



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
NÍVEL DOUTORADO**

LEILA DE CÁSSIA TAVARES DA FONSÊCA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE**

**JOÃO PESSOA
2016**

LEILA DE CÁSSIA TAVARES DA FONSÊCA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE**

Tese apresentada a Coordenação do Centro de
Ciência da Saúde, como requisito para
obtenção do título de Doutora em
Enfermagem, área de concentração: Cuidados
em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do
Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadores:

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista

**JOÃO PESSOA
2016**

F676s Fonsêca, Leila de Cássia Tavares da.

Síndrome de Burnout e qualidade de vida: estudo com
professores universitários da área da saúde / Leila de Cássia
Tavares da Fonsêca.- João Pessoa, 2016.
92f. : il.

Orientadores: Sérgio Ribeiro dos Santos, Jaqueline Brito
Vidal Batista

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Esgotamento
profissional. 4. Docentes - ensino superior.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

LEILA DE CÁSSIA TAVARES DA FONSECA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COM
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE**

Tese apresentada a Coordenação do Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovada em: ____/____/____

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos – UFPB
Orientador

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista – UFPB
Orientador

Prof^a. Dr^a. Mary Sandra Carlotto – UNISINOS
Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa – UFPB
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda – UFPB
Membro Externo

Prof^a. Dr. Jamilton Alves Farias – UFPB
Membro Externo Suplente

Prof^a. Dr^a. Patricia Serpa de Souza Batista – UFPB
Membro Interno Suplente

A minha mãe Anunciada, pela mãe e amiga,
meu alicerce.

A Djanilson Fonseca, meu companheiro,
amigo e grande incentivador.

Aos meus filhos Rayssa Fonseca e Luiz
Henrique, fonte de inspiração e razão maior de
minha existência.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos, por ser esse profissional competente, sério, imparcial, que transmite segurança e confiança, pelos ensinamentos desde a graduação, como colega de profissão e orientador.

À professora Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista, coorientadora desse trabalho, pela amizade e por todo zelo e dedicação para a construção desta tese, bem como pelos seus esclarecimentos.

À professora Dr^a. Mary Sandra Carlotto por ter aceitado participar prontamente na construção deste trabalho, o que contribui para a valorização dele, haja vista ser uma referência no assunto em nível nacional.

Aos professores do PPGENF/UFPB, especialmente à Prof^a. Solange Fátima Geraldo da Costa pelo incentivo à pesquisa e pelo apoio sempre presente.

Aos membros da banca pelas valiosas contribuições.

A todos os colegas do Departamento de Enfermagem Clínica, sobretudo às colegas da Área de Cirúrgica, pela compreensão e ajuda quanto à distribuição da carga horária da disciplina, principalmente na fase final, meu muito obrigado, especialmente às professoras Dr^a. Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda e Prof^a. Dr^a. Iolanda Beserra da Costa Santos.

A todos os professores do Centro de Ciências da Saúde e do Centro de Ciências Médicas que participaram do estudo.

FONSECA, Leila de Cássia Tavares da. Síndrome de *burnout* e qualidade de vida: estudo com professores universitários da área de saúde, 2016. 92f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2016.

RESUMO

Introdução: A Síndrome de *Burnout* (SB) é um fenômeno psicossocial desencadeado pelo exercício do trabalho, que gera estresse permanente no indivíduo, proveniente de uma constante e repetitiva pressão emocional relacionada às atividades cotidianas, principalmente em profissionais que trabalham em contato direto com as pessoas. A SB é considerada um sério problema de Saúde Pública e a profissão docente constitui uma categoria de risco, por apresentar forte incidência de elementos que conduzem à síndrome, que se caracteriza por quatro dimensões: ilusão pelo trabalho; desgaste psíquico; indolência e culpa. A qualidade de vida, por sua vez, agrega aspectos que estão associados ao próprio ambiente, condições e organização do trabalho. Por isso, a importância de estudar a sua associação com a SB.

Objetivos: analisar a associação da Síndrome de Burnout e a Qualidade de Vida em professores universitários da área de saúde; caracterizar as condições sociais, demográficas e profissionais de professores universitários da área da saúde; investigar as dimensões da Síndrome de *Burnout*, segundo o CESQT, em professores universitários da área de saúde; verificar como os professores universitários percebem a qualidade de vida, segundo o WHOWOL-bref; investigar como os professores universitários participantes do estudo são afetados pela Síndrome de *Burnout*.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa causal, com abordagem quantitativa, realizada com 178 docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e 105 do Centro de Ciências Médicas (CCM), cuja amostra foi obtida pela técnica de amostragem estratificada com alocação proporcional e a coleta realizada através da técnica de amostragem aleatória por acessibilidade. Para tanto, foram utilizados questionários validados no Brasil: Questionário para identificação da Síndrome de *Burnout* – “*Cuestionario para la Evolución del Síndrome de Quemarse por el trabajo -CESQT-PE*” e o Questionário sobre Qualidade de Vida – WHOQOL-bref. Para a análise dos dados, seguiram-se as recomendações descritas nos manuais dos instrumentos. Dessa forma, foi realizado o teste de associação (qui-quadrado) entre as dimensões de *burnout* e os domínios de qualidade de vida.

Resultados: foram encontrados 46 (25,8%) indivíduos com sintomas de *burnout* no CCS e 33 (31,4%) no CCM. Em geral, os professores do CCS têm a percepção quanto à qualidade de vida classificada como boa, ao passo que os docentes do CCM a classificaram como regular. Além disso, as dimensões *ilusão pelo trabalho* e *culpa* apresentaram associação significativa com os componentes para qualidade de vida, demonstrando, assim, a forte influência desta na composição dos sintomas da síndrome.

Conclusão: a SB constitui um problema entre os docentes universitários da área de saúde e interfere na qualidade de vida desses profissionais. Recomenda-se repensar a forma de organização do trabalho docente com vistas à prevenção deste fenômeno que pode afetar a saúde física, mental e social dos indivíduos, trazendo consequências negativas para a instituição quanto ao processo educacional.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Saúde do Trabalhador. Docentes. Ensino Superior.

FONSECA, Leila de Cássia Tavares da. Burnout syndrome and quality of life: study with university professors in the health area, 2016. 92f. Thesis (Doctorate). Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa. 2016.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome (SB) is a psychosocial phenomenon triggered by exercise, which generates permanent stress on the individual, resulting from a constant and repetitive emotional pressure related to daily activities, especially in professionals who work in direct contact with people. SB is considered a serious public health problem and the teaching profession is a category of risk, because it has a strong incidence of elements that lead to the syndrome, which is characterized by four dimensions: illusion for work; Psychic wear; Sloth and guilt. Quality of life, in turn, adds aspects that are associated with the environment, conditions and work organization. Therefore, the importance of studying its association with SB. **Objectives:** to analyze the association of Burnout Syndrome and Quality of Life in university health professors; Characterize the social, demographic and professional conditions of university professors in the health area; To investigate the dimensions of Burnout Syndrome, according to the CESQT, in university health professors; To verify how university professors perceive quality of life, according to WHOWOL-bref; Investigate how the university professors participating in the study are affected by Burnout Syndrome. **Methodology:** This was a causal research, with a quantitative approach, with 178 teachers from the Health Sciences Center (CCS) and 105 from the Center of Medical Sciences (CCM), whose sample was obtained by stratified sampling technique with proportional allocation And the collection made through random sampling technique for accessibility. In order to do so, validated questionnaires were used in Brazil: Questionnaire for the identification of Burnout Syndrome - "Questionnaire for the Evolution of Burning Syndrome by the Work-SCQT-PE" and the Quality of Life Questionnaire - WHOQOL-bref. For data analysis, the recommendations described in the instrument manuals were followed. Thus, the test of association (chi-square) between the dimensions of burnout and the domains of quality of life was performed. **Results:** 46 (25.8%) individuals with burnout symptoms were found in CCS and 33 (31.4%) were found in CCM. In general, CCS teachers perceive quality of life as good, while CCM teachers rated it as a regular grade. In addition, the illusion of work and guilt dimensions were significantly associated with the components of quality of life, thus demonstrating the strong influence of this on the composition of the syndrome symptoms. **Conclusion:** SB is a problem among university professors in the health area and interferes in the quality of life of these professionals. It is recommended to rethink the organization of teaching work with a view to preventing this phenomenon that can affect the physical, mental and social health of individuals, bringing negative consequences for the institution regarding the educational process.

Keywords : Burnout syndrome; Worker's health; Faculty; Education.

FONSECA, Leila de Cássia Tavares da. Síndrome de burnout y calidad de vida: estudio con profesores universitarios de la salud, 2016. 92f. Tesis (Doctorado). Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa. 2016.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Burnout (BS) es un fenómeno psicosocial provocado por el ejercicio de un trabajo, lo que genera estrés permanente en el individuo, a partir de una tensión emocional constante y repetitivo relacionado con las actividades diarias, principalmente los profesionales que trabajan en contacto directo con la gente. La SB se considera un problema grave de salud pública y la profesión docente es una categoría de riesgo, debido a su alta incidencia de elementos que conducen al síndrome, que se caracteriza por cuatro dimensiones: la ilusión en el trabajo; desgaste psíquico; la indolencia y la culpa. La calidad de vida, a su vez, añade características que se asocian con los propios del entorno, las condiciones y organización del trabajo. Por lo tanto, la importancia de estudiar su asociación con el SB. **Objetivos:** Analizar la asociación entre el síndrome de burnout y la calidad de vida de los profesores universitarios de la salud; caracterizar los profesores sociales, demográficas y de la universidad de profesionales de la salud; investigar las dimensiones del síndrome de desgaste, según el OSE en el mundo académico de la salud; comprobar cómo los profesores perciben la calidad de vida, de acuerdo con WHOWOL-BREF; investigar cómo los participantes del estudio universitario maestros se ven afectados por el síndrome de burnout. **Metodología:** Se trata de una investigación causal con un enfoque cuantitativo, realizado con 178 maestros en el Centro de Ciencias de la Salud (SCC) y 105 del Centro de Ciencias Médicas (CCM), cuya muestra se obtuvo mediante la técnica de muestreo estratificado con asignación proporcional y la colección lleva a cabo mediante la técnica de muestreo aleatorio para la accesibilidad. Con este fin, se utilizaron cuestionarios validados en Brasil: Cuestionario para identificar el síndrome de Burnout - "Cuestionario a su Evolución del síndrome de quemarse por el Trabajo -CESQT-PE" y el Cuestionario de Calidad de Vida - WHOQOL-BREF. Para el análisis de datos, seguido las recomendaciones descritas en los manuales de los instrumentos. Por lo tanto, se realizó la prueba de asociación (chi-cuadrado) entre las dimensiones de burnout y dominios de calidad de vida. **Resultados:** Se encontraron 46 (25,8%) pacientes con síntomas de agotamiento en CCS y 33 (31,4%) en el MCP. En general, los maestros de CCS tienen la percepción de la calidad de vida clasificada como buena, mientras que los maestros del MCP clasifican como regular. Además, las dimensiones y el fallo ilusión trabajo mostraron una asociación significativa con la calidad de vida de los componentes, lo que demuestra la fuerte influencia de la composición de los síntomas del síndrome. **Conclusión:** La SB es un problema entre los profesores universitarios de la salud e interfiere con la calidad de vida de estos profesionales. Se recomienda volver a examinar la forma del entorno de enseñanza con el fin de prevenir este fenómeno que puede afectar a la salud física, mental y social de los individuos, trayendo consecuencias negativas para la institución y el proceso educativo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 – Identificação de Erros Tipo I (α) e Tipo II (β) para o Teste de Hipóteses	49
Figura 01 – Histograma para idade dos docentes do CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa-PB, Brasil, 2016	55
Figura 02 – Perfil da Síndrome de <i>Burnout</i> em docentes do CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa – PB, Brasil, 2016	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Quantitativo de docentes lotados nos Departamentos do CCS e CCM da UFPB, João Pessoa – PB, Brasil, 2016.....	42
Tabela 02 – Níveis de confiança/significância e seus respectivos valores críticos em Z.	49
Tabela 03 – Hipóteses para o Teste de Independência	49
Tabela 04 – Regra de Decisão para o Teste de Independência	50
Tabela 05 – Quantitativo de docentes lotados nos Departamentos do CCS e CCM da UFPB participantes do estudo, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.....	53
Tabela 06 – Média, Desvio-padrão e Consistência Interna (alfa de <i>Cronbach</i>) das dimensões do CESQT- CCS e CCM/ UFPB. João Pessoa-PB, Brasil, 2016	54
Tabela 07 – Caracterização sociodemográfica dos docentes lotados no CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa – PB, Brasil, 2016.....	54
Tabela 08 – Caracterização profissional dos docentes do CCS/UFPB, participantes do estudo por titulação e turno de trabalho, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.....	56
Tabela 09 – Caracterização profissional dos docentes lotados no CCM/UFPB, participantes do estudo por titulação e turno de trabalho, João Pessoa – PB, Brasil, 2016	57
Tabela 10 – Frequência das quatro dimensões da SB identificadas nos docentes do CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa-PB, Brasil, 2016	62
Tabela 11 – Classificação das características dos participantes do estudo para o CCS/UFPB quanto ao WHOQOL-bref, João Pessoa – PB, Brasil.....	63
Tabela 12 – Classificação das características do WHOQOL-bref para os professores do CCM. João Pessoa-PB, 2016.....	65
Tabela 13 – Média de 4-20 e de 0-100 dos escores dos domínios de qualidade de vida dos docentes do CCS e do CCM/UFPB, participantes do estudo, (WHOQOL-bref). João Pessoa-PB, Brasil, 2016.	66
Tabela 14 – Associação entre dimensões de <i>burnout</i> e os domínios de qualidade de vida dos docentes do CCS/UFPB, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.....	67
Tabela 15 – Associação entre dimensões de <i>burnout</i> e os domínios de qualidade de vida dos docentes do CCM/UFPB, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.	69

LISTA DE SIGLAS

CCM	Centro de Ciências Médicas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CESQT	<i>Cuestionario para la Evolución del Síndrome de Quemarse por el trabajo</i>
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
GEPAIE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Informática em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JST	Jornada Semanal de Trabalho
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OCDE	Organização do Comércio e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIVIC	Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PQI	Programa de Qualificação Institucional
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
STI/UFPB	Superintendência de Tecnologia da Informação/Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	11
1 CONTEXTUALIZAÇÃO, ARGUMENTAÇÃO, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 Transformações ocorridas no trabalho e a psicopatologia do trabalho	20
2.2 O ensino superior e o trabalho docente	25
2.3 O fenômeno da Síndrome de <i>Burnout</i>	29
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
3.1 Tipo de estudo.....	41
3.2 Cenário da pesquisa.....	41
3.3 População e amostra.....	42
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	43
3.5 Procedimentos e instrumento para coleta de dados	43
3.6 Tratamento e análise dos dados	45
3.7 Considerações éticas	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
4.1 Apresentação e caracterização dos docentes lotados no CCS e CCM/UFPB	52
4.2 Apresentação dos resultados para os docentes lotados no CCS e CCM acerca da Síndrome de <i>Burnout</i>	57
4.3 Apresentação dos resultados para os docentes lotados no CCS e CCM acerca da qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref	62
4.4 Apresentação do Teste de Associação entre Qualidade de Vida e Síndrome de <i>Burnout</i> para os docentes do CCS e CCM/UFPB	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS.....	85
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	86
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE SB.....	87
ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-Bref.....	89
ANEXO C – CERTIDÃO DE HOMOLOGAÇÃO DO PROJETO NO PPGENF.....	90

APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Como enfermeira, antes da minha inserção na docência, tive a oportunidade de trabalhar como gestora em dois hospitais públicos, Diretora de Distrito Sanitário e Secretária de Saúde. Mas, o que me chamava atenção era o estresse vivenciado pelos profissionais da saúde, porque muitos se desdobravam em dois ou três empregos, rotinas e trocas de plantões, além de afastamentos por motivos de saúde.

Ao adentrar no mundo acadêmico, pude perceber de perto como se dá a organização do trabalho docente, as condições de trabalho, salários defasados, muitas cobranças para mudança de nível, cobranças para o desenvolvimento de pesquisas, necessidade de publicações e trabalhos científicos em periódicos, o que demanda tempo e dinheiro, haja vista que esse tipo de exigência acadêmica virou mercado, tendo em vista que os professores não recebem incentivos para custear as publicações, principalmente em periódicos com Qualis A1, A2 e B1, além do envolvimento em extensão, monitoria, orientações de Trabalhos de Conclusão de Curso, Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), relações com os pares, chefias, alunos, entre outras. Tudo isso leva a uma rotina de estresse no ambiente de trabalho, predispondo os professores universitários, particularmente os da área de saúde, a vários problemas físicos, emocionais e sociais que comprometem a sua qualidade de vida.

Outro aspecto que nos chama atenção, diz respeito aos professores universitários da área de saúde que lidam constantemente com a teoria e a prática no ambiente hospitalar. Dependendo do local de estágio, o ambiente, na maioria das vezes, é muito estressante. O fato de o professor lidar com vidas humanas requer envolvimento na assistência ao aluno e, isto o expõe ainda mais ao estresse, bem como aos problemas dele decorrentes.

Além disso, a mercantilização do trabalho docente e as cobranças no envolvimento em ensino, pesquisa e extensão, levam a um nível de estresse no ambiente de trabalho que pode desencadear o processo da Síndrome de *Burnout*, principalmente em professores que são classificados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como uma categoria de risco. Essa realidade me inquietou para o desenvolvimento desta pesquisa, como forma de repensar o trabalho do professor universitário com vistas à prevenção deste fenômeno que pode abalar sua estrutura e acarretar sérias consequências para a sua saúde física e psicológica, bem como prejuízos para a instituição e para a qualidade do ensino.

Assim, a minha aproximação com a Síndrome de *Burnout* se deu com mais intensidade quando da inserção no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e

Informática em Saúde – GEPAIE, que despertou o interesse pela pesquisa permitindo fazer algumas associações com as experiências vivenciadas durante a vida profissional e acadêmica.

Ao ingressar como aluna no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo Programa de Qualificação Institucional – PQI, tive a oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre a temática em questão e contribuir para a produção de um conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout* em professores universitários da área de saúde.

O tema constitui um grande desafio para a saúde pública e requer o desenvolvimento de estudos e da divulgação desta temática que ainda passa despercebida por muitos profissionais, o que dificulta o diagnóstico precoce e tratamento correto, uma vez que o aparecimento de alguns sintomas confunde-se com os de outras doenças.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO, ARGUMENTAÇÃO, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS

O trabalho se caracteriza por ser uma das formas de realização do ser humano, é através dele que o homem se torna um ser social. É um ponto de partida para a humanização e condição de existência, tendo em vista que, por meio do trabalho, o homem se torna produtivo e é transformado. No entanto, essa condição enobrecedora do trabalho, construída ao longo dos anos, tem sido contestada na atualidade pelos resultados dos estudos que evidenciam sofrimentos provenientes das relações de trabalho. Todavia, nem sempre o trabalho produz satisfação profissional, podendo ser a causa de muitos problemas que vão, desde uma insatisfação, até o adoecimento (DEJOURS, 1992; MALLAR; CAPITÃO, 2004; ANTUNES, 2011).

Sabe-se que o ser humano dedica grande parte da sua vida produtiva ao trabalho, cerca de 65%, logo, o trabalho que deve trazer satisfação pessoal ou não, tem significado material, psicológico e social. De forma que, no contexto do trabalho, pode sofrer alterações no organismo e na personalidade; assim, é preciso ficar atento para essas alterações, que podem prejudicar a saúde física e mental do trabalhador (MAURO et al., 2004). No Brasil, entretanto, a política de saúde do trabalhador, apesar dos avanços, ainda não incorporou uma transformação necessária, capaz de atender aos avanços da sociedade moderna de um mundo globalizado, haja vista que existe fragmentação das responsabilidades e da gravidade da morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros, assim como as ocorrências das doenças profissionais no país (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

Desde a década de 1970, vêm ocorrendo transformações no universo do trabalho, fruto do capitalismo e da reestruturação das atividades produtivas que incluem novas tecnologias, novas formas de gestão da força de trabalho, ocasionando maior produtividade e profundas alterações nas formas de relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e na maneira de negociação das empresas em defesa dos trabalhadores. Essa reestruturação tem gerado graves problemas sociais no que tange ao nível de emprego e à garantia dos direitos sociais conquistados pelos trabalhadores (SANTANA; RAMALHO, 2010).

No mundo globalizado e capitalista, caracterizado pelo consumismo, individualismo, competitividade e agressividade, os trabalhadores necessitam de um grande esforço físico e psicológico para se manterem no mercado de trabalho e, muitas vezes, para não perderem o emprego, os trabalhadores se submetem a certas exigências institucionais e condições insalubres que podem afetar a saúde do trabalhador, predispondo-o ao adoecimento (MARTINATO et al., 2010).

Isso revela uma nova relação no mundo moderno entre o homem e o trabalho, mostrando como ambientes produtivos apontam para a desumanização nas relações humanas. Além disso, os profissionais que atuam diretamente em contato com outras pessoas e que se envolvem com os problemas do outro, estão mais propensos a desenvolverem patologias provenientes do meio laboral, principalmente em ambientes conflitantes e com carga horária excessiva (MALLAR; CAPITÃO, 2004). Portanto, há uma relação direta com o cenário de um mundo globalizado e capitalista, que faz com que os trabalhadores se adaptem às organizações e se tornem mais flexíveis e polivalentes, exigindo novas competências, bem como um envolvimento maior entre o trabalhador e o usuário. Consequentemente, este fato faz com que ocorram mudanças radicais de caráter físico e emocional (BORGES et al., 2002; CAMPOS, 2008).

Neste sentido, a década de 1970 constituiu o marco fundamental para os estudos direcionados à saúde do trabalhador, em que despontaram as relações entre a saúde mental e o trabalho. A partir desses estudos, percebeu-se que as prevalências dos transtornos psicológicos relacionados ao trabalho são preocupantes, principalmente no grupo de profissionais considerados mais suscetíveis a esses problemas, que são justamente os que interagem com indivíduos que necessitam de sua ajuda, a exemplo dos médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, entre outras profissões (MANETTI; MARZIALE, 2007).

Os transtornos psicológicos relacionados ao trabalho são frutos das pressões, conflitos de interesse e sobrecargas, que ocasionam um desequilíbrio no ambiente de trabalho. Consequentemente, o estresse não resolvido leva à deterioração da saúde mental do trabalhador, que pode ser manifestada pela Síndrome de *Burnout*. No entanto, não se pode confundir o estresse laboral com a Síndrome de *Burnout*, pois este decorre daquele, mas, para tanto, o trabalhador enfrenta um permanente estresse no trabalho. O cuidado que se deve ter, esbarra justamente na popularização do termo *estresse*, pois pode ser utilizado segundo vários significados (BORGES et al., 2002; CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

Conceitualmente, a Síndrome de *Burnout* (SB) é um fenômeno psicossocial, considerada como uma doença profissional, desencadeada pelo exercício do trabalho. É um tipo de estresse permanente, proveniente de uma constante e repetitiva pressão emocional relacionada às atividades que requerem um intenso envolvimento com pessoas por prolongados períodos de tempo (CARLOTTO, 2002). Também conhecida como *Síndrome do Esgotamento Profissional* pelo Ministério da Saúde, esta síndrome se relaciona às demandas e exigências laborais que têm desenvolvimento insidioso, lento, de caráter negativo e, na maioria das vezes, não é reconhecida pela pessoa acometida (HOLMES, 2014a).

O primeiro a descrever a Síndrome de *Burnout* foi Freudenberg em 1974, definindo como um estado de esgotamento físico e mental, de decepção e perda do interesse pela atividade do trabalho, que surge em profissionais que trabalham em contato direto com as pessoas na prestação de serviços. No entanto, a definição mais aceita é a de Maslach e Jackson (1981), “o *burnout* é um tipo de estresse ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional”. Os autores desenvolveram um modelo tridimensional, denominado de MBI (Maslach Burnout Inventory), mundialmente aceito que incluiu a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Baixa Realização Profissional (BORGES et al., 2002; MALLAR, CAPITÃO, 2004; MOREIRA et al., 2009).

A Exaustão Emocional representa a dimensão individual da síndrome, manifestada na forma de um esgotamento físico, mental e da falta de energia; a Despersonalização está relacionada às atitudes negativas provenientes de sentimentos de indiferença que representa; como um risco de um profissional desumano, indiferente aos problemas dos outros; e a Baixa Realização Profissional, influi na forma de tratamento e está diretamente relacionada à prática profissional (CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

Entretanto, apesar de mais aceito, o instrumento de Maslach e Jackson tem apresentado insuficiências psicométricas quando adaptado a outros idiomas, o que levou a adaptação e validação para o Brasil de um instrumento espanhol para avaliar a Síndrome de *Burnout*, o *Cuestionario para la Evolución del Síndrome de Quemarse por el trabajo – CESQT-PE*” (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010).

O CESQT considera quatro dimensões: *Ilusão pelo trabalho*, que é a expectativa em alcançar metas laborais; *Desgaste psíquico* como sendo a presença do esgotamento físico e emocional; *Indolência*, considerada como atitudes negativas, de indiferença com o próximo e, uma quarta dimensão, *a Culpa*. Esse instrumento considera a Síndrome de *Burnout* como uma resposta ao estresse laboral crônico, desenvolvido em profissionais que trabalham com pessoas, modelo este escolhido para avaliar a Síndrome de *Burnout* em professores Universitários neste estudo (GIL-MONTE, CARLOTTO, CÂMARA, 2010; GIL-MONTE, 2011).

Esta síndrome vem sendo considerada como um grave problema social, de grande relevância, no entanto, a sua prevalência nos trabalhadores da saúde ainda é incerta, podendo variar entre 4% a 85,7% de pessoas acometidas, o que é preocupante (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Em estudo realizado com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, essa prevalência varia entre 20,8 e 59,4% (DUARTE; MAURO, 2010). Em professores da

rede de ensino médio, a prevalência de *burnout* foi de 12,9% (TIBÚRCIO; MORENO, 2009). Ela acarreta danos tanto para o trabalhador, individualmente e profissionalmente, como para as organizações, a exemplo de conflitos internos, absenteísmo e menor qualidade dos serviços prestados (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

A legislação brasileira reconhece a Síndrome de *Burnout* como um problema de saúde. O Decreto nº 3048/99, de 6 de maio de 1999, regulamenta a Previdência Social, no Anexo II, referente aos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais ou do trabalho, conforme previsto no instituto do artigo de nº 20 da Lei nº 8.213 de 1991, alterada pelo Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009, Inciso XII – *Sensação de Estar Acabado, Síndrome de Burn-Out, Síndrome do Esgotamento Profissional (Z73.0)*” (BRASIL, 2009).

No que se refere às características apresentadas pela doença, elas podem ser descritas a partir de duas perspectivas: a *clínica*, que entende a síndrome como um estado atingido pelo indivíduo como resultado do estresse no trabalho, e a perspectiva *psicossocial* que é proveniente do processo de interação desenvolvido pelo trabalhador que se relaciona com as características organizacionais do trabalho, bem como do próprio indivíduo (FRANÇA et al; 2014).

Outros sintomas são comuns, a saber: o aparecimento de exaustão; insônia; cefaleia; fadiga crônica; tensão muscular; problemas cardiovasculares; depressão; ansiedade; aumento do consumo de tranquilizantes e antidepressivos; sentimentos de desvalia dos trabalhadores; absenteísmo; rotatividade de pessoal; resultados organizacionais negativos e baixos níveis de comprometimento no trabalho (HOLMES et al., 2014b). Dentre os trabalhadores que fazem parte do grupo de risco do *burnout*, encontram-se os professores.

Sabe-se que a educação é instrumento de transformação de uma sociedade, e é tema de pauta em qualquer discurso político, especialmente em épocas de eleições. Os gestores em sua maioria, reconhecem que o professor desenvolve um papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento de uma sociedade, no entanto, eles não têm dado a devida importância à questão. Observa-se que o discurso dos gestores não condiz com a prática, posto que os professores trabalham em um ambiente marcado por condições desfavoráveis, sem piso salarial que dignifique a profissão e sem incentivos para a qualificação profissional. Isso acontece em todos os níveis, desde o ensino fundamental até a educação superior (BATISTA; CARLOTTO; MOREIRA, 2013).

Essa precarização do trabalho docente transformou-se num fenômeno que não depende apenas da consciência de cada um. Apesar de o trabalho ter, em sua essência, a origem humana, ele perdeu o seu caráter humanizador a partir do momento que foi apropriado pelo

capital, ficando subjugado, deixando de ser livre (SILVA, 2005). Apesar disso, o trabalho docente não é apenas uma prática técnica com conhecimentos estruturados, é um processo dinâmico que vai muito além do conhecimento. Ele ocupa um espaço especial no campo social e produtivo; é construído de relações e interações com pessoas, em um ambiente de trabalho, que muitas vezes extrapolam a carga horária e requer habilidades físicas e intelectuais na realização de atividades de assistência e de dedicação ao processo ensino-aprendizagem (CARNEIRO, 2010).

Nessa perspectiva, a profissão docente é considerada pela OIT como uma das mais estressantes, com forte incidência de elementos que conduzem à Síndrome de *Burnout*, sendo, portanto, uma profissão de alto risco, considerada a segunda categoria profissional, em nível mundial, a portar doenças de caráter ocupacional (BRASIL, 2001). Por isso, a saúde do professor vem sendo fonte de preocupação de segmentos variados da sociedade, uma vez que esse fenômeno vem atingindo professores de diferentes países, apresentando-se com um caráter epidêmico mundial que extrapola as fronteiras nacionais (CARLOTTO, 2011; BATISTA et al., 2010).

Dentro do universo docente, o professor universitário vivencia uma carga de trabalho em que há muita exigência, principalmente no tripé do *ensino, pesquisa e extensão*. Isso requer muito envolvimento quanto às publicações, participações em bancas, orientações, planejamentos, entre outras atividades. Neste aspecto, o professor lida frequentemente com situações estressoras que, dependendo da intensidade, podem levar à exaustão física e emocional, conforme se evidencia em um estudo intitulado: *Estresse no trabalho em professores universitários*, que comprovou um alto nível de estresse nessa categoria profissional, demonstrando os desgastes aos quais estão submetidos (SOUZA; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2013).

A organização de trabalho, na qual os professores estão inseridos, envolve as condições de trabalho, a ergonomia, infraestrutura e conservação do ambiente, material e recursos didáticos, associados a uma distribuição de disciplinas e às inter-relações entre professor-aluno, professor-chefia, professor-professor, professor e pessoal administrativo, além de reuniões e tomadas de decisões que envolvem cargas físicas e psíquicas (CARNEIRO, 2010).

Assim, a carga horária, a jornada de trabalho, a remuneração e as condições materiais de trabalho para o profissional também permeiam outras dimensões no ambiente de trabalho, como as tensões, as cobranças e o clima organizacional a que, de forma ativa, é submetido. Nesses casos, muitas vezes o professor não encontra subsídios físicos e nem operacionais para

suprir essas exigências que são colocadas no dia a dia de trabalho, fazendo com que sentimentos de estresse, impotência e frustração influenciem no seu processo de trabalho e na sua saúde (DUARTE; MAURO, 2010).

Outro aspecto importante, diz respeito à incapacidade para o trabalho decorrente de agravos relacionados à saúde. Trata-se de um problema em todo o mundo, repercutindo em considerável custo socioeconômico. Um dos impactos é constatado pelas políticas sociais, aspecto esse inquestionável e comprovado pelo adoecimento dos trabalhadores, nele não há tem transparência ou visibilidade nas estatísticas oficiais (FELLI; TRONCHIN, 2012).

Diante do exposto, é possível observar a existência de muitas dificuldades que os professores universitários enfrentam no seu dia a dia de trabalho. Apesar de existirem vários estudos relacionados a trabalho e saúde, realizados por Maslach & Jackson, Batista e Carlotto, ainda há alguns *gaps* no que tange às produções científicas, principalmente, no que se refere à Síndrome de *Burnout* em professores universitários da área de saúde. Logo, é importante a investigação realizada por esse estudo, tendo em vista os inúmeros fatores provenientes da estrutura organizacional das universidades, assim como a intensa cobrança por produção de publicações, projetos de pesquisa, financiamentos por órgãos de fomento, internacionalização acadêmica, capacitação, intensa jornada de ensino na graduação e pós-graduação, atividade de extensão e integração docente assistencial, entre outros.

Dessa forma, observa-se que a carga excessiva de trabalho e as cobranças, no que tange à produção acadêmica, são fatores agravantes para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* e que a intensificação dos estudos em relação à saúde do trabalhador docente e das doenças relacionadas à sua ocupação, como a Síndrome de *Burnout*, é muito importante. Embora, seja tipificada como doença ocupacional pela legislação brasileira, as características da doença, suas causas, sintomas e o reconhecimento da diferenciação entre o estresse e o *burnout* ainda são desconhecidos, até mesmo pelos próprios docentes.

Logo, defende-se a tese com o seguinte argumento: A Síndrome de *Burnout* influencia a qualidade de vida dos professores universitários de área da saúde, impactando no presente e no futuro. Questiona-se: Como professores universitários da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba são afetados pela Síndrome de *Burnout*? Quais as dimensões do modelo CESQT da Síndrome de *Burnout* afetam os professores universitários da área da saúde? Como os professores universitários da área da saúde percebem a sua Qualidade de Vida, segundo o WHOQOL-Bref? Será que existe alguma associação entre a Síndrome de *Burnout* e a Qualidade de Vida dos professores universitários da área da saúde? As condições sociais interferem na ocorrência de *burnout* e na qualidade de vida? Espera-se através deste estudo

encontrar respostas a fim de contribuir por meio dos resultados para a construção de propostas que possam ajudar de forma preventiva a construir um ambiente de trabalho saudável.

Assim, esse estudo traz como objetivos: a) Objetivo geral: analisar a associação entre a Síndrome de *Burnout* e a qualidade de vida em professores universitários da área da saúde; b) Objetivos específicos: caracterizar as condições sociais, demográficas e profissionais de professores universitários da área de saúde; investigar as dimensões da Síndrome de *Burnout*, segundo o CESQT, em professores universitários da área de saúde; verificar como os professores universitários percebem a qualidade de vida, segundo o WHOWOL-bref e investigar como os professores universitários participantes do estudo são afetados pela Síndrome de *Burnout*.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Transformações ocorridas no trabalho e a psicopatologia do trabalho

Ao longo da história da humanidade, as transformações ocorridas no trabalho têm sido estudadas pela sociologia, desde o século XIX e busca refletir as preocupações e necessidades do homem no ambiente de trabalho. Essas transformações estão diretamente ligadas a fatores históricos, sociais e epistemológicos (SELL, 2012). A sociologia como ciência, busca fazer uma reflexão sobre a sociedade moderna e explicar a vida social, os fatos sociais e pensamentos divergentes na sociedade, pois o pensamento científico guarda, de certa forma, uma correspondência com a vida social, haja vista que os pensamentos e interesses políticos e econômicos, que se apresentam de forma divergente, interferem na elaboração do pensamento sociológico e no rumo da civilização (MARTINS, 2006).

Entretanto, se faz necessário entender o que é um fato social. Quando a sociologia faz uma alusão à vida social, deve-se entender que ela, enquanto ciência, busca compreender os fenômenos que se distinguem de outras ciências da natureza, ocorridos no seio da sociedade que representam algum interesse social e coletivo. Desta forma, um fato social é facilmente reconhecível, justamente pelo poder de coerção que exerce ou é propício a exercer sobre os indivíduos, tal fato pode ser considerado como o pensamento divergente (RODRIGUES, J., 1993).

A sociologia do trabalho na América Latina surge entre os anos 1950 e o final dos anos 1960, em um período que se voltou para a *nova classe operária*, fruto da modernização da população brasileira, da passagem de uma sociedade agrária e tradicional para uma urbana e industrial, e, com isso a necessidade de adequação das condições de trabalho. O seu surgimento nasce no ápice da consolidação da civilização capitalista (SANTANA; BRAGA, 2009).

Da origem do capitalismo à sua consolidação, a nova classe operária foi marcada por ciclos de crescimentos e de crises, um período caracterizado por profundas mudanças, principalmente em termos de inovação tecnológica. O que provocou a necessidade de profissionais mais qualificados, e, com isso, fomentou-se uma série de modificações na organização do trabalho como um todo. Esse fenômeno social ficou conhecido como Revolução Industrial (MERLO; LAPIS, 2007).

A Primeira Revolução Industrial, ocorrida na Inglaterra, no século XVIII, foi marcada por uma expropriação do saber-fazer do trabalhador. Nesse período, os trabalhadores

assalariados trabalhavam de forma pesada e em condições totalmente insalubres. Em virtude de tais condições, houve uma revolta, o que gerou uma desqualificação deles, bem como resistência e formas de dificultar o trabalho e a produção, passando a exercerem, de maneira relativa, um controle sobre o processo do trabalho. Havia desconhecimento pelo empregador quanto ao conteúdo do trabalho, já que não existia registro, nem documentos sobre as técnicas de trabalho, o conhecimento era repassado de forma oral, de geração a geração (MERLO; LAPIS, 2007).

Dessa forma, a sociologia do trabalho tem se dedicado ao estudo da análise e da percepção do trabalho na sociedade moderna, bem como às repercussões deste para a saúde do trabalhador, conforme a comparação presente no clássico cinematográfico *Tempos Modernos*, que mostra a degradação física e mental ocasionada pelo modelo taylorista/fordista e, mais recentemente, nas pesquisas de Friedmann e Naville (1962) sobre a linha de montagem e as consequências para o trabalhador, além dos trabalhos de Ramazzinni no século XVIII, que é considerado o pai da Medicina do Trabalho. Ressalta-se que os autores clássicos do pensamento sociológico apontam as relações do trabalho para o entendimento da sociedade (MERLO, LAPIS, 2007; SANTANA, RAMALHO, 2010).

Nesse período, houve um desmantelamento da família patriarcal com a maciça emigração do campo para a cidade, que teve um efeito devastador sobre milhões de seres humanos, modificando, sobretudo, a forma habitual de vida, principalmente em cidades industriais. Com isso, houve um aumento vertiginoso no crescimento demográfico, com o caos da falta de estrutura, de moradias, serviços sanitários e de saúde. A sociologia surge como resposta intelectual às novas situações vivenciadas na sociedade, fruto da industrialização e do capitalismo (MARTINS, 2006).

Segundo Vieira (2007), o capitalismo coloca em xeque os modos de sociabilização e as formas de integração com base no trabalho, havendo uma total degradação das relações sociais com vistas à solidariedade no ambiente de trabalho, surgindo a individualidade e, consequentemente, a perda da noção de unidade, de consciência de classe, de identidade profissional.

O Brasil, na década de 1980, foi marcado pelo processo de redemocratização do país. As políticas sociais são colocadas no centro dos debates políticos, em virtude das incoerências presentes no setor social, como a apropriação privada da coisa pública, práticas clientelistas e as disposições corporativistas. Com isso, surge por exemplo um novo modo de entender a enfermagem como profissão autônoma no contexto social em que prevalecia um modelo privado e hospitalar de saúde. Diante dos acontecimentos que marcaram o Brasil neste

período, a enfermagem se mobilizou no sentido de regulamentar a profissão com o Decreto nº 94.406/87 e a Lei nº 7498/86 (VIETTA; UEHARA).

As transformações ocorridas no trabalho carregam uma série de consequências que afetam a organização do trabalho, a partir do momento em que passa a exigir profissionais cada vez mais qualificados para atuarem em uma pluralidade de situações. Isso contribui para fragilizar as relações de trabalho. Tais mudanças sinalizam o surgimento da noção de competência, cujo início data dos anos 1990, de modo que elas valorizavam os novos perfis de profissionais mais qualificados, recaracterizando a organização do trabalho (VIEIRA, 2007).

Essas transformações também atingem o setor de saúde e os trabalhadores de uma forma geral, notadamente quanto aos que ocupam um papel de destaque no mercado de trabalho no Brasil, haja vista que a formalização dos contratos de trabalhos e a existência de diversos tipos de vínculos colocam em xeque a qualidade dos trabalhadores (PESSANHA; ARTUR, 2013). Neste mesmo período, surge a Teoria Clássica da Administração de Henry Fayol (1841-1925) que visava à valorização da empresa, centrada na autoridade, responsabilidade e disciplina. Nesse modelo, prevalece o interesse geral, com forte influência no militarismo de organização, em uma estrutura rígida, hierárquica, estática e limitada com normas e regras a serem seguidas pelos administradores. Paralelamente, também surge a Teoria Burocrática de Max Weber (1864-1920), que enfatiza a racionalidade e a impessoalidade.

Além disso, a Sociologia do Trabalho na América latina sempre esteve atrelada a situações sociais e políticas de cada região, com temas e assuntos que marcaram cada período histórico, colocados por atores sociais no âmbito geral da sociedade. Desta forma, não poderíamos falar em trabalho, sem citar os ensinamentos e pesquisas de Christophe Dejours no que tange à *Psicodinâmica do Trabalho*, que é uma abordagem científica, desenvolvida na década de 1990, com objeto, princípios, conceitos e métodos próprios. Esta abordagem apresenta, como objeto de estudo, as relações entre organização de trabalho e os processos de subjetivação, ou seja, a atribuição de sentido que o trabalhador enxerga na sua realidade prática, expressada no pensar e agir, individual ou coletivo (MENDES; LIMA; FACAS, 2007).

Para a psicodinâmica do trabalho, somente pelo processo subjetivo é possível empreender-se uma gestão social com vistas a desenvolver um trabalho concreto e real. Partem de histórias singulares de crenças, desejos e objetivos a serem executados, com vistas à capacidade de se proteger, de buscar alternativas de transformação da realidade do trabalho,

para que este não seja apenas sofrimento, mas o bem-estar físico, de forma que o trabalho seja um gerador de saúde como elemento fundamental para a construção do ser humano, pois do contrário, pode tornar-se maléfico (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Para esses autores, as organizações do trabalho estabelecidas pela escola científica de administração tradicional não enxergam o trabalhador de uma forma holística quanto a sua subjetividade, vislumbram apenas a saúde física, ao passo que a psicodinâmica dejouriana considera a subjetividade e a saúde mental do trabalhador, cuja ênfase esbarra nas relações humanas que se refletem na qualidade de vida.

Assim, o trabalho é um direito social, garantido na Constituição da República do Brasil, especificamente no artigo 6º. Na perspectiva Marxiana, o homem se efetiva pelo trabalho, na medida em que produz e reproduz a vida material e humana, tornando-se um ser social. Com o trabalho, o homem constrói sua autodeterminação, na medida em que ele se socializa, desenvolve habilidades, se modifica e modifica o ambiente, realiza-se, pois, enquanto ser inserido na vida social, haja vista a dignificação do trabalho (BRASIL, 2012; FERREIRA, M., 2012).

Neste aspecto, é importante ressaltar que, com a promulgação da constituição, tanto os trabalhadores urbanos como os rurais obtiveram ganhos, no que tange às conquistas nas condições de trabalho, enfatizada na Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8080/90, que considerou o trabalho como fator determinante da saúde (SARQUIS et al., 2004).

No entanto, o trabalho como fonte de intencionalidade e sociabilidade constitui um mediador entre a realização pessoal e social, à medida que transforma a realidade, haja vista que, antes da sua realização, há uma imaginação sobre o que se vai produzir, e isto possibilita a subsistência humana. Na saúde não é diferente, pois, no processo saúde-doença e cuidado, a finalidade do processo do trabalho constitui o restabelecimento da normatividade biomédica ou a promoção da saúde (PEREIRA et al., 2009).

Logo, quando se reporta ao processo de trabalho e suas consequências para a saúde do trabalhador, não se pode deixar de discorrer um pouco, neste capítulo, sobre os pressupostos de Karl Marx. Somente a partir dos seus escritos, vários pesquisadores passaram a refletir sobre suas ideias, e reforçam no sentido do que as implicações do trabalho têm gerado nos trabalhadores, fruto do capitalismo.

Para Marx, a sociedade capitalista aliena o trabalhador, na medida que produz e ele próprio não tem alcance. Quando este trabalho se torna penoso e não possibilita a realização pessoal, o vínculo de cooperação e de solidariedade são gradativamente substituídos pela competição exagerada, quanto mais ele produz, menos ele vale, e, o que prevalece, são

relações *coisificadas* entre os atores sociais. O produto do trabalho é materializado em objeto, tornando-o alienado, uma vez que o salário é condição de subsistência. Na sociedade capitalista, há um predomínio da concorrência sobre a cooperação e do individual sobre o coletivo (FERREIRA, 2012).

Tal fato reforça a tendência ao desaparecimento da consciência de classe, pois o trabalho assalariado se caracteriza por formas crescentes de diferenciação interna, bem como pela segmentação dos empregos e expansão dos serviços, o que provoca a individualização dos comportamentos no ambiente de trabalho, consequentemente, uma ruptura dos interesses de classes dos trabalhadores (VIEIRA, 2007).

Assim, o trabalho carrega um duplo papel, que é o de ser fonte de realização e de sustento, mas que pode prejudicar a saúde quando realizado em condições inadequadas, ocasionando uma série de doenças ou até mesmo levar à morte. O trabalho pode ser uma causa necessária; um fator contributivo, mas não necessário; ou até mesmo provocador de um distúrbio oculto ou agravador de uma doença já estabelecida. As estratégias de intensificação do trabalho e de controle dos trabalhadores podem colaborar para o aparecimento e para a evolução de doenças ocupacionais, principalmente na atualidade, quando se cobra muito pela produtividade, e quando, muitas vezes, as exigências ultrapassam os limites psíquicos e biológicos do trabalhador (SANCHES et al., 2010).

Desta forma, a reflexão sobre a psicopatologia do trabalho se faz necessária, principalmente no contexto atual de um mundo globalizado e competitivo, de inúmeras cobranças do trabalhador. Essa relação trabalho, saúde e doença não é um assunto novo, existe desde a antiguidade, porém, não havia uma discussão num contexto mais amplo pois, naquela época, os trabalhadores mais expostos eram os escravos, considerados como não cidadãos. Diz a literatura que Hipócrates foi um dos pioneiros nessa temática e que, já naquele tempo, em seus estudos, identificou riscos ocupacionais (LOPES; MELLO; VENTURA, 2007).

Em um estudo sobre os fatores psicossomáticos e a organização do trabalho (RANGEL, 2009), a autora constatou que existe uma relação entre a forma como o trabalho é organizado e o aparecimento de sintomas psicossomáticos, assim, o corpo também pode adoecer como resposta de consequências emocionais. A palavra *psicossomática* vem de *psique*, que significa mente, processos mentais e atividade emocionais. Trata-se de uma resposta às situações percebidas no meio ambiente como ameaçadoras que se somatizam em transtornos revelados no corpo. Representa um mecanismo de defesa, o trabalhador converte

um problema psicológico em fisiológico, uma reação adaptativa à ansiedade experimentada no trabalho.

Desta forma, a relação trabalho e saúde constitui campo de atenção à saúde pública, especificamente, a saúde do trabalhador que visa à promoção e à prevenção, bem como a ações de vigilância dos riscos presentes no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001).

Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista, é referência nos estudos relacionados à *psicopatologia do trabalho*, no entanto, o autor argumenta que esta terminologia é bastante estreita, e que a *psicodinâmica do trabalho* é mais ampla, uma vez que os problemas psicopatológicos no trabalho na atualidade estão relacionados às condições sociais e organizacionais nas quais são realizados (SOUZA; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2013).

Infelizmente, o sofrimento no trabalho é uma das consequências de o ser humano viver em um ambiente que lhe é adverso. O pensamento Dejouriano encontra fundamento no período de desenvolvimento industrial (século XIX), cujas características são as precárias condições de trabalho, alta morbidade, elevados números de acidentes, crescente mortalidade e longevidade reduzida, de forma que as exigências do período industrial eram ameaças para a vida do trabalhador, e, conseqüentemente, sofriam riscos que eram comparados a uma doença contagiosa, surgindo um movimento denominado *higienista* como resposta da própria sociedade aos perigos enfrentados pelos operários (DEJOUR, 1987).

Pode-se concluir que a *psicodinâmica do trabalho* surgiu como uma forma para investigar os mecanismos de defesa psíquicos dos trabalhadores em situações que lhe causem sofrimentos provenientes da organização do trabalho. E a *psicopatologia* passou a ser denominada de *psicodinâmica do trabalho*, direcionando os estudos às patologias sociais de um mundo globalizado, no qual há novas formas de gestão da organização do trabalho (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010).

2.2 O ensino superior e o trabalho docente

O desenvolvimento político-econômico de um país advém da educação e da qualidade de ensino, que se reflete em melhorias econômicas, emprego qualificado e geração de renda. Ao analisar a Educação Superior no Brasil e o trabalho docente, devemos concebê-los como um fenômeno inserido dentro de um modelo de desenvolvimento capitalista, que apresenta, como principal desafio na atualidade, a democratização, principalmente no setor público, uma vez que esse setor não atende à demanda de Ensino Superior no país (SILVA JÚNIOR; SGUISSARD, 2001). A evolução do processo educacional no Brasil apresenta um atraso

sociocultural quando comparado com outros países de maior ou menor porte econômico. Segundo o relatório de 2012 da Organização do Comércio e Desenvolvimento Econômico (OCDE), esse dado é importante para analisar o desenvolvimento econômico e social de um país. Estudos revelam que o país ocupa a antepenúltima posição no rol das nações selecionadas do Grupo dos 20 países mais desenvolvidos e industrializados do mundo, G20: 11% da população apresenta diploma de ensino superior, na faixa etária de 25 a 64 anos. Da mesma forma, ocupa o 7º lugar no ranking mundial do Produto Interno Bruto (PIB), segundo relatório do Banco Mundial. Essa magnitude relacionada ao PIB, não tem reflexo nos indicadores sociais, já que o Brasil fica muito abaixo de países com PIB menor (MACÁRIO; VALE; ALVES, 2013).

Em 1990, iniciou-se no Brasil o processo de reestruturação do Ensino Superior, cuja principal finalidade era a modernização do ensino e estreitar as relações entre a educação e o mercado. Essa modernização do ensino tem se materializado com a expansão, diversificação, privatização, flexibilização, descentralização e racionalização, e ocupa papel importante para analisar o desenvolvimento econômico do país, cujo foco é qualificar trabalhadores para a modernização da sociedade brasileira (ROSA, 2009). No Brasil, apesar dos investimentos no Ensino Superior (ES), ainda há o problema da expansão e da democratização. Houve um crescimento em média de 7% ao ano, desde a década passada, no entanto, das 2.391 Instituições de Ensino Superior no Brasil, apenas 301 pertencem à rede pública, 106 federais; 119 estaduais e 76 municipais, o restante, 2.090 pertencem à rede privada. Os dados refletem a carência de recursos na rede pública. Apesar dos baixos investimentos na educação superior, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/IBGE) quanto aos impactos na expansão da Educação Superior no período de 2003 a 2012 revelam crescimento: em média 30% da população brasileira frequentam o ES. Tal fato se deve às políticas públicas de inclusão, que necessitam ser mantidas e ampliadas para suprirem o déficit educacional superior no país (FRANCO, 2008; BRASIL, 2013).

No que se refere ao ensino superior privado, é proveniente dos desdobramentos da Reforma de 1968, que tinha como objetivo a modernização e a expansão das instituições públicas federais, e que, conseqüentemente, produziram efeitos paradoxais no Ensino Superior brasileiro (MARTINS, 2002).

Desde o final da década de 1970, vem ocorrendo no Brasil uma política de mercantilização do trabalho docente e do ensino superior. Esta modificação foi evidenciada na primeira metade da década de 1990 devido ao aumento no número de matrículas efetuadas nas instituições de ensino privadas, que detém 70%, contra 30% das instituições públicas.

Entretanto, em 2004 os dados do Ministério da Educação e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (MEC/INEP) demonstraram um aumento dessa proporção de 70% para 80% em favor das instituições privadas, confirmando, assim, a mercantilização da educação no Brasil, e profundas modificações na rotina de trabalho docente (BOSI, 2007).

O Plano Nacional de Educação para o período de 2011-2020 aponta para a complexidade dos desafios do Ensino Superior no Brasil, principalmente no que tange à política de expansão de vagas, de promoção da qualidade, com a finalidade de ampliar essa democratização. Há uma dualidade quanto à educação superior no Brasil, pois, apesar de grandes investimentos, fato considerado como positivo, há pouca expansão e democratização, o que é preocupante, muito embora a educação superior seja concebida como um serviço não exclusivo do Estado, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB Lei nº 9394/1996 (BRASIL, 2012; FRANCO, 2008).

O trabalho docente constitui uma tarefa essencial no âmbito da sociedade moderna, uma atividade social e fundamental, é uma profissão tão antiga quanto a medicina e o direito, porém, não é uma tarefa fácil, uma vez que o objeto do seu trabalho é o ser humano, que é um ser complexo, possui juízos e valores. Esse trabalho é permeado de relações humanas, com pessoas capazes de iniciativas que podem participar ou resistir às ações dos professores; uma relação mediada por questões de poder e conflito de valores, relações muitas vezes nevrálgicas (TARDIF; LESSARD, 2005).

Estudos relacionados ao trabalho docente no Brasil ainda são escassos, apesar de existirem inúmeras referências que apontam para uma desvalorização considerável, com o aumento e a intensificação, principalmente no aspecto do ensino, pesquisa e extensão. Nesse contexto, o ensino superior apresenta inúmeros problemas, posto que os professores aos poucos perderam o seu prestígio profissional e o que se observa são salários defasados, e a precariedade na formação, uma vez que a contratação se baseia no domínio de conhecimento e valorização da produção acadêmica, sem levar em consideração a formação pedagógica qualificada. Discute-se bastante o retorno social do processo ensino-aprendizagem, porém, os professores ainda não apresentam formação e recursos suficientes para desenvolverem o ensino, a pesquisa e a extensão (BOSI, 2007; TIBÚRCIO; MORENO, 2009; VALENTE; VIANA, 2010).

Essa desvalorização do professor é fruto da Política de Expansão e Democratização da Educação Superior, que apresenta viés privatista. Isso representa, para as universidades públicas, uma aproximação com os interesses de mercado e, conseqüentemente, esquecimento

da função social, de modo que resta consolidado um modelo de universidade neoprofissional. Esse modelo acarreta consequências para os professores de universidades públicas, pois são cobrados por uma maior produtividade, fato que se reflete no aumento do número de turmas da graduação e pós-graduação, publicações de artigos, livros, orientações, além das condições de trabalho que não são favoráveis (GUIMARÃES; MONTE; FARIAS, 2013).

Fica evidente a conotação empresarial imposta pela racionalidade neoliberal delegada às universidades públicas, com a crescente privatização e mercantilização do ensino superior, no qual a qualidade é substituída pela quantidade e, o saber, pelo custo. Essa lógica da produtividade que é cobrada aos professores de nível superior faz com que se busque a eficiência, o espírito de empreendedorismo e a competitividade (RODRIGUES; MARTINS, 2005).

Outro aspecto que merece destaque é que, cada vez é maior a exigência quanto às competências dos professores, principalmente, após o advento dos recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação, pelas quais a tarefa do professor perpassa o transmitir dados e informações, e vai muito mais além, na tentativa de transformar comportamentos em resultados, visando ao saber (YAMAMOTO, 2013).

Vê-se, então, que a economia capitalista repercutiu no campo educacional e a crescente mercantilização impõe barreiras ao trabalho docente quanto à qualificação, competência e produtividade, expressa pela quantidade, não importando a qualidade dessas produções. Um fato que chama a atenção é a organização de grupos de pesquisas que contribuem para aviltar essas produções e vencerem a corrida quanto às publicações que se transfiguram num mercado, fazendo com que o trabalho docente seja balizado pelas demandas do capitalismo, pela cobrança e precarização das condições de trabalho (SANTOS, 2012).

Desta forma, a política educacional vigente tem ocasionado o *fenômeno do mal-estar*, tendo em vista que impõe constrangimentos dos mais variados tipos, a fim de adequá-lo à lógica do mercado, e o que se observa é a precarização do trabalho docente que tem ocasionado desgaste biopsíquico e mudado o perfil das doenças relacionadas ao trabalho como, por exemplo, a hipertensão arterial, doenças coronarianas, câncer e outros. No que se refere aos transtornos mentais, aparecem: desinteresse; apatia; desmotivação; ansiedade; estresse; fobias; crises de pânico; podendo se caracterizar como sintomas associados à Síndrome de *Burnout* (LIMA, LIMA FILHO, 2009; OLIVEIRA, 2006).

Logo, Dejours (1992), partindo da análise da psicodinâmica das situações de trabalho, considera que quando o trabalho se torna fonte de tensão e de desprazer, gerando aumento da carga psíquica sem possibilidade de alívio desta carga por meio das vias psíquicas, ele dá

origem ao sofrimento e à patologia. Sendo assim, a insatisfação no trabalho é uma das formas fundamentais de sofrimento no trabalho.

No entanto, a atual política educacional impõe novas funções à profissão docente que requer novas habilidades pessoais, não reduzindo mais a acumulação de conhecimentos. Desta forma, o professor tem sido alvo de pesquisas, principalmente em virtude das atividades estressoras, presentes no seu cotidiano de trabalho, ou contexto social e institucional, na qual estão inseridos. Estes fatores estressores presentes no ambiente de trabalho do docente quando não resolvidos, podem levar ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* que é um tipo de estresse relacionado ao trabalho, conforme detalhamento no próximo tópico (CARLOTTO, 2002).

2.3 O fenômeno da Síndrome de *Burnout*

A Síndrome de *Burnout* tem sido considerada uma importante questão de saúde pública, relacionada a fatores presentes no dia a dia do trabalho, como carência de instrumentos de gestão adequados, centralização da tomada de decisões com pouca margem para a administração local e influência política na gestão de pessoal aliados à precariedade das condições de trabalho. Essa síndrome se configura como um dos mais importantes riscos ocupacionais de caráter psicossocial na sociedade atual. *Burnout* é um processo sério de deterioração da qualidade de vida do trabalhador, levando em consideração suas implicações graves para a saúde mental e física (HOLMES et al, 2014a; HOLMES; et al., 2014b).

Um problema é considerado uma questão de Saúde Pública quando a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento é caracterizada como ampla, ocasionando impacto no indivíduo e na sociedade. No entanto, como há uma decadência nos serviços de Saúde Pública, tendo em vista uma crise que afeta a estrutura física, falta de materiais, equipamentos e a carência de recursos humanos na rede de atenção à saúde, o que têm levado a uma precariedade das condições de trabalho no âmbito da saúde, o que atinge o trabalhador (COSTA; VICTORA, 2006).

A SB no trabalho envolve uma reação prolongada aos estressores interpessoais crônicos, e, é um desdobramento do estresse em forma patológica, pois ela é a consequência mais depressiva do estresse desencadeado pelo trabalho. Começa com um sentimento de desconforto, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo, baixa autoestima (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Desta forma, a SB é uma resposta ao estresse crônico proveniente do ambiente de trabalho, o que leva o trabalhador ao desgaste físico e emocional e desistência, na medida que perde a motivação e a satisfação pelo trabalho, este perde o sentido (BATISTA et al, 2010; CARLOTTO, 2002).

Assim, o burnout constitui um agravo ocupacional com impacto negativo na saúde física e mental dos trabalhadores, ocasionando prejuízo para as organizações com afastamentos e uma baixa produtividade. Manifestam-se através de quatro classes sintomatológicas características, a física (fadiga, distúrbio do sono, dores musculares); psíquica (ansiedade, falta de atenção, frustração); comportamental (negligência ao trabalho, irritabilidade, incapacidade de concentração, relações conflituosas com colegas, cumprimento para horário); e a defensiva (sentimentos de isolamento) (HOLMES et al, 2014; SANTOS et al, 2016).

Burnout é uma expressão inglesa utilizada para descrever aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia, e foi descrito pela primeira vez em 1969 por Bradley, no entanto, tornou-se mundialmente conhecida através dos escritos de Freudenberger na década de 1970. No Brasil, ainda é pouco divulgado, e a maioria das referências são europeias e americanas (GARCIA; BENEVIDES-PEREIRA, 2003)

Entretanto, os profissionais da saúde estão mais vulneráveis para o desenvolvimento da SB. Freudenberger descreveu o fenômeno como um fracasso ocasionado pela falta de energia, uma exaustão e não pode ser confundida com outras formas de estresse, caracteriza-se por atitudes negativas no trabalho (FERREIRA; LUCCA, 2015).

Portanto, a definição mais aceita do *burnout* é fundamentada na perspectiva social-psicológica de Maslach e colaboradores, sendo esta constituída de três dimensões: *Exaustão Emocional*, *Despersonalização* e *Baixa Realização Pessoal* no trabalho (CARLOTTO, 2002). Logo, *burnout* se trata de um tipo de estresse ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado, que estejam em uma relação de atenção direta, contínua e também altamente emocional (MASLACH; JACKSON, 1981).

Assim, como nas demais profissões assistenciais, nos professores, o *burnout* não aparece de forma brusca, uma vez que constitui a fase final de um processo contínuo, que vai se prolongando e se identificando através de sinais como: sensação de inadequação ao posto de trabalho, sensação de falta de recursos para afrontar o labor de professor, sentimento de carecer da formação necessária, diminuição da capacidade para a resolução dos problemas, carência de tempo suficiente etc. Esta síndrome no docente se apresenta mediante um quadro de exaustão dos recursos emocionais próprios, em que são comuns atitudes negativas e de

distanciamento para com os alunos e a valorização negativa de seu papel profissional (CARLOTTO, 2002).

Conforme descrito por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001 apud CARLOTTO, 2002), a síndrome se manifesta através de três dimensões caracterizadas como:

- ✓ Exaustão Emocional: os professores, depois de uma interação intensiva com os alunos, denotam desgaste de suas energias emocionais e advertem que não podem trabalhar com a mesma dedicação e energia que apresentavam no princípio de suas carreiras. Esta dimensão manifesta-se, através do esgotamento de recursos emocionais próprios; o docente sente que não pode dar mais de si mesmo em nível emocional;
- ✓ Despersonalização: manifesta-se através de atitudes negativas como o tratamento depreciativo, atitudes frias e distantes e/ou desconexão dos problemas dos estudantes. Esta dimensão pode entender-se como um modo de enfrentamento à exaustão emocional que experimenta o professor; e,
- ✓ Baixa realização pessoal no trabalho: produz-se uma valoração negativa do próprio papel profissional.

Assim, o burnout é um fenômeno psicossocial que ocorre como resposta a um estresse crônico proveniente do ambiente de trabalho, constituído por três dimensões. A exaustão emocional é definida como uma fadiga e falta de energia, sensação de esgotamento físico e mental; a despersonalização que é o sentimento de indiferença e apatia em relação ao próximo é o tratamento de forma impessoal e distante, a falta de sensibilidade perante o outro, seja ele clientes ou colegas de trabalho, e por fim a baixa realização profissional constitui uma avaliação negativa dele próprio, a falta de perspectiva quanto ao crescimento pessoal e profissional, insatisfação e sentimentos de incompetência para o desenvolvimento das atividades (CARLOTTO et al., 2012).

Logo, os professores, desgastados profissionalmente, sentem-se insatisfeitos com seu trabalho, o que os leva a revelar sentimentos de ineficácia no desenvolvimento dele (MORENO-JIMENEZ et al., 2002).

Assim, a OMS considera a SB como um risco para o trabalhador. No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece como a “síndrome do esgotamento profissional”, no Anexo II do decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, e surge como resposta a situações de estresses emocionais e interpessoais presentes na labuta diária que afeta, principalmente, os profissionais que se dedicam a prestar serviços e cuidados diretamente aos usuários (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010).

Ainda no tocante aos profissionais vulneráveis, Ferreira e Lucca (2015) reforçam que o fenômeno atinge trabalhadores encarregados do cuidar, como: médicos; enfermeiros; psicólogos; assistentes sociais; professores; entre outros.

Com vistas à categoria docente, na realidade, estes foram incluídos nesse grupo de profissionais por estarem em constante contato direto com sua clientela. Além da correria do dia a dia, as alterações de humor que ocorrem nas relações professor-aluno, a sobrecarga de atribuições, o que necessita de muitas leituras para preparação de aulas, correção de trabalhos, participação em comissões nos casos dos professores universitários, participação em bancas, projetos de extensões, trabalhos de conclusão de curso, pesquisas e publicações, adaptação às normas técnicas da instituição de ensino e governamental, o que leva a uma rotina exaustiva e predispõe os professores ao *burnout* (GARCIA; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

O fato é que, na atualidade, a profissão docente é considerada pela Organização Internacional do Trabalho como uma das mais estressantes e com maior probabilidade de elementos que conduzem a SB, esta doença vem se constituindo como um sério problema, atingindo professores de diferentes países, parecendo se portar como um caráter epidêmico mundial que vai além das fronteiras nacionais (CARLOTTO, 2011).

Mesmo diante de tantos estudos e por se tratar de uma doença reconhecida pela Previdência Social, ainda não existe um consenso de como se processa o desenvolvimento da SB, o que implica a possibilidade de lacunas teóricas e conceituais sobre o assunto. Embora os estudos com profissionais de saúde considerem como multifatorial, a forma como se desenvolve é bastante diversificada, e o modelo mais relevante é denominado “Modelo estrutural sobre antecedentes e consequências do *burnout*”, descrito por Gil-Monte no ano de 2005 (BATISTA et al, 2010; BENEVIDES-PEREIRA, 2012; CARLOTTO, 2002).

A SB se manifesta geralmente nos profissionais que estão encarregados de cuidar daqueles que têm um envolvimento interpessoal direto e intenso, sendo esses os profissionais predominantemente das áreas de educação, saúde, assistência social, recursos humanos, agentes penitenciários, bombeiros, policiais e mulheres que enfrentam dupla jornada, e correm risco maior de desenvolver esse transtorno. Segundo o modelo teórico de Maslach (1982), a síndrome de *Burnout* é um processo em que a *Exaustão Emocional* é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por *Despersonalização* e, por fim, pelo sentimento de diminuição da *Realização Pessoal no Trabalho*.

Pode-se entender *burnout* como o produto de uma interação negativa entre o local de trabalho e seu grupo profissional. O campo da educação apareceu como epidêmico para o *burnout*, diante dos níveis diferenciados da *Despersonalização* e da *Exaustão Emocional*

ressaltante das dimensões do sofrimento humano no emaranhado das atuações pessoais e profissionais, e a necessidade de suportes afetivos capazes de evitar a doença (BRASIL, 2010).

Fica evidente que, tanto na natureza do trabalho do professor, como no contexto em que exerce suas funções, existem diversos estressores que, se persistentes, podem levar à SB, haja vista que esta síndrome pode ser considerada como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas, pois, quando presentes em professores, afetam o ambiente educacional e interfere na obtenção dos objetivos pedagógicos, levando esses profissionais a um processo de alienação, desumanização e apatia, ocasionando problemas de saúde, absenteísmo e intenção de abandonar a profissão (CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

Neste processo de avaliação dos estímulos estressores há uma atividade mental que, em parte, é racional e emocional, não necessariamente consciente ao indivíduo. Isso vai determinar o tipo de enfrentamento, ou como ele responderá a esses estímulos de ordens estressoras, considerando, entretanto as respectivas experiências na ordem das suas vivências negativas relacionadas ao estresse (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Além disso, o trabalho assume múltiplas qualidades que definem a identidade, a realização pessoal, entre homens e mulheres, mas ele também não deixa de ser causador de patologias e proporcionador, de bem ou mal-estar na vida psíquica e/ou biológica do indivíduo (GUIMARÃES; GRUBITS, 2004). Atualmente, a saúde ocupacional relacionada ao ambiente de trabalho, adota a Teoria da Multicausalidade, em que um conjunto de fatores contribui para a produção da doença, avaliados através da clínica e dos indicadores ambientais e biológicos de exposição. Mesmo diante de todo o conhecimento da Medicina do Trabalho, esses fatores são repetidos e descontextualizados da prática, ou seja, não são levados em consideração pelos gestores. Consequentemente, quando não há equilíbrio entre os componentes biológicos e psíquicos da personalidade, e os fatores sociais e do ambiente, surge um desequilíbrio propício ao aparecimento de doenças. Apesar de o Brasil apresentar inúmeros convênios e acordos internacionais com a OIT e Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que, quando não são respeitadas, levam à incidência de acidentes e ao acometimento de doenças profissionais (MAURO et al., 2004). Além dos três fatores que caracterizam a SB no indivíduo (*Exaustão Emocional*, *Diminuição da Realização Pessoal* e *Ceticismo*) é possível classificar os diferentes aspectos do trabalho ou do ambiente de trabalho que se associam ao desenvolvimento da síndrome em cinco blocos: sobrecarga, a falta de controle do indivíduo sobre os aspectos ambientais do trabalho, remuneração insuficiente, ausência de equidade e

conflitos de valores (BORGES et al., 2002; MASLACH; LEITER, 1999). Entretanto, a SB não apresenta exatamente um modelo explicativo em que estão sistematizadas as causas da síndrome classificando-as em desencadeantes e facilitadores. Entre os desencadeantes estão aspectos do ambiente de trabalho (conteúdo da tarefa, novas tecnologias, entre outros) ou da relação do indivíduo com o trabalho (desempenho de papéis, relações interpessoais, desenvolvimento de carreiras, entre outros); entre os aspectos facilitadores, estão os aspectos pessoais (características demográficas, variáveis de personalidade, entre outros) e do ambiente de trabalho (suporte social, estratégias coletivas de enfrentamento, entre outros) (DIEHL; CARLOTTO, 2014).

De uma forma mais simplificada, Campos (2008) apresenta três fatores que parecem estar integrados: despersonalização – caracterizando o *não quero mais*, esgotamento emocional envolvendo *não posso mais* e baixa implicação subjetiva ao trabalho individualizando o *não se importar*. O *burnout* se instala insidiosamente. É um estado que vai afetando a relação do indivíduo com o seu estado profissional. Esse fator ocorre de forma progressiva, que confere uma relação bastante negativa do sujeito com a sua esfera profissional (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGES, 2007).

Porém, o que chama atenção quanto ao desenvolvimento do *burnout* é que ele ocorre em profissionais altamente motivados, justamente quando este reage a um estresse no ambiente de trabalho e acaba em colapso, uma vez que não há reconhecimento por parte do superior hierárquico e colegas quanto ao empenho das suas atividades ou atribuições, há discrepância entre o trabalhador e aquilo que ele recebe (CARVALHO, MAGALHÃES, 2011).

O Maslach Burnout Inventory – MBI é o instrumento mais utilizado para identificar o *burnout*, houve uma expansão quanto a sua utilização em vários contextos culturais, além de ter motivado para a construção de outros instrumentos, porém, a forma de interpretação e apresentação dos resultados não evidenciou um padrão único, constatando insuficiências psicométricas quando adaptados a outros idiomas (BRAUN; CARLOTTO, 2013).

Com base nas insuficiências psicométricas identificadas no MBI, foi realizado um estudo de validação brasileira do questionário espanhol para avaliação da SB que é “Cuestionario para la Evaluacion del Sindrome de Quermarse por el Trabajo” – CESQT, este guarda similaridade com o MBI, entretanto, apresenta uma dimensão a mais, correspondendo a quatro dimensões, a saber: Ilusão pelo Trabalho que está relacionado a uma baixa expectativa em relação a ele; Desgaste Psíquico que é a exaustão emocional, a fadiga; a Indolência, refere-se à insensibilidade e indiferença quanto aos problemas do próximo e, por

fim, a quarta dimensão que é a culpa, relacionada ao mau desempenho no trabalho, podendo ainda nesse item identificar dois perfis, o perfil 1 e o perfil 2 (SIMÕES, 2014).

A culpa é um sentimento que o indivíduo apresenta por atitudes e comportamentos que não são pertinentes às normas internas, bem como, a própria cobrança da sociedade. Existem dois tipos de perfis: o Perfil 1, constitui um conjunto de sentimentos e comportamentos que estão relacionados ao estresse no trabalho, porém, não impossibilita para o exercício da função, nesse caso, ocorre baixo nível de Ilusão pelo Trabalho, com alto nível de Desgaste Psíquico e Indolência; ao passo que, o Perfil 2 caracteriza os casos mais graves decorrentes da SB; nesse caso, há sentimentos de culpa, de modo que requer o afastamento do trabalho (DIEHL; CARLOTTO, 2014).

Logo, a SB é caracterizada por ser um processo de perda de idealismo, proveniente de um estresse contínuo no ambiente laboral que pode prejudicar a qualidade de vida, uma vez que o profissional acometido apresenta uma exaustão intensa, é uma pessoa doente, sofre de insônia, cefaleia, úlcera, tensão muscular, fadiga crônica. É um fenômeno de grande relevância que deve ser levado em consideração com vistas à prevenção de riscos no ambiente de trabalho, uma vez que acarreta danos à saúde física, mental e social (CARLOTTO, 2011; COSTA et al., 2013).

2.4 Qualidade de vida no trabalho

Apesar dos avanços tecnológicos, o capital humano ou intelectual é considerado como o recurso mais valioso. Por essa razão, os gestores que se preocupam com o crescimento da empresa, devem estar atentos quanto à qualidade de vida dos seus trabalhadores, que são responsáveis pela condução do processo tecnológico. Esses trabalhadores são pessoas dotadas de conhecimentos, habilidades e personalidades que devem ser consideradas, principalmente no ambiente de trabalho, que deve permear condições favoráveis para uma boa qualidade de vida dos que *vestem a camisa* e se doam no trabalho (CARVALHO et al., 2013).

O termo *capital humano* foi amplamente difundido no Brasil nos anos 60, em que a educação no período pós-guerra ganhou importância, uma vez que passou a ser vista como fator de crescimento econômico e buscava a disponibilidade de uma força de trabalho de qualidade. Apesar das vicissitudes, a economia da educação foi retomada nos anos 80, como sendo importante para o bem-estar dos povos, assim como para responder às novas demandas da economia. A proporção aumentou nos anos 1990 e, neste período, houve uma preocupação

quanto à ideia de aplicar a palavra *capital* a seres humanos, pois, assim sendo, iriam ferir o humanismo (PAIVA, 2001).

Entretanto, o *capital humano* ou *capital intelectual* está associado ao movimento capitalista de educação corporativa, a atividade educacional constitui um componente da produção. Nesse sentido, merece destaque o planejamento de políticas educacionais, amplamente difundido no Estado Neoliberal, gerando um novo modelo de trabalhador que atenda às necessidades de um mercado competitivo e globalizado. O capital intelectual passa a ser nomeado pelo sucesso ou fracasso do desenvolvimento das forças produtivas. Esse novo modelo prima por um novo perfil profissional, mais qualificado, mais competente, com novos saberes para atender ao mercado informal ou precário de trabalho nas empresas, o que leva a implicações de médio e longo prazo, como a instabilidade vivida pelo trabalhador, a exemplo das doenças psicossomáticas, acidentes e agravos à saúde de uma forma geral (SANTOS, 2014).

As implicações do processo de globalização que teve início com a Revolução Industrial ocasionou impacto na saúde do trabalhador, que trabalha estressado para atender às demandas do mercado, de novas tecnologias, novas formas de gestão de pessoas, de organização do trabalho, incentivando a competitividade entre os profissionais e mais qualificação, acirrando a concorrência. Inseriu novos fatores condicionantes à Qualidade de Vida (QV), conseqüentemente, novos desafios no que tange à sua melhoria (FARIAS; ZEITOUNE, 2004).

Neste aspecto, os gestores estão percebendo a importância da qualidade de vida dos seus funcionários, uma vez que ela se reflete em uma organização mais saudável, competitiva e produtiva (GONÇALVES et al., 2015).

Mas, o que vem a ser *qualidade de vida no trabalho*? Existem vários conceitos, o importante é lembrar que o conceito envolve o aspecto físico, ambiental, além dos aspectos psicológicos do local de trabalho, ou seja, *é a busca do equilíbrio físico, psíquico e social no trabalho* (GONÇALVES et al., 2015; RIBEIRO, SANTANA, 2015). Para Chiavenato (1999, apud FARIAS; ZEITOUNE, 2004), não se pode determinar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) apenas por características individuais de cada indivíduo, que estão ligadas aos valores, expectativas e necessidades, nem aos aspectos situacionais relacionados ao próprio contexto do ambiente de trabalho. Deve-se determinar a QVT, acima de tudo, através das características configuradas no mundo subjetivo de cada trabalhador. A QVT agrega aspectos que estão associados ao próprio ambiente, condições e organização do trabalho.

Em estudos sobre qualidade de vida, os parâmetros levados em consideração são os indicadores econômicos e sociais, uma vez que este último é considerado como crítico para definir o bem-estar de uma nação. O termo ganhou notoriedade pelos estudiosos e pesquisadores a partir da década de 1960, principalmente, após o discurso do presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, que se utilizou do termo *qualidade de vida* como compromisso, a fim de assegurar a sociedade estruturas mínimas que lhes promovessem a perseguição da felicidade. A partir daí, muitos outros políticos também passaram a utilizar o termo em seus discursos de campanhas eleitorais (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Desta forma, a qualidade de vida passou a ser relacionada com a promoção da saúde que está inserida nas Políticas Públicas. Além disso, é considerada como uma importante medida de impacto da saúde, que visa diminuir o risco de doenças e aumentar a saúde ou qualidade de vida (CAMPOS; NETO, 2008).

A Qualidade de Vida no Trabalho é um tema que vem ganhando notoriedade. Conhecer a qualidade de vida de uma determinada empresa ou organização é importante para identificar as necessidades de saúde para, assim, priorizar as ações, uma vez que a globalização tem gerado conflitos institucionais no que tange à competição acelerada do mercado de trabalho. Passou a ser necessidade das empresas à preocupação com a saúde física e mental dos seus colaboradores, por isso, se discute na atualidade quanto à implantação da Gestão de Qualidade de Vida na empresa, com o objetivo de identificar a importância do funcionário para a instituição e proporcionar ambientes de trabalho saudáveis (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

Quando se reporta à qualidade de vida, é impossível não associá-la à saúde. Nesse aspecto, vale lembrar que as condições de morbimortalidade devem ser levadas em consideração. Porém, ainda se vivenciam problemas de doenças infecto parasitárias, já eliminadas em outros países, bem como condições de infraestrutura urbana básica, problemas com doenças crônicas não infecciosas e o aparecimento de novos desafios no mundo atual, que é o estresse (BUSS, 2000).

A saúde é considerada como um direito social, só a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988, no artigo 6º em que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado. No entanto, vale salientar que a compreensão de saúde, não representa a mesma coisa para todos, haja vista que reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, além de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, não apenas a ausência de doença, mas envolve um completo bem-estar físico, mental e social (SANTOS, 2011).

Através da busca de uma qualidade de vida financeira melhor, o professor universitário tende a se capacitar cada vez mais para chegar a uma remuneração mais adequada ao seu padrão de vida. Devido a essa busca e à falta de reconhecimento salarial, o professor universitário poderá vir a sofrer um adoecimento físico, psíquico, emocional e, muitas vezes, espiritual, trazendo agravos permanentes em relação à sua qualidade de vida, desinteresse e esgotamento laboral (GARCIA; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

O *estresse* é tão presente entre os docentes de forma geral, que estudos apontam que essa parcela da população pode enfrentar dificuldades no trabalho e estes merecem atenção e cuidado diferenciados. Além disso, os fatores estressantes ou as razões estressoras estão presentes na vida desses profissionais. Os estressores mais citados são a *questão salarial* e os *compromissos relacionados à atividade laboral*. Como consequência, esses estudos retratam que as manifestações de *estresse* nos professores universitários, influenciam em sua personalidade podendo, também, ocasionar conflitos de relações interpessoais. (CHRISTOPHORO; WADMAN, 2002; JEPSON; FORREST, 2006; OLIVEIRA; CARDOSO, 2011).

Oliveira e Cardoso (2011) mostraram ainda que os docentes com filhos apresentaram um indicativo maior de *estresse* em relação aos docentes que não possuíam filhos. Nesse ínterim, percebe-se que o *estresse* afeta a saúde do trabalhador docente, impactando no desempenho e na qualidade do trabalho deste Profissional.

O *estresse* também está associado a doenças ocupacionais que interferem na qualidade de vida do professor universitário. Está intrinsecamente ligado à pressão profissional, representada pela carga horária elevada e pela competitividade em busca de melhorias salariais. Outros motivos associados à qualidade de vida desse profissional são: fatores psicossociais; o ambiente de trabalho; dupla ou extra jornada de trabalho que podem levar à exaustão emocional; assim como, o sedentarismo e a postura inadequada (ANDRADE et al., 2012; BAIÃO, CUNHA, 2013).

Todos esses aspectos, concomitantemente com o excesso de trabalho em condições não satisfatórias, levam a uma exaustão ocupacional, gerando aumento da pressão em relação à produtividade como professor, conforme mostram Oliveira Filho, Netto-Oliveira e Oliveira, A. (2012) e Nunes et al. (2014), influenciando na promoção do bem-estar, promovendo mais entusiasmo e reduzindo comorbidades nesses profissionais. Além disso, a qualidade de vida alterada desse trabalhador pode levá-lo a absenteísmos e ao afastamento de suas atividades laborais.

Diante desse contexto, as condições de trabalho em relação aos professores universitários têm mostrado que a qualidade de vida nesse grupo vem sendo afetada por problemas de saúde. Oliveira Filho et al (2012, p. 57) retratam que “as exigências decorrentes [da] atuação acadêmica [dos professores universitários] podem influenciar negativamente seu estilo de vida e, conseqüentemente, diferentes aspectos de sua qualidade de vida (QV)”. Um exemplo desses agravos é a Síndrome de *Burnout*, que se caracteriza pela diminuição da realização profissional, alterações de humor, sobrecarga de tarefas, de onde decorrem o estresse ocupacional e a tensão pelo aumento de publicações acadêmicas (BENEVIDES-PEREIRA, 2012; OLIVEIRA, CARDOSO, 2011; OLIVEIRA FILHO, NETTO-OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2012).

As doenças e/ou disfunções ocupacionais mais comuns no meio docente apresentadas na literatura científica são estresse laboral, depressão, distúrbios da voz e musculoesqueléticos, exaustão emocional, Síndrome de *Burnout* e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as quais demonstram relação com a QVT (BAIÃO; CUNHA, 2013). Sendo assim, a Síndrome de *Burnout* é descrita por Batista et al. (2010) como sendo um esgotamento psicossocial da pessoa devido à falta de energia, causada por agentes estressores que permitem o distanciamento pessoal, o afastamento do emprego e o isolamento. Tudo isso deve-se ao fato de estes profissionais encontrarem situações no trabalho que os levam a problemas interpessoais por conta do contato direto com outros indivíduos.

Para analisar a qualidade de vida das pessoas, foi elaborado um instrumento pela Organização Mundial da Saúde chamado WHOQOL, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida, sendo considerado hoje como o instrumento mais utilizado internacionalmente, disponível em mais de 40 países e em duas versões. A versão longa (WHOQOL-100) é a primeira versão considerada mais genérica, fundamentada em seis domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente e Espiritualidade. A versão abreviada (WHOQOL-BREF), é composta de 26 itens e organizadas em quatro dimensões: *física; psicológica; relações sociais e ambiente*, além de uma faceta sobre Qualidade de Vida Geral, dividida em dois itens, um a respeito da Qualidade de Vida em Geral e o outro sobre a percepção geral da saúde (CANAVARRO et al., 2010).

O WHOQOL constitui-se de um questionário autoaplicável que analisa a percepção dos participantes em seu contexto, sua cultura e valores. Aponta a subjetividade de cada um, a multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas como fundamentais para se referir à qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua vida, através da cultura,

valores relacionadas com o seu cotidiano, envolvem objetivos e expectativas, pensamentos e preocupações com a sua vida.

Desta forma, estudar a percepção dos professores universitários sobre a qualidade de vida é importante, uma vez que a cobrança do mundo globalizado e das novas tecnologias, bem como as mudanças no processo de trabalho têm ocasionado risco de adoecimento dos trabalhadores, o que prejudica a qualidade de vida.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa, com abordagem quantitativa. De acordo com Richardson (2007), a abordagem quantitativa se caracteriza pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meios de técnicas estatísticas, desde a mais simples como *percentual*, *média*, *desvio padrão*, até as mais complexas, como *coeficiente da correlação* e *análise de regressão*. Também está relacionada ao pensamento positivista lógico, enfatizando o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana. Esta transforma as opiniões e informações em números, para classificá-las e analisá-las, utilizando recursos e técnicas estatísticas. Uma pesquisa quantitativa pode conduzir o pesquisador para a escolha do problema a ser investigado em toda sua complexidade, utilizando, para isso, métodos e técnicas qualitativas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Ciências da Saúde (CCS) e no Centro de Ciências Médicas (CCM) ambos pertencentes ao Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (integrado por uma população total de 2.085 professores, segundo dados da Superintendência de Tecnologia da Informação da Universidade Federal da Paraíba). A escolha do local ocorreu em virtude da pesquisadora ser docente da instituição, conhecendo de perto os problemas enfrentados pelos docentes.

Para tanto, o CCS divide-se em doze (12) departamentos e uma Escola Técnica em Saúde, dos quais fizeram parte: Departamento de Ciências Farmacêuticas; Departamento de Clínica e Odontologia Social; Departamento de Educação Física; Departamento de Enfermagem Clínica; Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva; Departamento de Fisiologia e Patologia; Departamento de Fisioterapia; Departamento de Fonoaudiologia; Departamento de Morfologia; Departamento de Nutrição; Departamento de Odontologia Restauradora e Departamento de Terapia Ocupacional.

Já o CCM conta com cinco (5) departamentos: Departamento de Cirurgia; Departamento de Medicina Interna; Departamento de Ginecologia e Obstetrícia; Departamento de Pediatria e Genética; Departamento de Promoção à Saúde.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por todos os docentes dos Cursos de Graduação do CCS e do CCM, Campos I – UFPB que estavam em efetivo exercício, totalizando 513 indivíduos. Destes, o total de professores pertencentes ao CCS é de 411, e 157 docentes do CCM, segundo a STI. Foram excluídos os docentes da Escola Técnica de Saúde, 36 indivíduos, por não atuarem na graduação (Tabela 01).

Tabela 01 – Quantitativo de docentes lotados nos Departamentos do CCS e CCM da UFPB, João Pessoa – PB, Brasil, 2016.

Centro	Departamento	Nº professores cadastrados	Nº professores em atividade	Amostra	Coletado
CCS	Ciências Farmacêuticas	42	32	17	19
	Clínica e Odontologia Social	53	48	26	27
	Educação Física	44	24	11	10
	Enfermagem Clínica	36	36	20	21
	Enfermagem e Saúde Coletiva	30	30	15	14
	Fisiologia e Patologia	35	31	17	15
	Fisioterapia	44	30	15	15
	Fonoaudiologia	25	25	13	12
	Morfologia	29	29	16	07
	Nutrição	28	28	14	15
	Odontologia Restauradora	26	24	12	13
	Terapia Ocupacional	19	19	10	10
CCM	Cirurgia	40	40	22	26
	Medicina Interna	48	48	27	31
	Ginecologia e Obstetrícia	18	18	09	12
	Pediatria e Genética	14	14	06	10
	Promoção à Saúde	37	37	20	26
TOTAL:		568	513	270	283

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para a seleção da amostra, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória por acessibilidade. De acordo com Lakatos e Marconi (2010), nesse método cada membro da população terá a mesma probabilidade de ser escolhido.

Para o cálculo da amostra foi considerado o número de docentes atuantes em cada Departamento do CCS e CCM, sendo excluídos os professores afastados para capacitação, licença médica, entre outros.

Considerando o nível de significância (α) de 5%, como chances de errar e 95% de confiança como chances para acertar, obteve-se o cálculo da amostra através do Programa Estatístico R, versão 3.2.0., ela foi realizada considerando a seguinte fórmula (MARTINS, 2001):

$$n = \frac{\sum_{i=1}^k \left(\frac{N_i^2 \hat{p}_i (1 - \hat{p}_i)}{W_i} \right)}{N^2 D + \sum_{i=1}^k N_i \hat{p}_i^2 (1 - \hat{p}_i)}$$

Onde, $\hat{p}_i$ corresponde à estimativa da verdadeira proporção do estrato i ; $W_i = N_i/N$ corresponde ao peso de cada estrato, considerando que N_i é a população geral composta pela soma de todos os estratos, N é a população total; $D = d^2/Z^2$, sendo d o erro amostral, expresso em decimais, e Z a abscissa da distribuição normal padrão; k é igual ao número de estratos.

Considerando $p_i = 0,5$, $d = 0,05$ e $Z = 1,96$, obteve-se uma amostra constituída de 185 docentes para o CCS e 85 docentes para o CCM, totalizando 270 participantes. Contudo, durante a fase empírica do estudo, e tendo em vista as dificuldades enfrentadas para encontrar os docentes, além da significativa recusa de alguns em participar do estudo, a coleta de dados do CCS foi concluída com 178 docentes e 105 do CCM.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo um ano de atuação efetiva na graduação e/ou pós-graduação; estar lotado em um dos departamentos do CCS ou CCM. Foram excluídos do estudo àqueles docentes em afastamento por diversos motivos (em capacitação, licença médica, cessão, entre outros).

3.5 Procedimentos e instrumento para coleta de dados

A pesquisa percorreu as seguintes etapas:

- a) Inicialmente, foi elaborado um projeto de pesquisa, o qual foi apresentado em reunião do Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde – GEPAIE no dia 08 de abril de 2015. Em seguida, ele foi encaminhado para homologação pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, a fim de obter a aprovação e emissão da certidão para juntamente com as cartas de anuências dos diretores do Centro de Ciências Médicas e do Centro de Ciências da Saúde, serem submetidas ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP de CCS/UFPB.
- b) No dia 04 de maio de 2015, o projeto foi aprovado pelo CEP sob o número do CAAE: 43914115.4.0000.5188 e número do parecer: 1.047.333. De posse da certidão de

aprovação pelo CEP, foi dado início a coleta de dados. Durante esta etapa, os profissionais foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa no momento da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apenas responderam ao questionário após a assinatura dele. Foram coletadas as respostas dos participantes do estudo do Departamento de Enfermagem Clínica e Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva, que rendeu a primeira publicação, fruto desse estudo na Revista *International Archives of Medicine* (IAM).

- c) Durante o período da coleta de dados, especificamente no dia 28 de maio de 2015, foi deflagrada a greve geral dos professores, que durou mais de quatro meses, fato que comprometeu o andamento da coleta de dados nos demais departamentos. Com o fim da greve, em 06 de outubro de 2015, e o consequente retorno das atividades docentes, a coleta foi reiniciada e foi concluída após o retorno do recesso natalino, em março de 2016.
- d) Por fim, os dados foram tabulados a partir das respostas oriundas dos questionários respondidos e, em seguida, analisados através da estatística descritiva e inferencial, com as quais foram formulados os resultados por meio de tabelas e gráficos e discutidos à luz da literatura pertinente.

Os dados empíricos foram coletados através de três instrumentos:

- a) Questionário de Dados Sociodemográficos e Profissionais – APÊNDICE A: este se apresenta em perguntas abertas e fechadas de múltipla escolha, de fácil aplicação e resposta;
- b) Questionário para identificação da Síndrome de *Burnout* – CESQT – ANEXO A: o instrumento espanhol para avaliar a Síndrome de *Burnout* nos profissionais da educação, o “*Cuestionario para la Evolución del Síndrome de Quemarse por el trabajo* – CESQT-PE” foi adaptado e validado no Brasil por Gil-Monte, Carlotto e Câmara, no ano de 2010, foi inspirado no *Maslach Bournout Inventory – Educators Survey* (MBI-ES), que este não substitui o diagnóstico realizado por um Médico ou Psicoterapeuta.
- c) Questionário sobre Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref – ANEXO B: já validado pela Organização Mundial da Saúde, possui questões de múltipla escolha, com respostas em escala de Likert que variam de 1 a 5, de fácil resposta e aplicação, procurando avaliar a qualidade de vida (OMS, 1998).

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e digitados em planilha eletrônica. Realizou-se a análise descritiva dos dados, considerando as frequências relativas e porcentagens calculadas, apresentando-os em forma de figuras e tabelas. Para Reis (1998), a estatística descritiva tem como finalidade básica sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo uma visão global da variação desses valores, de forma a organizar e descrever dados de três maneiras: por meio de gráficos; tabelas e medidas descritivas.

Os dados provenientes dos questionários CESQT e WHOQOL-bref foram analisados de acordo com as recomendações. O CESQT apresenta 20 itens, distribuídos em quatro dimensões ou subescalas, a saber: a) Ilusão pelo trabalho, formada por 5 itens; b) Desgaste psíquico, por 4 itens; c) Indolência, 6 itens; e d) Culpa, por 5. Para responder os itens presentes em cada subescala, o questionário traz uma escala de frequência que varia de 0 (Nunca), 1 (Raramente), 2 (Às vezes: algumas vezes por mês), 3 (Frequentemente), e 4 (Diariamente).

O modelo teórico que fundamenta o CESQT apresenta, na quarta dimensão, o sentimento de *culpa*, que aparece posteriormente às outras dimensões e não necessariamente se desenvolve em todos os indivíduos. Essa característica faz gerar dois perfis. O perfil 1, que origina uma forma moderada de mal-estar, mas não incapacita a pessoa para o exercício do trabalho, sem culpa; e o perfil 2, inclui o sentimento de culpa (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010).

Salienta-se, que para a identificação da síndrome de *burnout* ou SQT, foram calculadas as pontuações diretas (PD) para cada subescala (obtidas pelo somatório das respostas da escala de Likert e em seguida divididas pelo número correspondente ao total de questões da dimensão) e outra pontuação para o SQT total. Em seguida, as PD foram comparadas com valores dispostos em um “barema” disponível no Manual de CESQT por Gil-Monte (2011), onde foram levantados os percentis correspondentes (Pc). Logo, para a identificação de sintomas da síndrome de *burnout* considerados como caso crítico, foram considerados os Pc do SQT total e comparados a seguinte escala: crítico > 89; alto entre 67 e 89; médio de 34 a 66; baixo de 11 a 33; e, muito baixo <11. Ou ainda, puderam ser considerado os valores das PD calculadas, onde as baixas pontuações no componente “ilusão pelo trabalho” (< 2) e altas pontuações para “desgaste psíquico” (≥ 2), pressupõe altos níveis de *burnout*

Para a classificação dos avaliados em perfil 1 ou perfil 2, foram considerado aqueles que apresentassem o percentil de SQT (Síndrome de Quemarse por el Trabajo) total, valor calculado segundo o manual, classificado como *alto* ou *crítico* e o componente *culpa* alto, como perfil 2. Ao passo que aqueles que apresentassem o SQT total *alto* ou *crítico*, mas não obtiveram o componente *culpa* alto, como perfil 1 (GIL-MONTE, 2011).

Também foi calculado o alfa de *Cronbach* para cada domínio apresentado pela SB e para o SQT total. O coeficiente alfa de *Cronbach* é utilizado para medir a consistência interna do instrumento de medida; pode variar entre 0 e 1, de modo que, quanto mais próximo de 0 (zero), menor a consistência, ao passo que, quanto mais próximo de 1, maior a consistência do teste (ANJOS; ANDRADE, 2012).

O WHOQOL-bref, por sua vez, foi validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida (1- Percepção da qualidade de vida, 2- Satisfação com a saúde) e as demais, 24, representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Diferente do WHOQOL-100 onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref, cada faceta é avaliada por apenas uma questão, que é de múltipla escolha, com respostas em escala de Likert que variam de 1 (Nada), 2 (Muito pouco), 3 (Médio), 4 (Muito), a 5 (Completamente), de fácil resposta e aplicação, procurando avaliar a qualidade de vida.

As 24 facetas são divididas em 4 domínios:

1. Físico (Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Mobilidade; Atividade da vida cotidiana; Dependência de medicação ou de tratamentos; Capacidade de trabalho);
2. Psicológico (Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Auto-estima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos; Espiritualidade/religião/crenças pessoais);
3. Relações sociais (Relações pessoais; Suporte (Apoio) social; Atividade sexual);
4. Meio ambiente (Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Participação em, e oportunidade de recreação/lazer; Ambiente físico – poluição/ruído/trânsito/clima; Transporte).

Além disso, apresentaram-se os resultados dos domínios entre as escalas de 4 a 20 e de 0 a 100. Nestes, devem-se considerar que quanto mais próximo de 20 ou 100, respectivamente, melhor será considerada a avaliação do domínio.

Para realizar a análise do WHOQOL-bref foi necessário recodificar o valor das questões 3, 4 e 26, onde (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) e (5=1). Em seguida, foi realizada a análise das questões 1 e 2, referentes à qualidade de vida geral, e das 24 facetas, de modo que foram somados os valores das entrevistas (de 1 a 5) e divididos pelo número de participantes. A partir de então, foi calculada a média de cada domínio, cujo cálculo dependeu do número de facetas contidas em cada domínio, como visto na Tabela 01. Ao Domínio 1 foram somados os valores das médias das facetas 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18, e divididos por 7 (quantidade de facetas). O mesmo formato foi realizado nos demais domínios: Domínio 2 = $(Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+Q26)/6$; Domínio 3 = $(Q20+Q21+Q22)/3$; Domínio 4 = $(Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25)/8$. Assim, todos os resultados, dos 4 domínios, das 24 facetas e das questões 1 e 2, vão ser apresentados como uma média. De acordo com o resultado obtido, foi realizada a classificação: Necessita melhorar (quando for 1 até 2,9), “Regular” (3 até 3,9), “Boa” (4 até 4,9) e “Muito boa” (5).

Após a análise descritiva e a análise dos questionários, realizou-se a aplicação de um Teste de Hipóteses entre as variáveis pertinentes ao nível de *burnout* e à classificação para qualidade de vida de cada domínio, com o intuito de investigar possíveis relações entre qualidade de vida e *burnout*.

O teste de hipóteses consiste em uma regra de decisão elaborada para rejeitar (ou não) uma afirmação (hipótese) a respeito de um parâmetro populacional desconhecido, baseado em informações colhidas de uma amostra aleatória. Caracteriza-se como um método de inferência estatística, que utiliza dados de um estudo científico para tomar uma decisão. Este procedimento estatístico é utilizado para avaliar alegações sobre o todo, a partir das informações contidas em uma amostra (TRIOLA, 2005).

Uma hipótese estatística se trata de uma afirmação/suposição sobre uma característica da população que pode ou não ser verdadeira. A veracidade de uma hipótese estatística nunca é conhecida, isso acontece apenas quando se examina toda a população, sendo impraticável na maioria das situações. Logo, formulada uma determinada hipótese, é preciso coletar dados empíricos e, com base neles, decide-se sobre a sua validade ou não (VIALI, 2014). Além disso, as hipóteses serão formuladas a partir de componentes de estimação: média; proporção e variância (DORIA FILHO, 1999).

Para tanto, são componentes formais para o teste de hipótese: hipótese nula (H_0); hipótese alternativa (H_1); Estatística do teste; região crítica; nível de significância (α); valor crítico; p-valor; erro tipo I(α) e erro tipo II(β) (TRIOLA, 2005). Nesse sentido, é importante seguir algumas etapas para realizar um teste de hipóteses, as quais são: 1 – formular as

hipóteses nulas (H_0) e alternativas (H_1); 2 – decidir qual estatística do teste será utilizada para julgar a H_0 ; 3 – definir o nível de significância (α); 4 – Determinar a região crítica; 5 – utilizar os valores amostrais para calcular o valor da estatística do teste; 6 – tomar a decisão, considerando se o valor encontrado pertence ou não à região crítica a fim de rejeitar ou não a H_0 (LIMA NETO, 2015).

A *hipótese nula* (H_0) se caracteriza pela hipótese a ser testada, é expressa sempre por uma igualdade. Essa igualdade pode ser entendida por meio de uma igualdade simples “=”, por meio de situações do tipo maior ou igual “ $\geq$ ”, ou ainda por meio de situações do tipo menor ou igual “ $\leq$ ”. Já a *hipótese alternativa* (H_1) sempre estabelece uma desigualdade, a qual pode ser entendida por meio de uma diferença simples “ $\neq$ ”, por meio de situação do tipo maior “ $>$ ”, ou por meio de situação do tipo menor “ $<$ ”.

Com relação ao componente “*região crítica*”, do teste de hipóteses, trata-se da área onde a estatística do teste levará à rejeição da H_0 . Esta pode acontecer de forma unilateral, onde a região crítica se localiza para o lado da cauda, podendo ser esquerda ou direita; ou bilateral, onde a região crítica estará nas duas extremidades.

Conforme é definido por Triola (2005), quando o valor da estatística do teste estiver inserido em uma dessas regiões críticas, deverá ter como *regra de decisão* a rejeição da H_0 ; e, quando o valor da estatística do teste não estiver na região crítica, então não se rejeita a H_0 , já que não há evidências suficientes para que isso aconteça.

Com isso, a decisão de rejeitar ou não a H_0 , baseia-se em dados amostrais, os quais são utilizados para calcular o valor da *Estatística do Teste* que servirá como valor para a tomada de decisão (LIMA NETO, 2015).

No que se refere ao *valor crítico* do teste, sabe-se que este é obtido a partir do *nível de significância* utilizado (TRIOLA, 2008); em outras palavras, o valor crítico do teste é considerado como o valor, ou os valores, que separam a região crítica da região de não rejeição (LIMA NETO, 2015). Abaixo, pode-se visualizar os *níveis de confiança* mais utilizados e seus respectivos valores de significância (α) e valores críticos em Z.

Tabela 02 – Níveis de confiança/significância e seus respectivos valores críticos em Z.

Níveis de confiança	Nível de significância (α)	Valor crítico ($z_{\alpha/2}$)
90 %	0,10	1,64
95%	0,05	1,96
99%	0,01	2,57

Fonte: TRIOLA, 2008.

É importante destacar que, ao realizar um teste de hipóteses, estamos sujeitos a quatro decisões: a) Não rejeitar H_0 , quando esta é verdadeira; b) Rejeitar H_0 quando esta é verdadeira; c) Não rejeitar H_0 , quando esta é falsa; d) Rejeitar H_0 , quando esta é falsa (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). No entanto, duas dessas decisões ocasionam erros, a saber: o erro do tipo I, conhecido como erro de rejeição ou erro α , é aquele que ocorre quando se rejeita a H_0 , quando H_0 é verdadeira. Já o erro tipo II, conhecido como erro de aceitação ou erro tipo β , ocorre quando não se rejeita a H_0 , quando ela é falsa. Logo, para que haja controle sobre o erro tipo II, se faz necessário o aumento do n (TRIOLA, 2005).

Em outras palavras, o pesquisador pode errar no ato de rejeitar uma hipótese nula cometendo o erro tipo I, ou pelo contrário, pode errar rejeitando a hipótese alternativa verdadeira cometendo o erro tipo II, conforme pode ser visualizado no Quadro 01.

Quadro 01 – Identificação de Erros Tipo I (α) e Tipo II (β) para o Teste de Hipóteses

		Hipótese nula verdadeira	Hipótese nula falsa
Decisão	Rejeitar Hipótese nula	Erro tipo I (α): Rejeitar Hipótese nula verdadeira	Decisão correta
	Não rejeitar hipótese nula	Decisão correta	Erro tipo II (β): deixar de rejeitar Hipótese nula falsa

Fonte: TRIOLA, 2005.

Logo, o Teste de Hipóteses escolhido foi o Teste de Independência ou Teste de Associação. Este tipo de teste é utilizado com o objetivo de verificar a existência de uma possível associação entre diferentes variáveis X e Y com r e s categorias, respectivamente, testando se há associação entre as frequências observadas e as frequências esperadas de uma característica da amostra, a partir de informações contidas em uma tabela de contingência (TRIOLA, 2005). Portanto, para o Teste de Independência definiu-se como hipóteses:

Tabela 03 – Hipóteses para o Teste de Independência

Teste	Hipóteses
Teste unicaudal à direita	H_0 : as variáveis são independentes H_1 : as variáveis são dependentes

Fonte: TRIOLA, 2005.

Neste caso, cabe destacar que a H_0 : as variáveis são independentes, corresponde à existência de divergências entre as frequências observadas e esperadas; e o contrário acontece com a H_1 : as variáveis são dependentes, o que significa dizer que as variáveis guardam dependência entre as frequências observadas e esperadas. Ou seja, quando o teste identificar a dependência para o caso das variáveis do estudo, isso poderá corresponder à existência de associação entre ter burnout e classificar a qualidade de vida como regular, por exemplo.

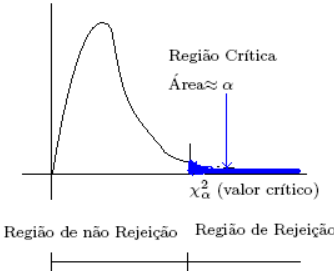
Assim, a estatística do teste de Independência é definida pelo teste qui-quadrado (χ^2), o qual pode determinar se a ocorrência de uma das variáveis afeta a probabilidade de ocorrência de outra variável (LARSON; FARBER, 2010). Nesse sentido, a estatística do teste é representada pela fórmula:

$$\chi^2_{calc} = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Onde, O_i corresponde à frequência observada; E_i corresponde à frequência esperada. Ainda, quando as frequências observadas quase se encaixam com as esperadas, as diferenças existentes entre O_i e E_i serão menores e o teste estatístico qui-quadrado será próximo a 0, com isso, a hipótese nula não deve ser rejeitada. Porém, quando as diferenças entre O_i e E_i são grandes, o teste estatístico qui-quadrado também será grande, neste caso, a hipótese nula deve ser rejeitada (LARSON; FARBER, 2010).

Diante disto, a estatística do teste nos permite medir o grau de discordância entre as frequências realmente observadas e as esperadas quando as duas variáveis são independentes. Nesse sentido, a regra de decisão será baseada nos graus de liberdade $(r - 1) \times (s - 1)$, a um nível de significância α , conforme pode ser visualizado na tabela abaixo (TRIOLA, 2005).

Tabela 04 – Regra de Decisão para o Teste de Independência

Teste	Região Crítica	Regra de Decisão
Teste unicaudal à direita com:		Não rejeita H_0
$\chi^2_{calc} < \chi^2_{1-\alpha}$		
$\chi^2_{calc} > \chi^2_{1-\alpha}$		Rejeita-se H_0

Fonte: TRIOLA, 2005.

Foram consideradas, como Hipóteses para a tomada de decisão:

- a. Hipótese nula: não existe dependência/ associação entre as dimensões do burnout alteradas negativamente com os domínios de qualidade de vida classificados como regular/precisa melhorar;
- b. Hipótese alternativa: existe dependência/ associação entre as dimensões do burnout alteradas negativamente com os domínios de qualidade de vida classificados como regular/precisa melhorar.

3.7 Considerações éticas

É oportuno esclarecer que esta pesquisa obedeceu aos princípios éticos inerentes às pesquisas envolvendo seres humanos, tais como: anonimato; respeito à pessoa; garantia de máximo benefício individual e comunitário e igual consideração dos interesses dos envolvidos, conforme determina a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país (BRASIL, 2013). A coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (CEP/CCS/UFPB), com CAEE nº 43914115.4.0000.5188 (Anexo C). Logo, para a participação da pesquisa, o docente era esclarecido sobre os objetivos do estudo, bem como da sua anuência mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – APÊNDICE B.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados por Centro, sendo assim, os resultados e a discussão serão apresentados separadamente por tópicos: 4.1 – Apresentação e caracterização dos docentes lotados no CCS e CCM/UFPB; 4.2 – Apresentação dos resultados para os docentes lotados no CCS e CCM acerca da Síndrome de *Burnout*; 4.3 – Apresentação dos resultados para os docentes lotados no CCS e CCM acerca da qualidade de vida segundo o WhoQOL-Bref; 4.4 – Apresentação do Teste de Associação entre *qualidade de vida* e Síndrome de *Burnout* para os docentes do CCS e CCM/UFPB.

4.1 Apresentação e caracterização dos docentes lotados no CCS e CCM/UFPB

A amostra desse estudo foi composta por 283 docentes de nível superior, 178 (62,9%) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), dividido em 12 departamentos e 105 (37,1%) do Centro de Ciências Médicas (CCM), dividido em cinco departamentos. A partir dos dados apresentados na tabela 05, observa-se que o CCS forneceu um maior número de participantes, isso porque ele apresenta um quantitativo maior de departamentos quando comparado ao CCM. Tal fato explica o número maior de participantes em alguns dos departamentos do CCM, como é o caso de Cirurgia, Medicina Interna e Promoção à Saúde, com 26, 31 e 26 docentes respectivamente.

A expansão da Educação Superior no Brasil apresenta uma relação com o desenvolvimento econômico e social do país, vem crescendo, principalmente com o aumento das instituições de ensino, viabilizada pela Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional, com a estratégia de interiorização e aumento de vagas nas grandes metrópoles. Essa política expansionista reflete as exigências do mercado para a abertura de novos cursos e a possibilidade de formação superior no período noturno e à distância, o que tem fomentado discussões quando se trata de cursos da área da saúde, em que o foco é a pessoa humana (TEIXEIRA et al., 2013)

Fernandes et al (2013) acrescenta com a LDB, o sistema educativo passou a aumentar a oferta de cursos de modo indiscriminado, sem controle, apenas pela necessidade advinda de demandas aumentadas em determinadas regiões do país. Este fato tem ocasionado desigualdades geográficas dos cursos, principalmente pela privatização em crescimento também desordenado, trazendo uma formação cada vez mais distante dos padrões mínimos de qualidade.

Tabela 05 – Quantitativo de docentes lotados nos Departamentos do CCS e CCM da UFPB participantes do estudo, João Pessoa-PB, Brasil, 2016

Centro	Departamento	Nº de docentes	(%)
CCS	Ciências Farmacêuticas	19	10,7
	Clínica e Odontologia Social	27	15,2
	Educação Física	10	5,6
	Enfermagem Clínica	21	11,8
	Enfermagem e Saúde Coletiva	14	7,9
	Fisiologia e Patologia	15	8,4
	Fisioterapia	15	8,4
	Fonoaudiologia	12	6,8
	Morfologia	07	3,9
	Nutrição	15	8,4
	Odontologia Restauradora	13	7,3
	Terapia Ocupacional	10	5,6
	SUBTOTAL	178	62,9
CCM	Cirurgia	26	24,8
	Medicina Interna	31	29,5
	Ginecologia e Obstetrícia	12	11,4
	Pediatria e Genética	10	9,5
	Promoção à Saúde	26	24,8
	SUBTOTAL	105	37,1
	TOTAL:	283	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para testar a confiabilidade interna dos dados coletados para a SB, foi realizado o cálculo do alfa de *Cronbach* para ambos os Centros participantes do estudo, segundo cada dimensão de *burnout*. Os resultados do alfa de *Cronbach* revelam que todas as dimensões obtiveram p-valores maiores que 0,7 (IP=0,79; DP=0,2; In= 0,78; C=0,71, SQT= 0,72). Assim, todos os dados apresentados pelas dimensões de burnout demonstram significativa consistência interna e, por isso, são significativos para representar a realidade. Outras estatísticas também foram calculadas como a média e o desvio-padrão (Tabela 06).

Tabela 06 – Média, Desvio-padrão e Consistência Interna (alfa de *Cronbach*) das dimensões do CESQT- CCS e CCM/ UFPB, João Pessoa-PB, Brasil, 2016

Dimensões	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach
Ilusão pelo trabalho (IP)	3,45	0,69	0,79
Desgaste psíquico (DP)	1,62	1,07	0,82
Indolência (In)	0,92	1,02	0,78
Culpa (C)	0,87	1,03	0,71
SQT (15 itens)*	1,75	1,34	0,72

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Nota: SQT – Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Refere-se ao somatório das questões acerca dos componentes: Ilusão pelo trabalho; Desgaste psíquico e Indolência

A amostra do CCS foi caracterizada por meio de dados sociodemográficos. Conforme apresentado na tabela 07, o sexo predominante foi o feminino com 119 profissionais (66,9%). Em sua maioria, 116 (65,2%) são casados, e 128 (71,9%) possuem filhos. A renda salarial mais encontrada varia entre 10 e 20 salários mínimos em 75 (42,1%) dos docentes.

Para o CCM, o sexo masculino predominou, com 56 (53,3%), resultado oposto ao encontrado no CCS. A maioria dos docentes é casado 77(73,3%), possuem filhos 78 (74,3%). A renda salarial variou entre 5 e 20 salários mínimos, obtendo frequências iguais para 10 a 20 SM e > 20 SM, ambos com 48(45,7%) (Tabela 07).

De acordo com Carlotto et al. (2012) e Costa et al. (2013), os dados sociodemográficos não demonstram relação com a Síndrome de *Burnout*, e sim, as características relacionadas ao ambiente de trabalho.

Tabela 07 – Caracterização sociodemográfica dos docentes lotados no CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa – PB, Brasil, 2016

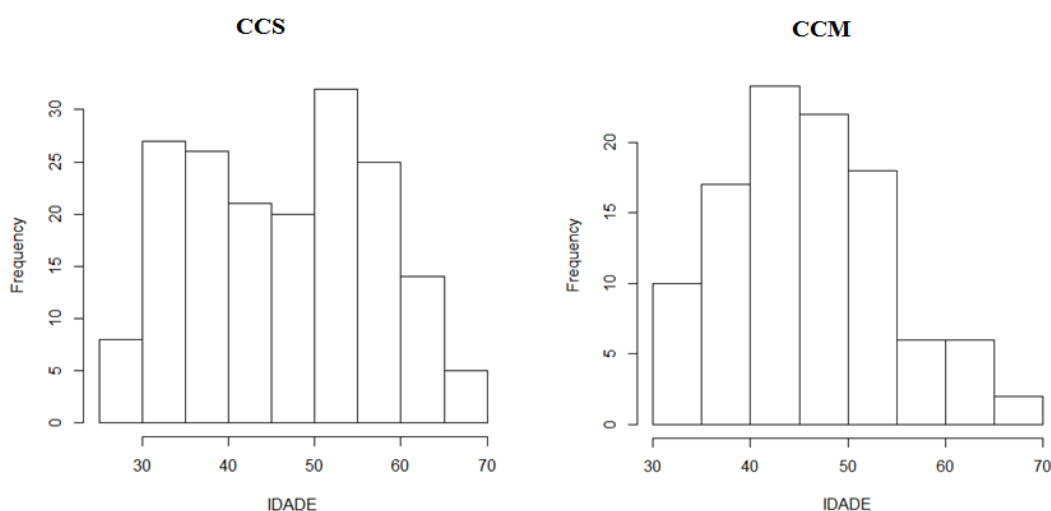
CCS	n	%	n	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino		Masculino		---		---	
	119	66,9%	59	33,1%	---		---	
Estado civil	Solteiro		Casado		Divorciado		Outro	
	33	18,5%	116	65,2%	24	13,5%	5	2,8%
Filhos	Sim		Não		---		---	
	128	71,9%	50	28,1%	---		---	
Renda (SM)	< 5 SM		> 5 a 10 SM		> 10 a 20 SM		> 20 SM	
	5	2,8%	57	32%	75	42,1%	41	23%
CCM	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino		Masculino		---		---	
	49	46,7%	56	53,3%	---		---	
Estado civil	Solteiro		Casado		Divorciado		Outro	
	19	18,1%	77	73,3%	8	13,5%	1	2,8%
Filhos	Sim		Não		---		---	
	78	74,3%	27	25,7%	---		---	
Renda (SM)	< 5 SM		> 5 a 10 SM		> 10 a 20 SM		> 20 SM	
	0	0%	9	8,6%	48	45,7%	48	45,7%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A faixa etária dos participantes do CCS variou entre 27 e 68 anos, com média de 47 anos (Figura 01). Também pode ser observado que a maioria dos participantes tem entre 50 e 55 anos, atingindo um pouco mais que 30 docentes nessa faixa etária.

Com relação à faixa etária dos participantes do CCM, tem-se que ela oscilou entre 30 e 67 anos, com média de 46 anos (Figura 01). Com a visualização histograma, é possível perceber que a idade predominante dos docentes do CCM se encontra entre 40 e 45 anos de idade, diferentemente do CCS, onde em média encontram-se 30 participantes nessa faixa.

Figura 01 – Histograma para idade dos docentes do CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa-PB, Brasil, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que se refere à titulação (especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado), observou-se para os participantes do CCS foi maior ocorrência foi para o nível de doutorado com 124 (69,7%). Quanto ao regime de trabalho, 136 (76,4%) apresentam Dedicação Exclusiva à docência na UFPB, e 45 (25,9%) desempenham outra função, além da docência, como chefia de departamento, direção de centro, participação em comissões de pesquisa, ética, entre outros (Tabela 08).

Esses professores também foram questionados quanto ao papel desempenhando na da instituição de ensino. Constatou-se que 176 (98,9%) lecionam na graduação, e 59 (33,1%) destes também ministram aulas na pós-graduação (mestrado/doutorado) (Tabela 08).

Quanto ao turno de trabalho dos docentes do CCS, verificou-se que 178 (100%) trabalham no turno da manhã, 167 (93,8%) no turno da tarde, e apenas 11 (6,2%) no turno da

noite. A maioria dos profissionais trabalham pelo menos dois turnos, perfazendo assim uma Jornada Semanal de Trabalho (JST) de, no mínimo, 40 horas (Tabela 08).

Assim, na tentativa de identificar sobrecarga de trabalho, indagou-se aos participantes se possuíam outro vínculo empregatício, encontrando assim resposta positiva para 24 (13,5%) indivíduos (Tabela 08). A JST nesse outro emprego variou entre 3 a 30 horas semanais.

A sobrecarga relacionada ao trabalho é bastante presente nos estudos realizados para a investigação da síndrome. Em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem acerca das atividades que exercem no cotidiano de trabalho, cerca de 72,4% desses profissionais relataram sobrecarga das atividades que desempenham (MENEZHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Baião e Cunha (2013) acrescentam que determinantes sociais de saúde são fatores que podem estar interligados, promovendo, dessa forma, o adoecimento do indivíduo. Assim, na categoria docente, o ambiente de trabalho e o fator psicossocial são considerados os principais causadores de problemas de saúde, dentre eles estão: sobrecarga de trabalho; clima organizacional; sedentarismo; saúde-trabalho; esforço físico e mental exigido em alto grau devido à profissão.

Tabela 08 – Caracterização profissional dos docentes do CCS/UFPB, participantes do estudo por titulação e turno de trabalho, João Pessoa-PB, Brasil, 2016

Variáveis	n	%	N	%	N	%	N	%
Titulação	Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós-doutorado	
	6	3,4	36	20,2	124	69,7	12	6,7
Regime trabalho	T-20		T-40		DE*		---	
	9	5,1	33	18,5	136	76,4	---	
Outra função	Sim		Não		---		---	
	45	25,3	133	74,7	---		---	
Lecionam	Graduação		Pós-graduação		---		---	
	176	98,9	59	33,1	---		---	
Turno de trabalho manhã	Sim		Não		---		---	
	178	100%	0	0	---		---	
Turno trabalho à tarde	Sim		Não		---		---	
	167	93,8%	11	6,2	---		---	
Turno trabalho à noite	Sim		Não		---		---	
	11	6,2%	167	93,8	---		---	
Possui outro emprego	Sim		Não		---		---	
	24	13,5%	154	86,5	---		---	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Nota: DE – Dedicação Exclusiva.

Quanto aos docentes do CCM, observou-se que a titulação para doutorado também aparece com a maior frequência 44(41,9%), seguida do mestrado 37 (35,2%). O regime de trabalho por sua vez, diferenciou-se do encontrado no CCS, uma vez que a maioria se

concentra no regime T-40, 49(46,7%), ao invés de Dedicação Exclusiva. Ainda, 22 (20,9%) desempenham outra função, além da docência no ambiente de trabalho (Tabela 09).

Quanto à atividade de ensino, 105 (100%) lecionam na graduação e 35 (33,3%) na graduação e na pós-graduação (Tabela 09). No que tange ao turno de trabalho, 101 (96,2%) trabalham durante a manhã, 98 (93,3%) no turno da tarde e 14 (13,3%) no turno da noite. Além disso, 68 (64,8%) possuem outro emprego, refletindo assim uma jornada semanal de trabalho que pode ultrapassar 40h.

Sabe-se que a Síndrome de *Burnout* está intimamente relacionada ao trabalho e torna-se cada vez mais presente no cotidiano dos médicos, uma vez que estão constantemente submetidos a altas cargas horárias, acumulação de funções, salários insatisfatórios, ambiente de trabalho estressante, multiemprego, dentre outros fatores (BARBOSA et al., 2016).

Tabela 09 – Caracterização profissional dos docentes lotados no CCM/UFPB, participantes do estudo por titulação e turno de trabalho, João Pessoa – PB, Brasil, 2016

Variáveis	N	%	n	%	n	%	N	%
Titulação	Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós-doutorado	
	15	14,3	37	35,2	44	41,9	09	8,6
Regime trabalho	T-20		T-40		DE*		---	
	28	26,7	49	46,6	28	26,7	---	
Outra função	Sim		Não		---		---	
	22	20,9	83	79,1	---		---	
Lecionam	Graduação		Pós-graduação		---		---	
	105	100	35	33,3	---		---	
Turno de trabalho manhã	Sim		Não		---		---	
	101	96,2	04	3,8	---		---	
Turno trabalho à tarde	Sim		Não		---		---	
	98	93,3	07	6,7	---		---	
Turno trabalho à noite	Sim		Não		---		---	
	14	13,3	91	86,7	---		---	
Possui outro emprego	Sim		Não		---		---	
	68	64,8	37	35,2	---		---	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: DE* – Dedicação Exclusiva.

4.2 Apresentação dos resultados para os docentes lotados no CCS e CCM acerca da Síndrome de *Burnout*

No que concerne à Síndrome de *Burnout*, os questionários foram avaliados, conforme o manual do CESQT. Para tanto, levando em consideração a necessidade de conhecer o estado de saúde quanto às características dessa síndrome, foi realizada uma investigação acerca da ocorrência dos sintomas em toda a amostra do CCS e do CCM. Para o CCS, foram identificados 46 (25,8%) dos docentes com sintomas da SB, sendo que 31 desses (17,4%) pertencem ao perfil 1 e 15 (8,4%) ao perfil 2 (Figura 02).

Conforme afirma Costa et al. (2013), os docentes com *burnout* exibem deterioração cognitiva e afetiva, caracterizada como a perda da motivação pelo trabalho e esgotamento emocional ou desgaste psíquico; desenvolvem ainda comportamentos de frieza e distanciamento; em alguns casos, o sentimento de culpa surge, após todos os sintomas acima apresentados, porém nem todos os indivíduos desenvolvem esta característica.

O sentimento de “culpa” no estudo em questão, conforme Carlotto (2011), representa a diferenciação entre os perfis 1 e 2 da doença. Sendo assim, a caracterização da amostra quanto aos dois perfis é essencial para se conhecer a gravidade do esgotamento emocional dos indivíduos pesquisados (Figura 02).

Pode-se constatar que os resultados expostos na figura 02 revelam uma realidade preocupante. Em pesquisa realizada por Carlotto et al. (2012), detectou-se a ocorrência do perfil 1 em 30,6% da população e o perfil 2 em 14,3%. Costa et al. (2013) também encontraram resultados parecidos, porém, com uma frequência menor, em 19 (11,2%) dos professores universitários com perfil 1 e 5 (3%) com perfil 2.

Na investigação dos sintomas da Síndrome de *Burnout* entre os participantes do CCM, 33 (31,4%) dos docentes apresentaram sintomas da SB, sendo que 28 (26,6%) para o perfil 1 e 05 (4,7%) perfil 2 (Figura 02). Quando comparados aos dados do CCS, percebe-se que a frequência dos docentes do CCM com sintomas indicativos da SB é ainda maior. Cerca de 7% a mais dos docentes, apresentam a SB. A prevalência do *burnout* em professores médicos e de enfermagem, internacionalmente, oscila entre 50 e 74% (FABICHAK; SILVA-JÚNIOR; MORRONE, 2014). Batista, Carlotto, Moreira (2013), acrescentam que a SB apresenta alta incidência em todo o mundo, especialmente nos profissionais médicos, enfermeiros e professores.

Carlotto et al. (2012) e Costa et al. (2013) esclarecem que o perfil 1, se trata do surgimento de um conjunto de sentimentos vinculados ao estresse laboral, mas que não chega a incapacitar o indivíduo para o exercício profissional, dando origem apenas a uma forma de mal-estar moderada. No perfil 1, são identificados o aumento do conflito de papel e a iniquidade. Enquanto que o perfil 2 está relacionado aos casos mais deteriorados, incluindo o sentimento de culpa. A estes se associam ainda, a sobrecarga de trabalho, a insatisfação laboral, a iniquidade e problemas de saúde.

Motter, Grigorio e Antonio (2015), afirmam que o *burnout* ou *esgotamento profissional*, faz com que os docentes criem cada vez mais distância das suas atividades. Estes terminam se desligando da profissão de forma progressiva e precoce, já que vários fatores reunidos promovem esse desejo, como por exemplo: críticas quanto ao sistema educativo

atual, falta de reconhecimento do trabalho realizado, desgaste quanto à prática do mesmo ofício durante anos de trabalho, além dos problemas de saúde.

Com base nisso e relacionando aos dados profissionais dessa amostra, pode-se observar que os docentes do CCM apresentaram uma JST maior do que os professores do CCS, já que mais da metade dos docentes possuem outro emprego. Infere-se, também, a possibilidade de a profissão interferir na JST e, conseqüentemente, no aumento do desgaste psíquico, uma vez que a maioria dos docentes do CCM é médico de formação. Acredita-se que a JST tenha forte ligação com a maior incidência de indivíduos com sintomas da síndrome. Esse resultado pode ser corroborado através de um estudo realizado com médicos residentes acerca dos preditores organizacionais do trabalho, no qual foram identificadas críticas sobre a excessiva jornada de trabalho, assim como, o valor da bolsa de estudos e estrutura física do local (FABICHAK; SILVA-JÚNIOR; MORRONE, 2014).

A sobrecarga laboral é apontada por alguns autores como a principal condição de trabalho para ocasionar a SB. Contudo, outros fatores podem influenciar, como os conflitos com outros docentes no ambiente de trabalho, falta de apoio social, a ambigüidade de papéis com a docência e a assistência, etc. (COSTA et al., 2013; CARLOTTO, 2002).

Pode-se acrescentar que a Jornada Semana de Trabalho (JST), assim como a desvalorização profissional quanto à baixa remuneração, confrontam com a excessiva cobrança que vivem esses profissionais. Na atual conjuntura das universidades públicas brasileiras, os docentes são cobrados quanto a projetos de extensão e de iniciação científica, orientação de alunos em pesquisas, além da necessidade de produção científica em periódicos Qualis A ou B.

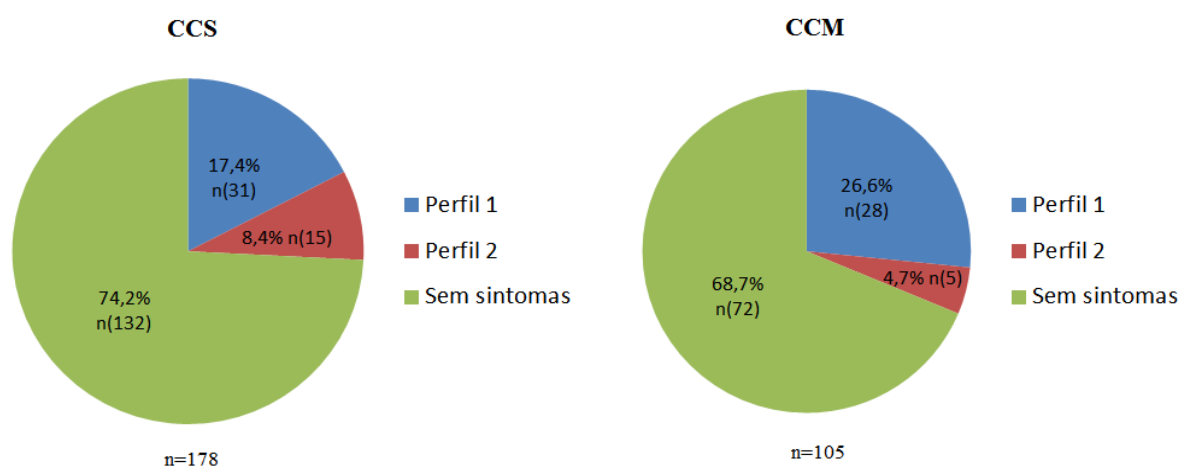
Acerca dessa situação, Hoppe (2012) ressalta que o trabalhador enfrenta diversas exigências em seu ambiente de trabalho. Pressões quanto a horários e a longas horas de jornada, níveis de concentração, rotina, dependência de outros colegas para realizar determinadas tarefas, entre outros fatores que podem interferir na saúde mental dos indivíduos. Além disso, estudo destaca que, nos últimos anos, tem-se observado um crescimento significativo dos riscos relacionados à organização de trabalho. Essa intensificação do trabalho gera uma pressão direta sobre os trabalhadores, os quais são exigidos cada vez mais pelo mercado e acabam por desenvolver distúrbios psicossociais (METZGER, 2011).

A SB está enquadrada como um dos transtornos psicossociais relacionados ao trabalho, segundo estudo realizado em instituições públicas federais no ano de 2011, foram concedidos 3.079 afastamentos por licença-saúde. Destes, 296 foram motivados por

transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho. Cerca de 160 milhões de pessoas por ano são vítimas de doenças provenientes do trabalho e que, a cada 15 segundos, um trabalhador morre em decorrência desta patologia, fruto das novas tecnologias e novos processos de trabalho (SCHLINDWEIN; MORAIS, 2014).

Nessa perspectiva, o ser docente torna-se vulnerável e a relação da SB com a docência vem ganhando notoriedade no campo das doenças ocupacionais, por acarretar baixa produtividade, sentimentos de incapacidade e aumento das demandas laborais. Além disso, outros fatores podem levar à síndrome, como a sobrecarga no trabalho, idade, tempo de serviço, estado civil, conflitos internos, falta de autonomia e relações interpessoais (RODRIGUES; CHAVES; CARLOTTO, 2010).

Figura 02 – Perfil da Síndrome de *Burnout* em docentes do CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa – PB, Brasil, 2016



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com as características visualizadas no presente estudo, observa-se que predominou a classificação *média* para os sintomas da SB, em ambos os centros CCS e CCM. É importante destacar nestes achados, que, os indivíduos classificados como *médio* podem evoluir para *alto* nível de *burnout*. Além disso, demonstram a crítica realidade vivenciados pelos professores do ensino superior (Tabela 10).

Quando analisada a frequência e a porcentagem da SB para o componente *desgaste psíquico* na tabela 10, nota-se predominância na classificação *média* e *alta* para os docentes de ambos os centros, além da presença de alguns casos classificados como *críticos*. Tal situação é preocupante, por que casos classificados como *médio*, podem evoluir para níveis altos e críticos.

O *desgaste físico*, emocional e mental oriundo do ambiente de trabalho, pode produzir apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, sentimentos de raiva, irritabilidade e despersonalização. Isso prejudica o profissional consigo mesmo e com o ambiente de trabalho, pois ele não se envolverá com as atividades laborais, e, conseqüentemente, malogrará uma queda na produtividade. Assim, o surgimento de problemas relacionados à saúde mental do trabalhador podem desencadear uma série de sintomas como a insônia, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, fadiga constante, lapsos de esquecimento e várias queixas somáticas que demonstram ruptura do funcionamento normal do profissional (RODRIGUES; BARBOSA; CHIAVONE, 2013).

O mesmo se pode observar quanto à dimensão *ilusão pelo trabalho*, com predominância dos casos classificados em *médio* a *alto*. Segundo o CESQT, a ilusão é defendida como resposta às idealizações para alcançar determinadas metas no trabalho. Ora, o significado do trabalho apresenta uma cognição subjetiva, histórica e dinâmica, pois reflete a história individual de cada um, as condições históricas da sociedade, e sempre será um construto inacabado, que permanece em constante construção. Logo, sua caracterização varia conforme o caráter sócio-histórico (BORGES; ALVES FILHO, 2001).

Assim, trabalhar a motivação nas organizações constitui um aspecto fundamental para uma gestão de resultados, uma vez que um profissional que apresenta um sentimento de ilusão pelo trabalho é um profissional desmotivado, embora saiba que a motivação é intrínseca, a conotação do trabalho e a motivação deve estar em sintonia com a própria cultura organizacional e valores da instituição (VOLPATO; CIMBALISTA, 2002).

Outro aspecto a ser considerada, a indolência, que obteve predominância entre os níveis médio e alto. Esta dimensão é entendida como uma postura negativa, típica de cinismo. Na docência, há um distanciamento na relação professor-aluno. A *culpa* é avaliada como um dos sentimentos que mais afligem o ser humano, considerada como um dos fatores que prejudicam a qualidade das atividades no ambiente de trabalho, o que acarreta grande sofrimento psicológico, uma autotortura (BATISTA et al, 2010; BATISTA; CARLOTTO; MOREIRA, 2013).

Esses resultados corroboram com os estudos de Diehl e Carlotto (2014) e Gil-Monte (2012), que ratificam a necessidade de cuidados e a importância da prevenção desta síndrome. Tais autores afirmam que a ausência de conhecimento da SB é um fator de risco para o adoecimento, já que o fato de não a identificar pode contribuir para o seu agravamento, sobretudo quando não se conhece o agravo. Os sintomas podem ser banalizados ou até

confundidos com o estresse ou a depressão, o que é lamentável, pois tal falha pode levar a um retardo no diagnóstico.

Diante disso, e em se tratando da educação superior, o ensino – como principal instrumento de formação profissional – passa por um processo de crise paradigmática, porque são exigidos dos professores competências e habilidades técnicas e científicas que não se limitam à esfera da sua aplicabilidade, mas que perpassam o saber e envolvem relações sociais para saber fazer e saber ser (PINHEL; KURCGANT, 2007).

Lima e Lima Filho (2009) acrescentam que, no Brasil, a educação superior apresenta inúmeros problemas que vão desde a precariedade na formação acadêmica, até os baixos salários, a falta de condições de trabalho e o desprestígio profissional. Esses são resultados de um processo histórico depreciativo que tem sucateado a estrutura das universidades, favorecendo a privatização do ensino superior e a exploração do trabalho docente. Assim, o profissional acaba vivenciando situações de pressão emocional, que auxiliam no surgimento de doenças psicossomáticas.

Tabela 10 – Frequência das quatro dimensões da SB identificadas nos docentes do CCS e CCM/UFPB, participantes do estudo, João Pessoa-PB, Brasil, 2016

Classificação	Muito baixo <i>P</i> ≤ 11	Baixo <i>P</i> 11-33	Médio <i>P</i> 34-66	Alto <i>P</i> 67-89	Crítico <i>P</i> ≥ 90
<i>CCS</i>					
Ilusão pelo trabalho	02 (1,1%)	14 (7,9%)	108 (60,7%)	54 (30,3%)	00 (0%)
Desgaste psíquico	20 (11,2%)	29 (16,3%)	76 (42,7%)	39 (21,9%)	14 (7,9%)
Indolência	04 (2,2%)	25 (14,1%)	100 (56,2%)	34 (19,1%)	15 (8,4%)
Culpa	15 (8,4%)	36 (20,3%)	81 (45,5%)	26 (14,6%)	20 (11,2%)
SQT total	19 (10,7%)	31 (17,4%)	82 (46,1%)	31 (17,4%)	15 (8,4%)
<i>CCM</i>					
Ilusão pelo trabalho	05 (4,7%)	13 (12,4%)	61 (58,1%)	26 (25,7%)	00 (0%)
Desgaste psíquico	15 (14,3%)	12 (11,4%)	52 (49,5%)	20 (19,1%)	06 (5,7%)
Indolência	03 (2,9%)	08 (7,6%)	58 (55,2%)	23 (21,9%)	13 (12,4%)
Culpa	06 (5,7%)	07 (6,7%)	60 (57,1%)	15 (14,3%)	17 (16,2%)
SQT total	07 (6,7%)	14 (13,3%)	51 (48,6%)	28 (26,7%)	05 (4,7%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4.3 Apresentação dos resultados para os docentes lotados no CCS e CCM acerca da qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref

O quesito *qualidade de vida* foi avaliado por meio do WHOQOL-bref. Obteve-se a média dos domínios e das facetas, e *a posteriori*, as classificações. Acerca das características da qualidade de vida, observa-se que a percepção dos professores do CCS foi tida como boa (*m*= 4,02), ao passo que a satisfação com a saúde foi classificada como regular (*m*= 3,80). Destacam-se, ainda, que os domínios: físico (*m*=3,88); relações sociais (*m*=3,94) e meio

ambiente ($m=3,65$), obtiveram classificação regular, demonstrando certa insatisfação desses profissionais quanto a essas características, conforme revela a tabela 11.

De acordo com o manual de instrução para avaliação do WHOQOL- Bref, não existe um ponto de corte específico que classifique a QV. Silva et al. (2014), acrescentam em sua pesquisa com idosos, que seria ideal a proposição de um ponto de corte que melhor definisse a percepção de uma boa ou má qualidade de vida, assim como uma boa ou má satisfação com a saúde, o que dificulta a avaliação e demonstra uma limitação do instrumento.

Tabela 11 – Classificação das características dos participantes do estudo para o CCS/UFPB quanto ao WHOQOL-bref, João Pessoa – PB, Brasil

Características	M	Classificação
1. Percepção da qualidade de vida	4,02	Boa
2. Satisfação com a saúde	3,80	Regular
Domínio 1 – Domínio físico	3,88	Regular
3. Dor e desconforto	4,01	Boa
4. Energia e fadiga	3,75	Regular
10. Sono e repouso	3,67	Regular
15. Mobilidade	4,49	Boa
16. Atividade da vida cotidiana	3,39	Regular
17. Dependência de medicação ou de tratamentos	3,87	Regular
18. Capacidade de trabalho	3,97	Regular
Domínio 2 – Domínio psicológico	4,00	Boa
5. Sentimentos positivos	3,66	Regular
6. Pensar, aprender, memória e concentração	4,50	Boa
7. Auto-estima	3,83	Regular
11. Imagem corporal e aparência	4,04	Boa
19. Sentimentos negativos	4,10	Boa
26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	3,84	Regular
Domínio 3 – Relações sociais	3,94	Regular
20. Relações pessoais	4,02	Boa
21. Suporte (Apoio) social	3,89	Regular
22. Atividade sexual	3,92	Regular
Domínio 4 – Meio ambiente	3,65	Regular
8. Segurança física e proteção	3,75	Regular
9. Ambiente no lar	3,35	Regular
12. Recursos financeiros	3,34	Regular
13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,66	Regular
14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	3,29	Regular
23. Participação e oportunidade de recreação/lazer	4,26	Boa
24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	3,42	Regular
25. Transporte	4,16	Boa

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde dos docentes do CCM, segundo o WHOQOL-bref, também foram retiradas as médias dos domínios e facetas e apresentados na tabela 12. Para esse grupo, observa-se que tanto a *percepção da qualidade de vida* quanto a *satisfação com a saúde* foram classificadas como *regular*, ao contrário do grupo do CCS, que apresentou apenas a *satisfação com a saúde* como *regular*.

Estima-se que essa classificação para o grupo do CCM pode ter associação com a profissão médica, juntamente com a profissão docente predominante nesse grupo. No que tange à profissão docente na atualidade, observa-se que o professor é extremamente cobrado em seus insucessos e pouco reconhecido em seu êxito profissional, além disso, trabalham com uma sobrecarga mental e emocional e a própria organização do trabalho o expõe a fatores estressantes, que podem levar ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (CARLOTTO, 2011).

A profissão docente é considerada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), como uma das mais estressantes, com forte incidência de elementos que conduzem à SB, sendo, portanto, uma profissão de alto risco, considerada como a segunda categoria profissional, em todo o mundo, a portar doenças de caráter ocupacional (BRASIL, 2001). Por isso, a saúde do professor vem sendo fonte de preocupação de segmentos variados da sociedade, uma vez que esse fenômeno atinge professores de diferentes países, se apresentando com um caráter epidêmico mundial, que extrapolam as fronteiras nacionais (BATISTA et al., 2010; CARLOTTO, 2011;).

Na atual conjuntura, o professor universitário se depara com uma carga de trabalho que extrapola as exigências quanto ao tripé da educação superior: ensino; pesquisa e extensão. Esse lugar requer muito envolvimento do docente, uma vez que incluem publicações, participações em bancas, orientações de TCC, PIVIC, PIBIC, monitoria e planejamento específico de todas essas atividades.

Também permeiam outros fatores de enfrentamento quanto às condições no ambiente de trabalho, como tensões, cobranças e a organização do trabalho a que, de forma ativa, o professor é submetido. Muitas vezes, ele não encontra subsídios nem físicos, nem operacionais para suprir essas exigências, fazendo com que sentimentos de estresse, impotência e frustração influenciem no seu processo de trabalho e na sua saúde (DUARTE, MAURO, 2010; GUIMARÃES, MONTE, FARIAS, 2013).

Com relação à profissão médica, faz algum tempo que se investiga a sua relação com a SB. Henderson (1984) sugeriu que essa síndrome poderia afetar mais de 40% dos médicos europeus, demonstrando forte preocupação com a saúde desses trabalhadores e com os prejuízos financeiros associados.

Em estudo realizado com médicos americanos, os maiores índices foram encontrados nos profissionais envolvidos com os departamentos de emergência, doenças infecciosas, e oncologia. O setor privado foi o que mais acumulou médicos com sintomas da síndrome, em 55% dos casos, seguido do setor público com 39% e do setor acadêmico com 37%. No caso

de médicos residentes, o índice de *burnout* encontrado foi de 76%, sendo, portanto, um reflexo da intensa prática dos cuidados oferecidos (SHANAFELT et al., 2002).

Tabela 12 – Classificação das características do WHOQOL-bref para os professores do CCM. João Pessoa-PB, 2016

Características	M	Classificação
1. Percepção da qualidade de vida	3,98	Regular
2. Satisfação com a saúde	3,61	Regular
Domínio 1 – Domínio físico	3,99	Regular
3. Dor e desconforto	4,16	Boa
4. Energia e fadiga	3,96	Regular
10. Sono e repouso	3,75	Regular
15. Mobilidade	4,64	Boa
16. Atividade da vida cotidiana	3,51	Regular
17. Dependência de medicação ou de tratamentos	3,92	Regular
18. Capacidade de trabalho	4,00	Boa
Domínio 2 – Domínio psicológico	3,93	Regular
5. Sentimentos positivos	3,54	Regular
6. Pensar, aprender, memória e concentração	4,26	Boa
7. Auto-estima	3,87	Regular
11. Imagem corporal e aparência	3,95	Regular
19. Sentimentos negativos	4,03	Boa
26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	3,90	Regular
Domínio 3 – Relações sociais	3,77	Regular
20. Relações pessoais	3,87	Regular
21. Suporte (Apoio) social	3,66	Regular
22. Atividade sexual	3,78	Regular
Domínio 4 – Meio ambiente	3,79	Regular
8. Segurança física e proteção	3,75	Regular
9. Ambiente no lar	3,46	Regular
12. Recursos financeiros	3,72	Regular
13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,66	Regular
14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	3,35	Regular
23. Participação em, e oportunidade de recreação/lazer	4,31	Boa
24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	3,77	Regular
25. Transporte	4,26	Boa

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme as tabelas 11 e 12 presumem-se que em todos os domínios avaliados, obtiveram-se médias próximas de 20 (escala de 4-20) e próximas de 100 (escala de 0-100). Além disso, o manual refere que quanto mais próximas de 20 ou de 100 as médias forem apresentadas, melhor a percepção quanto à qualidade de vida. No entanto, esse fato demonstra um possível viés na análise do instrumento, tendo em vista que, considerando o grande quantitativo de participantes, muitos podem ter apresentado valores baixos e uma minoria valores altos, o que torna a média ponderada alta. Em contrapartida, têm-se os valores das facetas apresentados nas tabelas 14 e 15, avaliadas em sua maioria como regular, o que seria contraditório se avaliássemos os dados da tabela 10 como “boa” percepção para qualidade de vida.

As médias dos escores dos domínios, segundo as duas escalas do WHOQOL-bref, podem ser visualizado na tabela 13.

Tabela 13 – Média de 4-20 e de 0-100 dos escores dos domínios de qualidade de vida dos docentes do CCS e do CCM/UFPB, participantes do estudo, (WHOQOL-bref). João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

Domínios	Média de 4-20	Média de 0-100
<i>CCS</i>		
Físico	15,52	72,00
Psicológico	16,00	75,00
Relações Sociais	15,76	73,50
Meio Ambiente	14,60	66,25
<i>CCM</i>		
Físico	15,52	72,00
Psicológico	16,00	75,00
Relações Sociais	15,76	73,50
Meio Ambiente	14,60	66,25

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4.4 Apresentação do Teste de Associação entre *Qualidade de Vida* e Síndrome de *Burnout* para os docentes do CCS e CCM/UFPB

O teste de associação realizado foi o qui-quadrado, apresentado nas tabelas 14 e 15. Considerou-se, como regra de decisão: existe associação entre as variáveis cruzadas quando o p-valor encontrado for menor que 0,05 (nível de significância). Testaram-se as variáveis *dimensões de burnout* alteradas negativamente versus os domínios de qualidade de vida classificados como *necessita melhorar e regular*.

Os resultados demonstram diferenciação entre a associação das variáveis para os dois grupos de docentes participantes (CCS e CCM). Para o grupo dos docentes do CCS, observou-se que a dimensão *ilusão pelo trabalho* e a dimensão *culpa*, mostraram relação com o domínio 4 (meio ambiente) (p-valor = 0,0006717/ p-valor= 0,04648, respectivamente) (Tabela 14).

Considera-se que características como: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte; são importantes para o desenvolvimento negativo da *ilusão pelo trabalho* e da *culpa*.

Ainda para a dimensão “culpa”, observou-se associação com o domínio 3 (0.009878), o qual trata das relações sociais como relações pessoais, suporte e apoio social e atividade sexual, contribuem para o desenvolvimento da “culpa”.

Acerca disso, um estudo realizado com docentes sobre a qualidade de vida identificou uma relação direta entre quanto mais horas são trabalhadas durante a semana, menor é o escore para a avaliação da qualidade de vida, principalmente em se tratando dos domínios meio ambiente e psicológico. Essa relação é justificada pelo fato de que quanto mais tempo o indivíduo se dedica ao trabalho, menos tempo terá para realizar as atividades que tragam realização pessoal para si mesmo, como os afazeres domésticos, atividades de lazer, cuidados com a saúde etc (MARTINEZ; VITTA; LOPES, 2009).

Tabela 14 – Associação entre dimensões de *burnout* e os domínios de qualidade de vida dos docentes do CCS/UFPB, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

CCS/CPPB, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

Variáveis	Cruzamento	p-valor	Decisão	
Ilusão pelo trabalho	Domínio 1	0.1462	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 2	0.05907	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 3	0.4764	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 4	0.0006717	< 0.05	Existe associação
Desgaste psíquico	Domínio 1	0.2897	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 2	0.625	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 3	0.2068	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 4	0.1907	> 0.05	Não existe associação
Indolência	Domínio 1	0.6084	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 2	0.614	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 3	0.385	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 4	0.8785	> 0.05	Não existe associação
Culpa	Domínio 1	0.8067	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 2	0.3032	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 3	0.009878	> 0.05	Existe associação
	Domínio 4	0.04648	> 0.05	Existe associação
SQT total	Domínio 1	0.6301	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 2	0.2259	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 3	0.5232	> 0.05	Não existe associação
	Domínio 4	0.5695	> 0.05	Não existe associação

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Com relação ao grupo dos docentes do CCM, observou-se que um maior número de variáveis demonstrou forte associação. Na tabela 15, pode-se observar que as dimensões *ilusão pelo trabalho*, *desgaste psíquico* e, para o *SQT*, associaram-se a todos os domínios da qualidade de vida. A *ilusão pelo trabalho*, o *desgaste psíquico* e o *SQT* alterados negativamente, têm forte relação com os domínios físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente.

Essa maior associação pode estar interligada com o binômio de profissões exercidas pelos docentes do CCM que, em geral são médicos. Para alguns autores, a sobrecarga laboral é tida como a principal condição que desencadeia a SB no profissional docente. Isso acontece quando o docente vivencia um conflito e uma ambiguidade de papéis entre o ato de ensinar e o ato de praticar a medicina, principalmente na área da saúde, onde é preciso que o professor

saiba lecionar e tenha todo o conhecimento prático, assistencial. Somam-se duas sobrecargas de trabalho e de funções diferentes. Além disso, o indivíduo docente precisa enfrentar conflitos com os alunos e com os colegas de trabalho, sem que haja nenhum apoio social (ANTONIOU, POLYCHRONI, VLACHAKIS, 2006; BETORET, 2006; CARLOTTO, 2002;).

A dimensão *indolência* por sua vez, apresentou relação com os domínios 2 (0,001226) e 4 (0,003405). O domínio 2 se refere ao domínio psicológico; para este, observa-se que sentimentos positivos, autoestima, imagem corporal e aparência, além da espiritualidade/religião/crenças pessoais, tidos como classificação regular, são fatores que provocam a indolência nos professores do CCM.

Já a dimensão “culpa” apresentou relação com os domínios 1 (0,04755) e domínio 2 (0,009475). Desse modo, acredita-se que fatores como energia e fadiga, dores, sono e repouso prejudicados, dificuldades para mobilidade, problemas com a atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, assim como ausência de sentimentos positivos, falta de autoestima, problemas com a imagem corporal e aparência, entre outros, interferem de forma negativa na saúde mental dos profissionais e, conseqüentemente, propiciam o desenvolvimento da dimensão *culpa*.

Corroborando os resultados acima, estudos que investigaram os sintomas da Síndrome de *Burnout* confirmam que o indivíduo com *burnout* apresenta fadiga constante e progressiva, dores musculares, problemas com o sono, além de outros transtornos e perturbações gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias e disfunções sexuais (ARAÚJO et al., 1998; CHERNISS, 1980; DEJOURS, 1992; DONATELLE, HAWKINS, 1989; FREUDENBERGER, 1974; GOETZEL et al., 1998; LERMAN et al., 1999; MELAMED et al., 1999; NAKAMURA et al., 1999; PRUESSNER et al., 1999; SILVANY et al., 2000; WORLD, 1998).

Quando tratado o SQT total, deve-se levar em consideração que ele reflete a ocorrência dos sintomas da síndrome que caracterizam um quadro de *burnout*. Assim, a associação comprovada pelo teste qui-quadrado entre o SQT alterado negativamente e os quatros domínios de qualidade de vida vêm ratificar a gravidade do problema.

Com esta associação, observa-se que os docentes do CCM caracterizados com *burnout* apresentaram baixa energia e sensação de fadiga, sono e repouso prejudicados, baixa autoestima, relações pessoais e atividade sexual prejudicadas, ambiente no lar regular, cuidados de saúde comprometidos, entre outras facetas relacionadas aos quatro domínios de qualidade de vida, presentes no quadro de sintomas da síndrome.

Tabela 15 – Associação entre dimensões de *burnout* e os domínios de qualidade de vida dos docentes do CCM/UFPB, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

Variáveis	Cruzamento	p-valor	Decisão
Ilusão pelo trabalho	Domínio 1	0.02092	< 0.05
	Domínio 2	0.0005509	< 0.05
	Domínio 3	0.04665	< 0.05
	Domínio 4	0.001263	< 0.05
Desgaste psíquico	Domínio 1	7.518e-09	< 0.05
	Domínio 2	3.013e-05	< 0.05
	Domínio 3	0.005892	< 0.05
	Domínio 4	0.004164	< 0.05
Indolência	Domínio 1	0.1495	> 0.05
	Domínio 2	0.001226	< 0.05
	Domínio 3	0.3026	> 0.05
	Domínio 4	0.003405	< 0.05
Culpa	Domínio 1	0.04755	< 0.05
	Domínio 2	0.009475	< 0.05
	Domínio 3	0.3423	> 0.05
	Domínio 4	0.09686	> 0.05
SQT total	Domínio 1	2.366e-09	< 0.05
	Domínio 2	4.099e-08	< 0.05
	Domínio 3	2.566e-08	< 0.05
	Domínio 4	0.000761	< 0.05

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o estado de saúde quanto às características da Síndrome de *Burnout* em professores universitários da área de saúde e a percepção destes quanto à qualidade de vida é essencial para propor e elaborar estratégias que possam contribuir para elevar o grau de satisfação no ambiente de trabalho, assim como evitar o adoecimento desses profissionais por doenças relacionadas ao ambiente laboral. Estas também podem trazer, como consequências positivas, a elevação do padrão de qualidade do ensino, uma vez que produzirá ambientes satisfatórios de trabalho e relações interpessoais.

Os resultados encontrados nesse estudo confirmaram que há ocorrência de características que se refletem nas dimensões alteradas negativamente para a Síndrome de *Burnout* entre os docentes universitários pesquisados, tanto do CCS quanto do CCM. O que chama atenção nos resultados é o elevado número de profissionais com características de *burnout* desenvolvendo o trabalho docente, principalmente, os casos classificados como sendo do perfil 2, pois este tipo de classificação constitui os casos mais graves, que necessitam de afastamento para tratamento, segundo estudiosos no assunto e o próprio Manual CESQT.

Assim, revela-se a importância do repasse do conhecimento acerca da SB à comunidade acadêmica, em especial à classe docente, com o intuito de prevenir e promover a saúde desses trabalhadores que estão expostos aos agentes causadores da síndrome em todo o tempo de trabalho.

No tocante à avaliação do nível de qualidade de vida – referido pelos participantes do estudo, observou-se que há diferenças entre os docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e o Centro de Ciências Médicas (CCM). Enquanto, os docentes do CCS classificam a *percepção da qualidade de vida* e o *domínio psicológico* como bons, os docentes do CCM classificam-nos como regulares, de modo que esta classificação foi preponderante quando realizado o teste de associação entre a Síndrome de *Burnout* e a qualidade de vida.

Infere-se que as diferenças nos resultados refletem o fato de o docente médico se desdobrar entre o ensino e as atividades médicas, uma vez que a maioria possui consultórios ou prestam assistência em hospitais, perfazendo uma jornada semanal de trabalho muito além das 40 horas, o que gera sobrecarga de trabalho não suportada pelo corpo, fato que o leva ao adoecimento.

Quanto à associação entre as características da Síndrome de *Burnout* alteradas negativamente e os domínios de qualidade de vida classificados como regular ou ruim, observou-se que tanto os dados referentes aos docentes do CCS quanto do CCM

demonstraram dependência entre as características estudadas. Para os docentes do CCS, foi encontrada associação apenas entre os componentes de *burnout* *ilusão pelo trabalho* e *culpa* com os domínios de *relações sociais* e *meio ambiente*. Já para os docentes do CCM, a ocorrência de associação foi quase que unânime relativamente a todos os domínios, exceto aos domínios 1, 3 e 4 para os componentes indolência e culpa.

Assim, pressupõe-se que a ocorrência da Síndrome de *Burnout* afeta a percepção da qualidade de vida pelos docentes. Diante disso, é imprescindível a realização de estudos que investiguem a relação evidenciada nesta pesquisa, aprofundando assim a temática. Recomenda-se maior atenção ao trabalho do professor universitário, essencialmente no que se refere ao processo de mercantilização em que os docentes são cobrados pela produção acadêmica de projetos, artigos, pesquisas e outros. Observa-se que a cobrança em excesso pode estar relacionada ao grande quantitativo de profissionais com altos níveis de *burnout*, assim como, inversamente, os baixos níveis de qualidade de vida.

Imprescindível, portanto, a realização de intervenções por parte da instituição, dos gestores e dos próprios trabalhadores, com o intuito de tratar os casos caracterizados como *burnout*, assim como atuar na prevenção destes. Para tanto, essa investigação permite a elaboração de algumas sugestões estratégicas que podem ser futuramente implementadas como, por exemplo, a criação de organizações de saúde, com espaços destinados a se trabalhar, física e subjetivamente, a qualidade da comunicação circulante, além de uma revisão da organização do trabalho em instituições de ensino superior.

Vale salientar que o estudo apresentou uma série de limitações quanto à própria coleta de dados, uma vez que há um desconhecimento da temática da Síndrome de *Burnout* por parte dos investigados, bem como a dificuldade quanto à disponibilidade deles para participarem do estudo. Além disso, apesar de ser reconhecida pela Previdência Social, ainda há um gap quanto às publicações acerca da SB, o que sugere mais investigações e uma ampla divulgação.

Neste aspecto, sugere-se, como estratégia para enfrentamento desse fenômeno – que tende a aumentar no presente século – a inserção de disciplinas que tratem da saúde do trabalhador na grade curricular dos cursos de Graduação da saúde, assim como, a criação de comissões internas na instituição para a prevenção contra a SB, de modo que esta desenvolva estratégias para tratamento e acompanhamento dos casos detectados por uma comissão multidisciplinar. Como estratégia acadêmica, propõe-se a elaboração de um projeto de extensão (PROBEX) multiprofissional, a fim de incluir o ensino e a prática para a prevenção

do adoecimento relacionado ao cuidado com a saúde do trabalhador, principalmente, no que tange à Síndrome de *Burnout*.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. S. et al. Prazer e Dor na Docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p.129-140, 2012.

ANJOS, A.; ANDRADE, D. F. Teoria de Resposta ao Item com o uso do R. In: **Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística**, jul./ago. 2012. João Pessoa, PB: Associação Brasileira de Estatística, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/heliton/arquivos/tri/RTRIsinape.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

ANTONIOU, A. S.; POLYCHRONI, F.; VLACHAKIS, A. N. Gender & age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece. **Journal of Managerial Psychology**, v. 21, n. 7, 682-690, 2006.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ARAÚJO, T. S.; REIS, E.; KAVALKIEVICZ, C. **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino**: Salvador, Bahia. Sindicato dos Professores do Estado da Bahia, Salvador, 1998.

BAIÃO, L. P. M.; CUNHA, R. G. Doenças e/ou disfunções ocupacionais no meio docente: uma revisão de literatura. **Revista Formação@Docente**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, jan./jun. 2013.

BARBOSA, F.T. et al. Correlação entre a carga horária semanal de trabalho com a síndrome de burnout entre os médicos anestesiológicos de Maceió-AL. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. 2016. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0034709416000246/1-s2.0-S0034709416000246-main.pdf?_tid=0cbbaebc-a13e-11e6-a109-00000aacb35e&acdnat=1478120035_650daa7a6e5263cf2d6b8f4edb95ccd5.

BATISTA, J. B. V et al. Prevalência da síndrome de burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 3, p. 502-512, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BATISTA, J. B. V.; CARLOTTO, M. S.; MOREIRA, A. M. Depressão como Causa de Afastamento do Trabalho: Um Estudo com Professores do Ensino Fundamental. **Psico**, v. 44, n. 2, p. 257-262, 2013.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira, A.M.T. (org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 62, n. 137, p. 155-168, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. O estado da arte do burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Interação Psy.**, v. 1, n. 1, p. 04-11, 2003.

BETORET, F. D. Stressors, self-efficacy, coping resources, and burnout among secondary school teachers in Spain. **Educational Psychology**, v. 26, p. 519-539, 2006.

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BORGES, Livia de Oliveira; ALVES FILHO, Antônio. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 6, n. 2, p. 177-194, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2001000200006>.

BOSI, A. P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 101, p. 1503-1523, dez. 2007.

BRASIL. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. **Cadernos de Educação**. Brasília, ano XV, n. 22, p. 125-129, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2014/05/cadernos_de_educacao_n.22_2010.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior**. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p.

BRASIL. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Conselho Nacional de Educação (CNE). Ministério da Educação (MEC). **Desafios e perspectivas da educação superior brasileira para a próxima década 2011-2020**. Brasília: UNESCO, CNE, MEC, 2012. 164 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009**. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. Brasília, DF, 9 set. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6957.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRAUN, A. C; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout em professores de ensino especial. **Barbarói**, n. 39, 53-69. 2013. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2805/3053>>. Acesso em: 15 set. 2015.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, D. A. Z. **Síndrome de Burnout**: o esgotamento profissional ameaçando o bem-estar dos professores. 2008. 132 f. Dissertação (Mestrado em Educação) –Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, São Paulo.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, mai./ago. 2008.

CANAVARRO, M. C. et al. WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL 100 e WHOQOL-BREF). In: CANAVARRO, M. C.; VAZ SERRA, A. **Qualidade de vida e saúde**: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. p. 171-190.

CARLOTTO, M. S. A Síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.1, p. 21-29, jan./jun. 2002.

CARLOTTO, M. S. et al. Prevalência e factores associados à Síndrome de Burnout nos professores de ensino especial. **Anal Psicológica**, Lisboa, v. 30, n. 3, jul, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312012000200005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 jun. 2016.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em Professores: Prevalência e Fatores Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 403-410, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/03.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-26, 2006.

CARLOTTO, M. S; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout: uma doença do trabalho na sociedade de bem-estar. **Aletheia**, n. 25, p. 202-203, jan./jun. 2007.

CARNEIRO, R. M. **Síndrome de Burnout**: um desafio para o trabalho do docente universitário. 2010. 86 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis.

CARRASQUEIRA, F.A.; BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. In: **Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR**, Curitiba, v. 5, n. 1, p.1-19, nov., 2010

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. Síndrome de burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 9, n. 1, p. 200-210, jan./jul. 2011.

CARVALHO, J. F. et al. Qualidade de vida no trabalho e fatores motivacionais dos colaboradores nas organizações. **Educação em Foco**, n. 7, p. 21-31, set. 2013.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G.. O que é "um problema de saúde pública"? **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 144-146, Mar. 2006 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100018>.

COSTA, L. S. T.; et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma Amostra de Professores Universitários Brasileiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 636-642, 2013.
 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n4/03.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016

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

CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHRISTOPHORO, R.; WADMAN, M. A. P. Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, v. 24, n. 3, p. 757-763, 2002.

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

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez; Oboré, 1987.

DIEHL, L.; CARLOTTO, M. S. Conhecimento de professores sobre a síndrome de Burnout: processo, fatores de risco e consequências. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 741-752, dez. 2014.

DONATELLE, R. J.; HAWKINS, M. J. Employee stress claims: increasing implications for health promotion programs. **Am J Health Promot**, v. 3, p. 19-25, 1989.

DORIA FILHO, U. **Introdução à bioestatística: para simples mortais**. São Paulo: Negócio Editora, 1999.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, vol. 35, n. 121, p. 157 – 167, 2010.

FABICHAK, C.; SILVA-JÚNIOR, J. S.; MORRONE, L. C. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Rev Bras Med Trab.**, v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. A Interferência da globalização na qualidade de vida no trabalho: a percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 8, n. 3, p. 386-92, ago. 2004.

FELLI, V. E. A; TRONCHIN, D. M. R. La calidad de vida en el trabajo y la salud del trabajador de enfermería. In: KURCGANT, P. (organizador). **Gerenciamiento en enfermería**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 87-105.

FERNANDES, J.D et al. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artigo Original 21(3):[08 telas] maio-jun. 2013 www.eerp.usp.br/rlae.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: Uma Abordagem Centrada no Olhar dos Trabalhadores**. Brasília: Paralelo 15, 2012. 341 p.

FERREIRA, Naiza do Nascimento; LUCCA, Sergio Roberto de. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100068&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>.

FRANÇA, T.L.B. et al. Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, Vol.8, n.10, pp.3539-46, out., 2014. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kkHyW7H4BqMJ:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6347/10570+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 25 Set. 2015.

FRANCO, A. P. Ensino Superior no Brasil: cenário, avanços e contradições. **Jornal de Políticas Educacionais**, n. 4, p. 53–63, jul./dez. 2008.

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

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

GARCIA, L. P.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Investigando o Burnout em Professores universitários. **Interação Psi**, v. 1, p. 76-89, 2003. Disponível em: <<http://gepeb.files.wordpress.com/2011/12/investigando-o-burnout-em-professores-universitc3a1rios.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009. (Educação a Distância, 5).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2002. 41 p.

GIL-MONTE, P. R. CESQT. **Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual**. Madrid, España: TEA, 2011.

GIL-MONTE, P. R. The influence of guilt on the relationship between burnout and depression. **European Psychologist**, v. 17, n. 3, p. 231-236, 2012.

GIL-MONTE, P. R; CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 140-147, fev. 2010.

GOETZEL, R. Z. et al. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. **J Occup Environ Med**, v. 40, p. 843-854, 1998.

GOMES, A. R. et al. Stress, avaliação cognitiva e burnout: um estudo com professores do ensino superior. **Revista Sul Americana de Psicologia**, Vol.1, n.1, 1-20, 2013.

GONÇALVES, F. B. et al. **A importância da qualidade de vida no trabalho e sua influência nas relações humanas.** Anuário de produções acadêmico-científicas dos discentes da Faculdade Araguaia, v. 2, 61-77, 2015.

GUIMARÃES, A. R.; MONTE, E. D.; FARIAS, L. M. O trabalho docente na expansão da educação superior brasileira: entre o produtivismo acadêmico, a intensificação e a precarização do trabalho. **Universidade e Sociedade**, DF, ano XXII, n. 52, p. 34-45, jul. 2013.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho.** 1. ed. v. 3. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HENDERSON, G. Physician burnout. **Hosp Physician**, v. 20, p. 8-9, 1984.

HOLMES, E. S. et al. Síndrome de burnout em enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1841-7, jul. 2014b.

HOLMES, E. S. et al. Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. **Rev. fundam. care. Online**, v. 6, n. 4, p. 1384-1395, out./dez. 2014a.

HOPPE, T. N. **Estresse ocupacional:** Percepções de colaboradores de uma instituição de ensino superior. 2012. 73 f. Monografia. Centro Universitário UNIVATES, Lajeado. Disponível em: <<http://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/407/1/Tamiris%20Hoppe.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

JEPSON, E.; FORREST, S. Individual contributory factors in teacher stress: the role of achievement striving and occupational commitment. **British Journal of Educational Psychology**, v. 76, n. 1, p. 183-97, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica:** Técnicas de pesquisa. 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LARSON, R.; FARBER, B. **Estatística aplicada.** 4. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

LERMAN, Y. et al. Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosom Med*, v. 61, p. 828-833, 1999.

LIMA NETO, E. A. **Cálculo das Probabilidades e Estatística I.** Curso de Matemática. UFPB Virtual, 2015.

LIMA, M. E. F. M.; LIMA-FILHO, D. O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**, v. 14, n. 3, p. 062-082, 2009.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stresse e Trabalho.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LOPES, T.; MELLO J. F. C.; VENTURA, A. F. Doenças profissionais x doenças do trabalho: diferenças e semelhanças. **5º Simpósio de ensino e educação.** Piracicaba, 2007.

- MACÁRIO, E.; VALE, E. S.; ALVES, D. C. Modernização conservadora e ensino superior no Brasil: elementos para uma crítica engajada. **Universidade e Sociedade**, Brasília, DF, ano XXII, n. 52, p. 6-19, jul. 2013.
- MALLAR, S. C; CAPITÃO, C. G. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. **Psico** – USF, v.9, n.1, p. 19-29, jan./jun. 2004.
- MANETTI, M. L; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 79-85, abr. 2007.
- MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n.1, p. 160-6, mar. 2010.
- MARTINEZ, Kilza Alessandra Sanches Cruz, VITTA, Alberto de e LOPES Eymar Sampaio. Avaliação da qualidade de vida dos professores universitários da Cidade de Bauru-SP. **Salusvita**, Bauru, v. 28, n. 3, p. 217-224, 2009.
- MARTINS, A .C. P. Ensino Superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. **Acta Cirúrgica Brasileira**, vol. 17 (suplento 3), 2002.
- MARTINS, C. B. **O Que é Sociologia**. Coleção Primeiros Passos; 57. São Paulo: Brasiliense, 2006, p. 6-71.
- MARTINS, G. A. **Estatística Geral e Aplicada**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2001.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010.
- MASLACH, C. **Burnout**: the cost of caring. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1982.
- MASLACH, C. Entendendo o Burnout. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2007. p.41-55.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, p. 99-113, 1981.
- MASLACH, C.; LEITER, P. M. **Fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus, 1999.
- MAURO, M. Y. C; et al. Riscos ocupacionais em saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 12, p. 338-45, 2004.
- MELAMED, S. et al. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. **J Psychosom Res**, v. 46, p. 591-598, 1999.
- MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.
- MENECHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto**

contexto - enferm., Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 225-233, June 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200002>.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 61-68, abr. 2007.

METZGER, J. L. Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 12-24, 2011.

MOREIRA, D. 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**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700014>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

MORENO-JIMENEZ, B. et al. A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos: cbp-r e mbi-ed. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 11-19, jan./jun. 2002.

MOTTER, A. A.; GRIGORIO, J. M. ; ANTONIO, N. K. S. M. Atividade docente em uma universidade pública brasileira: prazer ou sofrimento no trabalho? **International Journal On Working Conditions**, v. 00, p. 22-42, 2015.

NAKAMURA, H. et al. Natural killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of burnout. **J Psychosom Res**, v. 46, p. 569-578, 1999.

NUNES, M. F. O. et al. Subjective well-being and time use of brazilian PhD professor. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 59, p. 379-387, set./dez. 2014. tab.

OLIVEIRA FILHO, A.; NETTO-OLIVEIRA, E. D.; OLIVEIRA, A. A. B. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 23, n. 1, p. 57-67, 2012.

OLIVEIRA, E. S. G. O. Mal-estar docente como fenômeno da modernidade: os professores no país das maravilhas. **Revista Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 27-41, 2006.

OLIVEIRA, M. G. M.; CARDOSO, C. L. Stress e trabalho docente na área de saúde. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 135-141, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2016.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-156, abr./jun. 1992.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde - OMS. **WHOQOL – ABREVIADO**. Versão em Português. Programa de Saúde Mental. Porto Alegre. 1998.

PAIVA, V. Sobre o conceito de "Capital Humano". **Cadernos de Pesquisa**. n. 113, São Paulo, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n113/a10n113.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2016.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun. 2012.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, 2009.

PESSANHA, E. G. F.; ARTUR, K. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1569-1580, jun. 2013.

PINHEL, I.; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 711-716, dez. 2007.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo – RGS: Universidade Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PRUESSNER, J. C.; HELLHAMMER, D. H.; KIRSCHBAUM, C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. **Psychosom Med**, v. 61, p. 197-204, 1999.

RANGEL, F.B. Sintomas Psicossomáticos e a Organização do Trabalho: um estudo em uma IES. XXXIII ENCONTRO DA ANPAD. SÃO PAULO. 19 A 23 DE SETEMBRO DE 2009. <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR1951.pdf>

REIS, E. **Estatística descritiva**. 4. ed. Lisboa: Silabo, 1998.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica – RIC**, Cairu, v 2, n. 2, p. 75-96, jun. 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, C. D.; CHAVES, L. B.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout em professores de educação pré-escolar. **Interação em Psicologia**, 2010, Vol.14, n.2, 197-204.

RODRIGUES, J. A. (org). **Émile Durkheim**. São Paulo: Ed. Ática, 1993. p. 73-84.

RODRIGUES, M. V; MARTINS, L. G. A. As políticas de privatização e interiorização do ensino superior: massificação ou democratização da educação brasileira. **Revista de Educação**, Valinhos, v.8, n.8, p. 41-52, 2005.

RODRIGUES, R. T. S., BARBOSA, G. S., CHIAVONE, P.A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013, vol. 37, n.2, pp.245-253.

ROSA, R. **O Potencial Educativo das TICS no Ensino Superior: uma revisão sistemática**. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de Uberaba – Minas Gerais. 121 p. 2009.

SANCHES, E. N., et al. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 313-324 out./dez. 2010. Licenciado sob uma Licença Creative Commons. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=3933>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SANTANA, M. A.; BRAGA, R. Brazil The Swinging Pendulum Between Labor Sociology and Labor Movement. **Work and Occupations**, v. 36, p. 96-109, 2009.

SANTANA, M. A; RAMALHO, J. R. **Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

SANTOS, A. A. **Conceito de Saúde**: perspectiva histórica. 2011. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=4108>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

SANTOS, A. F. T. Teoria do capital intelectual e teoria do capital humano: estado, capital e trabalho na política educacional em dois momentos do processo de acumulação. **Anais da Reunião Anual da ANPED**, Caxambu, MG, Brasil, 27, nov. 2014. Disponível em: <<http://27reuniao.anped.org.br/gt09/t095.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

SANTOS, M. S. **Política social no capitalismo monopolista**: função social do Estado e controle do capital. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social, Maceió.

SANTOS, S.R. et al. Burnout Syndrome and Quality of Life in Nursing Professors of a Public University. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 9, June 2016. ISSN 1755-7682. Available at: <<http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1554>>.

SARQUIS, L. M. M. et al. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. **Cogitare Enferm**, v. 9, n. 1, p. 15-24, 2004.

SCHLINDWEIN, V. L. Dal C. & Moraes, P. R. (2014). Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Vol. 17, n. 1, pp.20-41.

SELL, C. E. A Sociologia Weberiana da Ciência. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 11, n. 20, abr. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2012v11n20p23/22109>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

SHANAFELT, T. D.; BRADLEY, K. A.; WIPF, J. E.; BACK, A. L. Burnout and selfreported patient care in an internal medicine residency program. **Ann Intern Med**, v. 136, p. 358-367, 2002.

SILVA JÚNIOR, J. R.; SGUISSARDI, V. **As novas faces da educação superior no Brasil - reforma do Estado e mudança na produção**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa et al . Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 390-397, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300390&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>.

SILVA, S. A. **O caminho lato sensu da precarização do trabalho docente universitário na UECE**. 2005. 92 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp083561.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

SILVANY, A. A. T. et al. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 24, p. 42-46, 2000.

SIMÕES, Elaine Cristina. **Investigação de esgotamento físico e emocional (burnout) entre professores usuários de um hospital público do município de São Paulo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/D.6.2014.tde-11112014-125235. Acesso em: 2016-11-09.

SOUZA, M. C; GUIMARÃES, A. C. A; ARAÚJO, C. C. R. E. Estresse no trabalho em professores universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 35, p. 1-8, jan./mar. 2013.

TARDIF, M.; LESSARD, C. **O trabalho docente**: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A.D.; ROCHA, M.N.D.. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: Uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.18, n.6, pp. 1.635-46, 2013.

TIBÚRCIO, A.; MORENO, C.R.C. Síndrome de Burnout em professores do ensino médio de escolas pertencentes à Gerência Regional de Educação e Inovação (GEREI) do município de Tubarão (sc). InterfaceHS - **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, São Paulo, v. 4, n. 1, abr./ago. 2009 . Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/14239>. Acesso em: 12 ago 2015.

TRIGO, T. R; TENG, C. T; HALLAK, E. C. Síndrome de burnout e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 10 ed. Rio de Janeiro, LTC. 2008.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O. O Ensino de Nível Superior no Brasil e as Competências Docentes: Um olhar reflexivo sobre essa prática. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 9, p. 209-226, jul./dez. 2010.

VIALI, L. **SÉRIE: Estatística Básica**. Texto 4: Testes de Hipóteses. (Material didático). (n.d.). 29 p. 2014. Disponível em: http://www.pucrs.br/famat/viali/graduacao/engenharias/material/apostilas/Apostila_4.pdf. Acesso em: 17 jun. 2016.

VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 271-286, jul. 2007.

VIETTA, E. P.; UEHARA, M.; NETTO, K. A. S. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Revista Latino Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 107-116, jul. 1998.

VOLPATO, M., CIMBALISTA, S. O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. **Revista FAE**, v.5, n.3, p.75-86, set/dez, 2002.

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

YAMAMOTO, M. P. A Prática Interdisciplinar no Mestrado Acadêmico: Implicações no Desenvolvimento Pessoal e Profissional dos Estudantes. Tese (Doutorado em Educação): Currículo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC/SP, 318 p. 2013

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César; ARAUJO, Anísio José da Silva. Psicopatologia do trabalho. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 17, n. 4, p. 733-735, Dec. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400021>.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Pesquisa: Síndrome de *burnout* em professores universitários da área da saúde: repercussões na qualidade do ensino e da saúde dos mesmos

Instrução: Por favor, responda a todas as questões. Sua participação é muito importante. Obrigada.

I Dados sociodemográficos

1. Sexo: 1 (☐) Feminino 2 (☐) Masculino
2. Idade: _____
3. Estado Civil: _____
4. Filhos 1 (☐) Sim 2 (☐) Não Quantos? _____
5. Renda familiar em salários mínimos (SM)
 1(☐) menos de 5 SM 2(☐) de 5 a 10 SM 3(☐) de 11 a 20 SM 4(☐) mais de 20 SM
6. Tempo de atuação em anos? _____
7. Formação:
8. Titulação:
 (☐) Especialização (☐) Mestrado (☐) Doutorado (☐) Pós-doutorado
9. Regime de trabalho: T-20 (☐) T-40 (☐) Dedicção Exclusiva (☐)

II Dados profissionais

10. Exerce alguma função além da docência na UFPB 1 (☐) Sim 2 (☐) Não
11. Se sim, qual? _____
12. Ministra aulas para: (☐) Graduação (☐) Pós-Graduação
13. Turno de trabalho na UFPB: (☐) Manhã (☐) Tarde (☐) Noite
14. Possui outro emprego: (☐) Sim (☐) Não.
15. Se respondeu sim, que atividade é essa? _____
16. Quantas horas gasta semanalmente nesse outro emprego? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Síndrome de Burnout em Professores Universitários da Área da Saúde e Qualidade de Vida

Pesquisadora: Leila de Cássia Tavares da Fonsêca

Orientadores: Sérgio Ribeiro dos Santos e Jaqueline Vidal Batista

Prezado (a) Senhor (a),

Convidamos V. Sra. Para participar da pesquisa sobre a Síndrome de Burnout e a qualidade de vida em professores universitários da área da saúde. O estudo apresenta como objetivo geral: Avaliar a Síndrome de Burnout em professores universitários da área da saúde da Universidade Federal da Paraíba e como objetivos específicos: Caracterizar as variáveis que influenciam o desenvolvimento da Síndrome de Burnout em professores universitários; Verificar se a Síndrome de Burnout interfere na saúde dos professores e Analisar o impacto da Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos professores universitários, a partir de árvore de decisão.

Esta pesquisa contribuirá para a identificação de melhorias no processo de trabalho dos professores da área da saúde, mais precisamente do CCS e do CCM, assim como a identificação dos possíveis casos de SB, ou de risco para seu desenvolvimento, e com isto construir um modelo de decisão para solucionar os problemas que evidenciam esses casos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará risco previsível a sua pessoa, a não ser constrangimento para responder algumas perguntas.

Solicitamos a sua colaboração para responder aos questionários apresentados pela pesquisadora, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo e mantidas sob a nossa guarda e responsabilidade.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/ 2015

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Impressão Digital

Assinatura da Pesquisadora

Endereço: e telefones para contato com dos pesquisadores: Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde – GEPAIE/ CCS/DENC da UFPB – Telefone: (83) 3216-7842, Coordenação do PPGEN/CCS/UFPB – Telefones: (83) 3216-7109 e Comitê de ética e Pesquisa do CCS/UFPB – Telefone: (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com ou da Pesquisadora Responsável: leilafonseccarr@hotmail.com Telefones: (83) 8899-5105/9139-8475/3216-7248

ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE SB

INFORMAÇÃO SOBRE O QUESTIONÁRIO – CESQT

O questionário que você irá preencher não será mostrado em nenhum caso ou circunstância a outras pessoas de sua instituição. Só terão acesso ao seu conteúdo os membros da equipe de investigação. Todos os dados serão tratados confidencialmente. O seu anonimato será mantido em todo o momento, e os dados somente serão analisados de forma coletiva

É importante que você responda a todas as questões, pois as omissões invalidam o conjunto da escala.

Certifique-se, ao final, se todas as questões foram respondidas.

Pense com que frequência lhe ocorrem às ideias abaixo, tendo em conta a escala de 0 a 4. Para responder, faça um X na alternativa (número) que mais se ajusta à sua situação:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Diariamente

1) O meu trabalho representa, para mim, um desafio estimulante.	0	1	2	3	4
2) Não me agrada atender algumas pessoas em meu trabalho.	0	1	2	3	4
3) Acho que muitas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são insuportáveis.	0	1	2	3	4
4) Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.	0	1	2	3	4
5) Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.	0	1	2	3	4
6) Acho que as pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são desagradáveis.	0	1	2	3	4
7) Penso que trato com indiferença algumas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho.	0	1	2	3	4
8) Penso que estou saturado/a pelo meu trabalho	0	1	2	3	4
9) Sinto-me culpado/a por algumas das minhas atitudes no trabalho.	0	1	2	3	4
10) Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas.	0	1	2	3	4
11) Aprecio ser irônico/a com algumas pessoas em meu trabalho.	0	1	2	3	4
12) Sinto-me pressionado/a pelo trabalho.	0	1	2	3	4
13) Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.	0	1	2	3	4
14) Rotulo ou classifico as pessoas com quem me relaciono no trabalho segundo o seu comportamento.	0	1	2	3	4
15) O meu trabalho é gratificante.	0	1	2	3	4
16) Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.	0	1	2	3	4
17) Sinto-me cansado/a fisicamente no trabalho.	0	1	2	3	4
18) Sinto-me desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
19) Sinto-me realizado com meu trabalho.	0	1	2	3	4
20) Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.	0	1	2	3	4

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-Bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C – CERTIDÃO DE HOMOLOGAÇÃO DO PROJETO NO PPGENF

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

**CERTIDÃO**

Certifico, para fins de comprovação, que o Projeto de Tese intitulado: ***“SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA”*** da doutoranda: **LEILA DE CÁSSIA TAVARES DA FONSÊCA**, sob orientação do Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos, foi **APROVADO** pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde - GEPAIE, no dia 08 de abril de 2015, e a aprovação foi **HOMOLOGADA** pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Reunião Ordinária no dia 13 de abril de 2015.

João Pessoa, 13 de abril de 2015.

Prof. Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem