desgastantes, como nocivos à sua saúde e com isso, reduzir as chances de adoecimento físico ou psíquico dos trabalhadores, contribuindo, consequentemente, para a elevação da qualidade da assistência prestada aos usuários desse tipo de serviço. Os resultados obtidos aqui fizeram emergir a relevância da organização e das condições de trabalho para o adoecimento dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência do Estado. Mostraram também que o trabalho em serviços de urgência e emergência tem implicado para parcela considerável dos enfermeiros elevados custos cognitivos, o que associados ao sentimento de falta de reconhecimento do desempenho e do esforço desses profissionais têm sido importante fonte de sofrimento no trabalho. Somam-se os elevados danos físicos vivenciados por parcela importante dos enfermeiros.

Identificou-se entre os profissionais participantes do estudo níveis alarmantes de *burnout*. Buscou-se, na medida do possível, amparar as comparações realizadas em trabalhos realizados com populações semelhantes e com o uso de técnicas, sobretudo no que se refere ao ponto de corte, aproximadas às aplicadas aqui.

Entendemos que todos os esforços devem ser envidados na preservação da saúde de todos os trabalhadores, indistintamente. Mas os estudos sobre *burnout* em enfermeiros mostram a importância de dedicar um olhar especial àqueles que se apresentam mais motivados, mais identificados com o projeto profissional que escolheram, que investem totalmente na sua realização profissional, uma vez que são, exatamente esses, os mais acometidos pela síndrome. O perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros participantes desse estudo revelou esse tipo de profissional, enfermeiros jovens, solteiros, ainda sem filhos, com pouco tempo de exercício da profissão e de atuação em serviços de urgência e emergência e, portanto, ainda com grandes expectativas em torno da sua realização profissional.

É fato que se constatou nesse grupo, elevados níveis de EE e de DP, o que evidencia a gravidade da situação no que se refere às possibilidades reais de adoecimento mental pelo trabalho. Mas, por outro lado, não se identificou para o fator RP danos tão agudos quanto os observados para as outras duas dimensões da SB, o que indica que embora esses profissionais estejam sentindo-se exaustos emocionalmente, com elevada indiferença em relação àqueles que teriam que ajudar, ainda preservam certo grau de engajamento com as expectativas profissionais construídas nos anos iniciais de preparação para a vida profissional. Esta constatação permite supor que a adoção, por parte das organizações, de medidas que visem a controlar os elementos mais potencialmente nocivos existentes no trabalho desses enfermeiros, permitiriam recuperar as energias e o envolvimento perdidos, contribuindo, assim, para o restabelecimento da saúde mental dessas pessoas e para o incremento da qualidade dos serviços prestados. Ganhariam com isso a organização, os trabalhadores e os usuários.

A sobrecarga de trabalho mostrou-se como um dos elementos que mais tem contribuído para o desenvolvimento da síndrome entre esses enfermeiros. Por isso, sugere-se que sejam tomadas medidas para o provimento de tantos profissionais quantos sejam necessários ao trabalho em serviços de urgência e emergência. Tal medida retiraria do cotidiano desses trabalhadores muitos dos fatores identificados aqui como sendo de risco para o desenvolvimento da SB, a exemplo do ritmo intenso de trabalho, da falta de tempo para pausas de descanso, do número insuficiente de profissionais para a realização das tarefas,

dentre outros que foram discutidos. Sugere-se também a instituição de uma política de qualificação do trabalhador. Há que se investir na reestruturação da rede hospitalar de assistência às urgências e emergências, como forma de garantir melhores condições de trabalho aos enfermeiros inseridos nesse tipo de assistência.

Ao final, concluímos que os objetivos propostos para essa pesquisa foram integralmente atingidos, mas cumpre-me proceder às seguintes ponderações: as limitações da metodologia aplicada não nos possibilitaram a apreensão de elementos mais ligados à subjetividade do trabalhador, o que só o uso de metodologias que incluíssem o recurso da fala possibilitariam; há entre os dois principais instrumentos utilizados, o MBI e o ITRA, divergências quanto a metodologia de análise, sobretudo no que se refere aos pontos de corte aplicados e a alguns dos itens que compõem alguns dos fatores analisados, que acarretaram resultados divergentes para um mesmo elemento em avaliação; embora tenha-se tomado todos os cuidados para a obtenção de uma amostra homogênea (profissionais com um tipo específico de formação, atuando em um tipo também específico de setor em instituições com filosofias de atuação semelhantes) há que se considerar as diferenças entre as seis instituições que compuseram o estudo, idealmente haveria a necessidade de proceder a uma avaliação segundo os moldes estabelecidos aqui, instituição à instituição, o que não foi possível fazer dadas as limitações impostas pelo tempo destinado às análises dos dados coletados; não pretendemos com esse estudo esgotar o tema em debate, estamos cientes da complexidade que é suscitar o debate acerca do adoecimento mental dos trabalhadores em virtude do contato cotidiano e diuturno com elementos nocivos do trabalho, ao contrário, esperamos que os resultados obtidos aqui inspirem pesquisas futuras.

O fato concreto observado aqui é o elevado grau de adoecimento mental constatado para os enfermeiros do serviço de urgência e emergência. Tentou-se, dado o caráter quantitativo da pesquisa, encontrar associação estatisticamente significativa entre os vários elementos analisados na pesquisa. Ocorre que o adoecimento mental enseja uma análise minuciosa da subjetividade do indivíduo, dos aspectos mais interiores aos seres, daqueles elementos que os fazem únicos, que levam a vivências também únicas, a modos de ser e viver bem particulares e que explicam como indivíduos semelhantes sob os aspectos sociodemográfico-cultural e profissional expostos a condições também semelhantes, possam assimilar de formas tão distintas sentimentos e sensações gerados a partir de situações semelhantes, de modo tal, que o contato cotidiano com tais situações para uns signifique adoecimento e para outros não. Tais explicações só poderão ser alcançadas com o amparo dos

recursos que as pesquisas qualitativas oferecem, o que deixaremos aqui como sugestão para pesquisas futuras.

Estamos certos de que a investigação ora realizada oferece grandes contribuições à construção do conhecimento relativo ao adoecimento mental e físico de profissionais de serviços assistenciais, notadamente, os enfermeiros e oferece informações relevantes para a construção de uma nova prática de trabalho menos nociva aos profissionais e com maiores chances de possibilitar aos trabalhadores vivências positivas, satisfatórias no trabalho. Oferece também resultados relevantes para a construção ou reestruturação de uma política de atenção à saúde do trabalhador da saúde, com especial ênfase aos distúrbios de ordem mental que o trabalho pode acarretar. Há que se empenhar no desenvolvimento pessoal dos profissionais e na promoção de um clima sócio-emocional no trabalho mais adequado as demandas dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES; M. B. C.; CABRAL, M. do S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador, **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, 17(1): 3-10, 2003.
- ALBALADEJO, R. Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. **Rev Esp Salud Pública**, Madrid, v. 78, n. 4, 2004.
- ALVAREZ, A. M. Síndrome de *Burnout* en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes. **Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina**, Corrientes, n. 141, p. 27-30, ene., 2005.
- AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras em enfermagem em Salvador/BA**. [tese de doutoramento]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1996.
- ARAÚJO, M. D. de; et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia, **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, vol. 5, p. 37-49, 2002.
- ARAÚJO, J. N. G. de. Qualidade de vida no trabalho: controle e esconimento do mal-estar do trabalhador. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 573-585, nov.2009/fev.2010, 2010.
- BARBOSA, K. P. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez., 2009.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez., 2007.
- BORGES, L. O.; Et al. **A síndrome de *Burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários**, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a20v15n1.pdf> Acesso em: 14 de julho de 2009.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **As atividades de Enfermagem em Hospital: um fator de vulnerabilidade ao *Burnout***. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.
- BEZERRA, R. P.; BERESIN, R. A síndrome de *burnout* em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. **Einstein**, São Paulo, 7(3 Pt 1):351-6; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

CAMPOS, J. F. **Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro**. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de enfermagem. Rio de Janeiro: 2008.

CODO, W. Educação: carinho e trabalho In: MENEGAZ, F. D. L. **Características da incidência de *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública** (Mestrado) Florianópolis: 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução nº 186/95. Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei. Rio de Janeiro: COFEN Legislação; 1995.

CARLOTTO, M. S. A relação profissional-paciente e a síndrome de *burnout*. Encontro Revista de psicologia, São Paulo, VII(17), p. 7-20, 2010.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. **PSICO**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, pp. 152-158, abr./jun., 2008. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1461/3035>>  
Acesso em: 02 de junho de 2009.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de *Burnout* em estudantes universitários da área da saúde. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 57-62, jan./abr., 2006. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1412/1111>>  
acesso em: 15 de julho de 2009

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, out., 1999. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000400004&lng=en&nrm=iso)>. Access em: fev. 2011

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIOECONÔMICOS. **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2001.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. Relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola, **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 14(4), p. 517-25, jul./ago., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2009.

ERDMANN, A. L. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jul-ago; 62(4), p. 637-43, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400025)>. Acesso em: 20 de outubro de 2010.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5), p. 1229-1241, set/out, 2002.

FAÚNDEZ, V. E. O.; CALZARETTA, A. V.; GARCÍA, A. J. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*Burnout*) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. **Ciencia & Trabajo**, Chile, año 11, n. 32, abr./jun., 2009.

FONSECA, A. M. da; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **Rev. Rene**, Fortaleza, vol.7, n.1, abr. 2006

FREITAS, J. R. S. de et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, 11(4), p. 904-11, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a16.pdf>>. Acesso em: 14 de setembro de 2010.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. **Journal of Social Issues**, v.30, p. 159-165, 1974.

GARCÍA, M. M. **Inteligencia emocional y su asociación con El síndrome de *Burnout* em los médicos residentes de las especialidades troncales Del hospital regional “Graul Ignacio Zaragoza” y La clínica de medicina familiar “oriente” Del issste.** (Especialização) Universidad autónoma Del México. Facultad de Medicina. México: 2008.

GIL-MONTE, P. R. **El syndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*). Una enfermedad laboral en la sociedad Del bienestar.** Madrid: Pirâmide, 2005.

GIL-MONTE, P. R.; MARUCCO, M. A. Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (*Burnout*) en pediatras de hospitales generales. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 42(3), p. 450-6, 2008.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. **Anales de psicología**, Murcia, v. 15, n. 2, p. 261-268, 1999.

GLASBERG, J. et al. Prevalence of the *Burnout* syndrome among brazilian medical oncologists. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, 53(1), p. 85-9, 2007.

GONÇALVES, M. B. L.; FISCHER, F. M. Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia de um hospital público de São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 7, p. 51-65, 2004.

HIRATA, H. A Precarização e a Divisão Internacional e Sexual do Trabalho. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 24-41, jan./jun., 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 03 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. Mapas político-administrativos. Disponível em: [ftp://geoftp.ibge.gov.br/mapas/tematicos/politico/PB\\_Politico.pdf](ftp://geoftp.ibge.gov.br/mapas/tematicos/politico/PB_Politico.pdf). Acesso em 25 de agosto de 2010.

JACKSON, J. M. F. Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e breve apresentação, **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 33 (117): p. 04-05, 2008.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. do C. L. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul enferm**, São Paulo, 22 (2), p. 192-7, 2009.

KIRCHHOF, A. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. de S.; CAMPONOGARA, S.; et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 18(2): p. 215-23, Abr/Jun., 2009.

LEE, F. J.; STEWART, M.; BROWN, J. B. Stress, *Burnout*, and strategies for reducing them. **Can Fam Physician**, Canadá, 54, p. 234-5.e1-5, 2008;. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/cgi/content/full/54/2/234>>. Acesso em: 21 de julho de 2009.

LAUTERT, L. Sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul., 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4285>> Acesso em: 02 de março de 2010

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, 6(6), 1999.

LIEBER, R. R. Princípio da Precaução e a Saúde no Trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.4, p.124-134, 2008.

MASLACH, C. Burned-out. **Human behavior**, v. 5, p. 16-22, 1976.

MASLACH, C. (1994). Stress, *Burnout*, and workaholism. Em R. Kilburg, P. E. Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (p. 53-75). Washington: American Psychological Association.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced of *Burnout*. **Journal of occupational behavior**, n. 2, p. 99-113, apr. 1981.

MCMANUS, I. C.; KEELING, A.; PAICE, E. Stress, *Burnout* and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. **BMC Medicine**, London, 2:29, 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/29>>. Acesso em: 21 de julho de 2009.

MEDEIROS, S. M, Ribeiro L. M; FERNANDES S. M. B. A; VERAS V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 8(2), p. 233-40, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm)>. Acesso em: 15 de junho de 2009.

MEDEIROS, S. M. de (organizadora). **Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem**. Natal/RN, 2005

MENDES, A. M (organizadora). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENEGAZ, F. D. L. **Características da incidência de *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em enfermagem. Santa Catarina: 2004.

MOREIRA, D. de S. et al. Prevalência da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7), p. 1559-1568, jul., 2009.

MORENO, C. R. de C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, 17(1), p. 34-46, 2003.

MORENO, J. M.; et al. Síndrome de Quemarse por el Trabajo e Indicadores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de Industria Maquiladora Del Ramo Automotriz. **Ciencia & Trabajo**, Chile, año 11, n. 31, ene./mar., 2009.

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, 13(2), p. 255-61, mar./abr., 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019)>. Acesso em: 02 de junho de 2009.

NASCIMENTO, C. L. S. Condições de trabalho e saúde dos médicos em salvador, Brasil **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, 52(2), p. 97-102, 2006.

NUNES, C. M.; et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 12(2), p. 252-7, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>>. Acesso em: 14 de setembro de 2010.

OLIVEIRA, B. R. G. de; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115 – jan., 2001

OSORIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 15-32, 2006.

PASTORE, E.; ROSA, L. D. **Trabalho e gênero da área da saúde**. Relatório de pesquisa. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/20625652/1875402758/name/trabalho+e+genero+na+area+da+saude.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2011.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 311-325, 2004.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1991.

RITTER, R. S.; STUMM, E. M. F.; KIRCHER, R. M. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].;11(2), p. 236-48, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a02.htm>. Acesso em: 12 de junho de 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROYAS, A. D. V.; MARZIALE, M. H. P. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 102-108, jan., 2001.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. da G; CODO, W. (Eds.), **Saúde mental e trabalho: Leituras** (p. 143-171). Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SANTOS, F. E. dos; ALVES, J. A.; RODRIGUES, A. B. Síndrome de *Burnout* em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Einstein**, São Paulo, 7(1 Pt 1), p. 58-63, 2009.

SATO, L. Processos cotidianos de organização do trabalho na feira livre. **Psicologia & Sociedade**, v. 19 (edição especial 1), p. 95-102, 2007.

SECCO, I. A. de O.; et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1 Artigo 15, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/803/80313414016.pdf>> Acesso em: 17 de agosto de 2010.

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

SILVA, M.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best, 1997.

SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 45-57, 1995.

SPARKS, K.; FARAGHER, B.; COOPER, C. L. Well-being and occupational health in the 21<sup>st</sup> century workplace. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, v. 74, n.4, p. 489-509, 2001.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. da C. O estresse e a enfermagem – a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de

Janeiro, 11 (2), p. 212 – 9, jun., 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478167&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 de junho de 2009.

VEIGA, A. R. **Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador hospitalar**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de enfermagem: 2007.

VERAS, V. S. D. **Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal: 2003.

VIEIRA, I. et al. *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Rev Psiquiatr**, Rio grande do Sul, 28(3), p. 352-6, set./dez., 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082006000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300015)> Acesso em: 08 de julho de 2009.

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Esta pesquisa, intitulada Prevalência da síndrome de *burnout* em enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência do Estado da Paraíba - BR, tem por objetivos investigar a ocorrência da Síndrome de *burnout* entre os profissionais que desenvolvem atividades profissionais em hospitais de urgência e emergência do Estado da Paraíba; avaliar, segundo o inventário de Maslach *Burnout* (MBI), a prevalência da síndrome de *burnout* em suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal com o trabalho); identificar fatores organizacionais relacionados com a ocorrência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência; descrever o perfil sociodemográfico de enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência e identificar fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout* em enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência.

Os dados serão coletados através de três questionários estruturados. O primeiro será um questionário auto-aplicável destinado ao levantamento das características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa. O segundo é o inventário em *burnout* de Maslach (MBI) desenvolvido pela psicóloga Christina Maslach que objetiva estabelecer a ocorrência da síndrome de *burnout* entre os respondentes. O terceiro é o inventário de trabalho e riscos de adoecimento (ITRA) composto por quatro escalas auto-aplicáveis e interdependentes cujo objetivo é mensurar distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes, relativas ao mundo do trabalho.

Sua contribuição é indispensável para a concretização dos objetivos propostos nessa pesquisa. Para tanto, solicitamos que responda aos questionários propostos. Estes questionários serão aplicados no seu ambiente de trabalho, de acordo com a sua disponibilidade de tempo.

Esta pesquisa atende às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. É garantido ao participante quaisquer esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas à pesquisa, a liberdade para retirada do consentimento a qualquer momento bem como a sua retirada da pesquisa, o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas e assim como o anonimato.

Solicito, entretanto, a sua autorização para a divulgação dos resultados obtidos nesta pesquisa em eventos científicos, em periódicos científicos ou outros veículos de comunicação.

Desde já, agradeço a colaboração e a confiança depositada e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos que julgar necessários em qualquer etapa da pesquisa.

Solicitamos, portanto, o seu consentimento de forma livre para a participação nesta pesquisa. Para tanto, preencha os itens que se seguem:

### **Consentimento livre e esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Para maiores esclarecimentos entrar em contato com: Coordenação do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. Campus Universitário I. CEP: 58059-900, telefone (83) 3216-7109. Email: ppgef@ccs.ufpb.br  
Orientadora da pesquisa: Professora Dr<sup>a</sup> Maria de Oliveira Ferreira Filha. Email: marfilha@yahoo.com.br  
Pesquisadora: Tatiana Rodrigues da Silva Dantas. Email: tatirodrigues21@yahoo.com.br

## APÊNDICE B – Questionário para coleta dos dados sociodemográficos e profissionais

### Parte I – Caracterização sócio-demográfica

#### 1) Sexo

- Feminino ( )
- Masculino ( )

#### 2) Idade: \_\_\_\_\_

#### 3) Estado civil

- Solteiro ( )
- Casado ( )
- Divorciado ( )
- Viúvo ( )
- União estável ( )

#### 4 Número de filhos: \_\_\_\_\_

#### 5 Nível de formação

- Graduado ( )
- Especialista ( )
- Mestre ( )
- Doutor ( )

### Parte II – Caracterização profissional

#### 6 Há quanto tempo exerce a profissão de enfermeiro?

\_\_\_\_\_

#### 7 Há quanto tempo atua nesta instituição hospitalar?

\_\_\_\_\_

#### 8 Qual sua carga horária semanal de trabalho nessa instituição? \_\_\_\_\_

#### 9 Há quanto tempo atua em serviços de urgência e emergência? \_\_\_\_\_

#### 10 Possui especialização na área em que atua?

- Sim ( )
- Não ( )

#### 11 Em quantas instituições de saúde exerce atividades profissionais?

\_\_\_\_\_

#### 12 Situação do vínculo de trabalho:

Estatutário ( )

Prestador de serviços ( )

Codificado ( )

À disposição ( )

#### 13 Quantas horas trabalha por semana exercendo sua profissão? \_\_\_\_\_

#### 14 Você exerce alguma outra atividade profissional?

- Sim ( )
- Não ( )

**ANEXO A - Maslach Burnout Inventory (MBI)**

| Pontue de 0 a 6 seis os itens a seguir conforme seus sentimentos                                   |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 0 – nunca                                                                                          | 4 – uma vez por semana       |
| 1 – uma vez ao ano ou menos                                                                        | 5 – algumas vezes por semana |
| 2 – uma vez ao mês ou menos                                                                        | 6 – todos os dias            |
| 3 – algumas vezes ao mês                                                                           |                              |
| 1. Sinto-me esgotado (a) emocionalmente devido ao meu trabalho.                                    |                              |
| 2. Sinto-me cansado (a) ao final da jornada de trabalho.                                           |                              |
| 3. Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado (a).    |                              |
| 4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.                                          |                              |
| 5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais.                              |                              |
| 6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.                                    |                              |
| 7. Lido eficazmente (que age com eficiência) com os problemas das pessoas.                         |                              |
| 8. Meu trabalho deixa-me exausto (a).                                                              |                              |
| 9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida dos outros.                   |                              |
| 10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho.                |                              |
| 11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.                  |                              |
| 12. Sinto-me com muita vitalidade (força).                                                         |                              |
| 13. Sinto-me frustrado (que não atingiu o seu ideal, a sua ambição, o seu desejo) em meu trabalho. |                              |
| 14. Creio que estou trabalhando em demasia.                                                        |                              |
| 15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.                            |                              |
| 16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.                                        |                              |
| 17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.                                 |                              |
| 18. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com pessoas.                            |                              |
| 19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.                                        |                              |
| 20. Sinto-me no limite das minhas possibilidades.                                                  |                              |
| 21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais em minha profissão.             |                              |
| 22. Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.                             |                              |

**ANEXO B - Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA**  
**Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT)**

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

| 1<br>Nunca | 2<br>Raramente | 3<br>Às vezes | 4<br>Frequentemente | 5<br>Sempre |
|------------|----------------|---------------|---------------------|-------------|
|------------|----------------|---------------|---------------------|-------------|

|                                                                               |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| O ritmo de trabalho é excessivo                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As tarefas são cumpridas com pressão de prazos                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existe forte cobrança por resultados                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As normas para execução das tarefas são rígidas                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existe fiscalização do desempenho                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os resultados esperados estão fora da realidade                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existe divisão entre quem manda e quem executa                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As tarefas são repetitivas                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As tarefas executadas sofrem descontinuidade                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As tarefas não estão claramente definidas                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A autonomia é inexistente                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A distribuição das tarefas é injusta                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os funcionários são excluídos das decisões                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existem disputas profissionais no local de trabalho                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falta integração no ambiente de trabalho                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A comunicação entre os funcionários é insatisfatória                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As condições de trabalho são precárias                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O ambiente físico é desconfortável                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existe muito barulho no ambiente de trabalho                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os equipamentos necessários para realização são precários                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O espaço físico para o trabalho é inadequado                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| O material de consumo é insuficiente                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### Escala de custo humano no trabalho (ECHT)

Escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das **exigências decorrentes do seu contexto de trabalho**.

| 1<br>Nada exigido | 2<br>Pouco exigido | 3<br>Mais ou menos<br>exigido | 4<br>Bastante exigido | 5<br>Totalmente<br>exigido |
|-------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|
|-------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|

|                                                   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Ter controle das emoções                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ter que lidar com ordens contraditórias           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ter custo emocional                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Disfarçar os sentimentos                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a elogiar as pessoas                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a ter bom humor                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a cuidar da aparência física         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser bonzinho com os outros                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Transgredir valores éticos                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser submetido a constrangimentos                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a sorrir                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Desenvolver macetes                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ter que resolver problemas                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a lidar com imprevistos              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fazer previsão de acontecimentos                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar a visão de forma contínua                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar a memória                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ter desafios intelectuais                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fazer esforço mental                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ter concentração mental                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar a criatividade                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar a força física                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar os braços de forma contínua                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ficar em posição curvada                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Caminhar                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser obrigado a ficar de pé                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ter que manusear objetos pesados                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fazer esforço físico                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar as pernas de forma contínua                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Usar as mãos de forma repetida                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Subir e descer escadas                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST)

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorreram vivências positivas e negativas

| 0<br>Nenhuma<br>vez | 1<br>Uma vez | 2<br>Duas vezes | 3<br>Três vezes | 4<br>Quatro<br>vezes | 5<br>Cinco<br>vezes | 6<br>Seis vezes |
|---------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------|
|---------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------|

|                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Liberdade com a chefia para negociar o que precisa            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Solidariedade entre os colegas                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Confiança entre os colegas                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Liberdade para usar minha criatividade                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cooperação entre os colegas                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Satisfação                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Motivação                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Orgulho pelo que faço                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Bem-estar                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Realização profissional                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Valorização                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Reconhecimento                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Identificação com as minhas tarefas                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Gratificação pessoal com as minhas tarefas                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Esgotamento emocional                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Estresse                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Insatisfação                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sobrecarga                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Frustração                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Insegurança                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Medo                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Falta de reconhecimento do meu esforço                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Falta de reconhecimento do meu desempenho                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Desvalorização                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Indignação                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Inutilidade                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Desqualificação                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Injustiça                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Discriminação                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

### Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT)

Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho**. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos **últimos seis meses**.

| 0<br>Nenhuma<br>vez | 1<br>Uma vez | 2<br>Duas vezes | 3<br>Três vezes | 4<br>Quatro<br>vezes | 5<br>Cinco<br>vezes | 6<br>Seis<br>vezes |
|---------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------|--------------------|
|---------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------|--------------------|

|                                               |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Dores no corpo                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dores nos braços                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dor de cabeça                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Distúrbios respiratórios                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Distúrbios digestivos                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dores nas costas                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Distúrbios auditivos                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Alterações do apetite                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Distúrbios na visão                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Alterações do sono                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dores nas pernas                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Distúrbios circulatórios                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Insensibilidade em relação aos colegas        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dificuldades nas relações fora do trabalho    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Vontade de ficar sozinho                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Conflitos nas relações familiares             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Agressividade com os outros                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dificuldade com os amigos                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Impaciência com as pessoas em geral           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Amargura                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sensação de vazio                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sentimento de desamparo                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mau humor                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Vontade de desistir de tudo                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Tristeza                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Irritação com tudo                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sensação de abandono                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Solidão                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |