



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

JAQUELINE GOMES DE SOUZA SANTOS

*RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SÍNDROME DE BURNOUT  
NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO EM FORTALEZA – CE.*

FORTALEZA  
2012

JAQUELINE GOMES DE SOUZA SANTOS

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SÍNDROME DE  
BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO EM  
FORTALEZA – CE.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza.

Fortaleza  
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S235r Santos, Jaqueline Gomes de Souza

Relação entre qualidade de vida no trabalho e síndrome de Burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino em Fortaleza-CE. Jaqueline Gomes de Souza Santos.- 2012.  
106f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Gestão Estratégicas para as IES.

Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Sousa.

1. Esgotamento profissional 2. Saúde do trabalhador 3. Pessoal de saúde I. Título

CDD: 158.723

---

JAQUELINE GOMES DE SOUZA SANTOS

***RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SÍNDROME DE BURNOUT  
NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO EM FORTALEZA – CE.***

Dissertação apresentada como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, outorgado pela Universidade Federal do Ceará, e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade. A citação de qualquer trecho desta dissertação é permitida desde que seja feita em conformidade com as normas da ética científica.

Dissertação aprovada em 29 /08/2012.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza  
Orientadora – Universidade Federal do Ceará/UFC

---

Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves  
Examinadora – Universidade Federal do Ceará/UFC

---

Prof. Dr. Wagner Bandeira Andriola  
Examinador – Universidade Federal do Ceará/UFC

---

Profa. Dra. Josenília Maria Alves Gomes  
Examinadora – Universidade de Fortaleza/UNIFOR

*Ao meu marido, **Elisário Neto**, por tudo que significa para mim, em especial pelo apoio nos momentos árdus dessa caminhada.*

*Ao fruto desse amor **Antônio Lucas**, nosso filhotinho, que a cada dia me faz a mãe mais feliz e amada do mundo, você é bênção de Deus em nossas vidas.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu **DEUS**, Altíssimo, Supremo, Maravilhoso, Digno de toda Honra, Louvor e Glória. Antes Te conhecia de ouvir falar, porém hoje tenho o privilégio de contigo caminhar. Lança o teu cuidado sobre o SENHOR, e ele te susterá; não permitirá jamais que o justo seja abalado (Salmos 55:22).

Aos meus pais, **Jakson Bezerra de Souza** e **Leane Gomes de Souza**, por uma educação baseada em princípios e exemplos. Sei que posso contar com vocês sempre, em especial através das orações. Tenho muito orgulho de ser fruto desse amor!

Aos meus irmãos, **Jacques José Gomes de Souza** e **Patrícia Gomes de Souza Melo**, pelo incentivo mesmo a distância. Sinto muita falta da nossa convivência!

Ao primo do meu marido, portanto meu primo também **Romero Jacob de Oliveira Lima** pelo apoio e paciência no suporte técnico, espero que após essa caminhada você se apaixone pelas pesquisas. Não foi fácil, mas foi extremamente gratificante finalizar essa dissertação.

A minha orientadora, **Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza**, que acreditou em meu potencial e que ao longo dessa jornada, através de atitudes éticas, companheirismo, dedicação, paciência, conduziu com maestria ímpar a concepção, o desenvolvimento e o nascimento dessa dissertação.

As **Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves** e **Profa. Dra. Josenília Maria Alves Gomes**, pela disponibilidade, pontualidade e preciosas contribuições na qualificação e defesa dessa dissertação.

Ao **Prof. André Jalles Monteiro**, pela orientação e disponibilidade nas análises estatísticas.

A **Profa. Joana D`Arc de Oliveira**, da FEAAC, pela presteza, orientação e disponibilidade nas análises estatísticas e revisão. Você é maravilhosa!

A **Adeli Gomes Moreira**, bibliotecária, pela disponibilidade e carinho dispensados na confecção da ficha catalográfica e revisão das referencias. Muito obrigada.

Aos **Coordenadores e Docentes** do programa de Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, pois cada um, segundo as suas peculiaridades, passou muito mais que conhecimento.

A **Fernanda Alves de Araújo**, secretária executiva e **José Delmiro Vasconcelos Neto** apoio administrativo-pedagógico do POLEDUC, pelo profissionalismo e pela disponibilidade sempre presente.

Aos colegas de mestrado pelas experiências compartilhadas, em especial: **Eliana de Goes Resende, Marta Sorelia Felix de Castro, Polliana de Luna Nunes Barreto, Regina dos Santos Marques e Renaud Ponte Aguiar.**

A saudosa Enfermeira e amiga **Lúcia Regina Ferreira da Silva** (*in memoriam*), Diretora de Enfermagem dos Hospitais Universitários da UFC, pelo privilégio de conhecê-la de perto e por compartilhar muitos momentos especiais juntas. Sua partida repentina e tão precoce deixou um imenso vazio. Creio, sustentada por uma fé mais poderosa que a morte, que esta é apenas um sono e que Jesus logo irá despertar quando levar seu povo para si e conceder a vida eterna. “Lázaro, o nosso amigo dorme, mas vou despertá-lo do sono” (João 11:11).

A Enfermeira Mestre **Francisca de Melo Beserra** amiga certa em todos os momentos, pelo companheirismo, pela conduta ética e por me apoiar na minha formação acadêmica.

As Enfermeiras **Clébia Azevedo de Lima, Leda Fátima Rocha Miranda, Maria José Nascimento Flor** e a todos os colegas do ambulatório de transplante hepático pelo apoio em todos os momentos, especialmente a **Mirian Lima de Sousa** que nos contagia diariamente com seu profissionalismo, sua alegria e bom humor.

A **todos os Profissionais da Saúde do HUWC** que participaram desse estudo, mesmo quando muito ocupados, sem vocês essa pesquisa não seria possível.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.*

***Fernando Pessoa***

## RESUMO

SANTOS, Jaqueline Gomes de Souza. Relação entre qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino em Fortaleza – CE. 106 fl. Dissertação – Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, UFC, Fortaleza, 2012.

O trabalho na área da saúde possui valores éticos e sociais de extrema grandeza, ou seja, alívio do sofrimento e recuperação da saúde; para os profissionais o significado do trabalho é favorecer o fortalecimento da identidade. Acredita-se que promover e manter uma adequada qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde beneficia a instituição na medida em que, indivíduos satisfeitos melhoram sua produtividade, revertendo, portanto, em melhoria da assistência prestada e do ambiente laboral. Este estudo objetiva investigar a relação entre a qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino. O esgotamento emocional tem despertado interesse de vários pesquisadores e apresenta grande impacto sobre a saúde e o desempenho do trabalhador. Consiste na falta de recursos emocionais e na exaustão física ou psicológica que leva a uma sensação de impotência, é caracterizado pela perda progressiva de energia seguida de esgotamento físico e mental. A despersonalização inclui o desenvolvimento de atitudes negativas e distantes para com as pessoas a quem assiste, elas passam a ser tratadas de maneira fria e impessoal. A ausência de realização profissional leva a sentimentos de fracasso e a redução da autoestima. Essa investigação utiliza, no estado da arte, referenciais de Maslach e Jackson, Benevides-Pereira, Tamayo, França, Fleck, Seyle, Lipp, entre outros. A pesquisa, com base nos objetivos trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. A estratégia utilizada para coleta de dados foi a utilização de 3 questionários estruturados com questões objetivas com abordagem sócio profissional e demográfico, o nível de qualidade de vida no trabalho através do instrumento QWLQ – bref e por último o MBI para avaliar como os profissionais da saúde vivenciam seu trabalho. Para apresentação dos dados utilizou-se as técnicas da estatística descritiva, cujos resultados foram demonstrados através de gráficos e após procedeu-se ao tratamento estatístico utilizando para a análise o software SPSS – versão 13. Os resultados da pesquisa revelam um contexto onde os profissionais da saúde do HUWC/UFC estão com níveis satisfatórios de QVT (60,30%), sobressaindo o domínio pessoal (67,58%) enquanto que o domínio profissional atingiu o menor índice (50,86%). Pode-se afirmar que esses profissionais não estão em burnout, porém apresentaram níveis moderados de exaustão emocional (48,58%), despersonalização (58,19%) e baixa realização profissional (53,67%). Os dados obtidos permitem afirmar que existe correlação significativa entre os domínios de QVT e as dimensões de burnout. Assegura-se que manter e aprimorar a saúde desses trabalhadores é de fundamental importância, pois reflete diretamente na qualidade da assistência oferecida aos pacientes e na relação interpessoal.

**Palavras-chave:** Esgotamento profissional, Saúde do trabalhador, Pessoal de saúde.

## ABSTRACT

SANTOS, Jaqueline Gomes de Souza. Quality of work life and relationship with burnout in health professionals from a teaching hospital in Fortaleza – CE. 106 sheets. Thesis – Master of Public Policy and Management of Higher Education, UFC, Fortaleza, 2012.

The works in healthcare has ethical and social values of extreme magnitude, alleviation of suffering and restore health; professionals to the meaning of work are to promote the strengthening of identity. It is believed that promotes and maintains an adequate quality of life in the work of health professional's benefit the institution in that, satisfied individuals improve their productivity, reversing hence in improving assistance and the work environment. This study investigates the relationship between quality of work life and burnout in health professionals in a teaching hospital. The emotional exhaustion has attracted attention of many researchers and has a great impact on the health and performance of the worker. Is the lack of resources and emotional exhaustion in physical or psychological that leads to a sense of impotence, is characterized by progressive loss of energy followed by physical and mental exhaustion. Depersonalization includes the development of negative attitudes and distant to people who watch, they are now treated in a cold and impersonal. The absence of professional achievement leads to feelings of failure and reduced self-esteem. This research uses state of the art, benchmarks Maslach and Jackson, Benevides-Pereira, Tamayo, França, Fleck, Seyle, Lipp, among others. The research, based on the goals it is a descriptive study with cross-sectional quantitative approach. The strategy used for data collection was through the use of 3 objective structured questionnaire with demographic and socio-professional approach, the quality of work life through the instrument QWLQ - bref and finally the MBI to assess how professionals health work experience. For data presentation techniques we used descriptive statistics, the results of which were shown through charts and after preceded to statistical analysis using SPSS - version 13. The survey results reveal a context where health professionals from HUWC / UFC are satisfactory level of quality of work life (60,30%), highlighting the personal domain (67,58%) while the professional field reached the lowest rate (50,86%). It can be argued that these are not professional burnout, but showed moderate levels of emotional exhaustion (48,58%), depersonalization (58,19%) and low job satisfaction (53,67%). The data have revealed that a significant correlation exists between the domains of quality of work life and dimensions of burnout. Ensures that maintain and improve the health of these workers is of fundamental importance because it reflects directly on the quality of care offered to patients and in interpersonal relationships.

**Keywords:** Burnout, Professional. Occupational Health. Health Personnel.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO .....	18
1.1 HIPÓTESES .....	24
1.2 OBJETIVOS .....	24
1.2.1 Objetivo geral .....	24
1.2.2 Objetivos específicos.....	24
CAPÍTULO 2 – O ESTADO DA ARTE .....	25
2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR .....	26
2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	32
2.3 SÍNDROME DE BURNOUT E ESTRESSE .....	35
2.3.1 Síndrome de burnout .....	35
2.3.2 Estresse.....	43
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA .....	48
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	49
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	49
3.3 LÓCUS DA PESQUISA .....	50
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	51
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	52
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	53
3.7 APLICAÇÃO DO ESTUDO.....	53
3.8 INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	54
3.9 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	56
3.10 ASPECTOS ÉTICOS DOS PROCEDIMENTOS DA PESQUISA .....	58
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	59
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC.....	60
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA QVT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC .....	66
4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA SINDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC .....	70
4.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS CORRELAÇÕES ENTRE QVT E DA SINDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC .....	71
4.5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS REGRESSÕES ENTRE QVT E DA SINDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC .....	73
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76
REFERÊNCIAS .....	83
ANEXOS.....	93
APÊNCIDES .....	102

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

SB – Síndrome de Burnout

UFC – Universidade Federal do Ceará

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio

IES – Instituição de Ensino Superior

MBI – Inventário em Burnout de Maslach

PS – Profissionais da Saúde

LER – Lesão por esforço repetitivo

DORT - Distúrbio Ósteo Muscular Relacionado ao Trabalho

NR – Norma Regulamentadora

SB – Síndrome de Burnout

EE – Exaustão Emocional

DP – Despersonalização

RP – Realização Profissional

SUS – Sistema Único de Saúde

CF – Constituição Federal

QWLQ – bref – Quality of Working Life Questionnaire (Questionário de qualidade de vida no trabalho versão abreviada)

CID – Código Internacional das Doenças

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Fisiologia do estresse .....	45
Figura 2 – Curva e fases do estresse .....	46

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho.....	29
Quadro 2 – Resumo esquemático da sintomatologia da síndrome de burnout .....	38
Quadro 3 – Resumo esquemático das consequências da síndrome de burnout.....	39
Quadro 4 – Escala de resultados do instrumento QWLQ – bref .....	67

## LISTA DE TABELAS

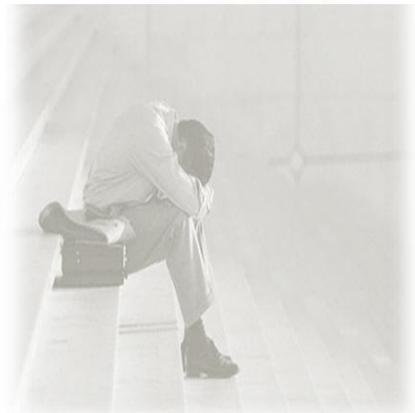
Tabela 1 – Valores da escala do MBI desenvolvidos sobre a SB.....	53
Tabela 2 – Distribuição das frequências e porcentagens das variáveis sócio demográficas .....	61
Tabela 3 – Distribuição das frequências e porcentagens da característica sócio profissional .....	62
Tabela 4 – Cálculos estatísticos dos resultados obtidos pelos domínios da QVT.....	67
Tabela 5 – Distribuição dos resultados e porcentagens das dimensões da SB.....	70
Tabela 6 – Correlação linear de Pearson entre as variáveis analisadas .....	71
Tabela 7 – Correlação entre idade e número de filhos com as dimensões da SB e QVT.....	72
Tabela 8 – Resultado da regressão entre o domínio físico/saúde QVT e as variáveis da SB.....	73
Tabela 9 – Resultado da regressão entre o domínio psicológico da QVT e as variáveis da SB ..	73

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição, por idade, dos profissionais da saúde do HUWC.....	63
Gráfico 2 – Distribuição, segundo estado civil, dos profissionais da saúde do HUWC.....	64
Gráfico 3 – Distribuição, segundo números de filhos, dos profissionais de saúde do HUWC....	65
Gráfico 4 – Distribuição, segundo escolaridade, dos auxiliares e técnicos de enfermagem do HUWC .....	66
Gráfico 5 – Distribuição dos resultados da QVT dos profissionais de saúde do HUWC.....	68
Gráfico 6 – Avaliação da QVT, por categoria, dos profissionais de saúde do HUWC.....	69



***APRESENTAÇÃO***



Esta dissertação é resultado de um estudo sobre a qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde do Hospital Universitário Walter Cantídio. Esses dois temas têm sido objeto de estudo no Brasil, bem como em vários países devido ao impacto que causa nos trabalhadores e nas empresas.

Apontam uma alta incidência e prevalência de sofrimento relacionado ao trabalho que acomete os indivíduos levando-os ao adoecimento e afastamento das atividades laborais o que contribui para que as empresas assumam altos custos pelo absenteísmo, baixa produtividade, baixa qualidade dos serviços prestados e afastamentos médico.

A presente dissertação foi estruturada e organizada didaticamente em forma de capítulos, como segue:

O **capítulo 1** apresenta a temática a ser abordada. Nele, mostra-se o problema da pesquisa, a justificativa e a pertinência.

O **capítulo 2** explora o estado da arte que fundamentam os seguintes assuntos: saúde do trabalhador, bases legais sobre a saúde do trabalhador, qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho, estresse e síndrome de burnout.

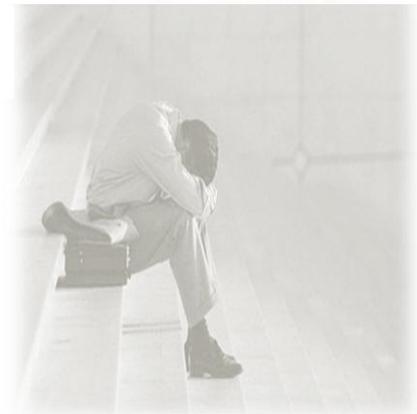
O **capítulo 3** descreve a casuística, a método de investigação, local da pesquisa, procedimentos realizados e aspectos éticos.

O **capítulo 4** apresenta os resultados do estudo e a discussão sobre os dados encontrados, relacionando-os aos de outros estudos.

O **capítulo 5** expõe as conclusões da investigação e as considerações finais. Todo conhecimento pode ser convertido em melhorias, portanto apresentam-se sugestões de intervenções práticas visando melhorar a qualidade de vida dos profissionais do HUWC/UFC.



## ***1 INTRODUÇÃO***



Em minha trajetória profissional como enfermeira, exercendo atividades ora assistenciais ora gerenciais, observo algumas situações de esgotamento emocional acometendo diversos profissionais da área da saúde, em especial os profissionais da enfermagem pela proximidade da relação profissional. Os processos de trabalho associado a vários vínculos empregatícios e a sobrecarga de plantões, devido ao dimensionamento inadequado de profissionais, têm contribuído para elevar as taxas de absenteísmo e de rotatividade de profissionais, refletindo-se no aumento de custos trabalhistas, bem como no aumento das horas de seleção e treinamentos.

Oportunamente trabalhei em hospitais privados e públicos, como celetista e prestadora de serviço e há dez anos atuo como servidora pública federal em um hospital de ensino. Nos vários cenários citados pude observar que os sinais de esgotamento emocional presentes em alguns profissionais imprimiam-lhes atitudes irritadiças e relacionamentos interpessoais conflituosos, tanto com seus colegas de trabalho quanto com aqueles que estavam sob seus cuidados – os pacientes.

O interesse em estudar o esgotamento emocional nos profissionais da saúde ocorreu em 2005 quando cursava a Especialização em Gestão Universitária, pela Universidade Federal do Ceará – UFC, em um momento de reflexão pessoal e profissional, especialmente pela descoberta do tema síndrome de burnout e pelo desenvolvimento da monografia intitulada: “Avaliação da ocorrência da síndrome de burnout na equipe de enfermagem no centro cirúrgico do Hospital Universitário Walter Cantídio: uma aplicação do Inventário em Burnout de Maslach”.

A monografia foi realizada com um grupo reduzido de sujeitos e a conclusão apontou que os profissionais estudados estavam acometidos de uma leve exaustão emocional, bem menor quando comparado a estudos similares.

O psicólogo norte americano Freudenberger, na década de 70, utilizou o termo burnout para indicar um estado de cansaço físico e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimentos de impotência, frustração, inutilidade e baixa autoestima, que podem levar o indivíduo à depressão, podendo em estágios mais avançados levar ao suicídio.

Jorge-Rodrigues *et al* (2005) explicam que esses acontecimentos são resultado de um excesso de demanda de energia, força ou recursos que, no caso dos profissionais da saúde, podem levá-los a tornarem-se insensíveis, incompreensivos e até mesmo agressivos no lidar com os pacientes que estão sob seus cuidados.

Burnout é definido como uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização profissional que pode ocorrer em indivíduos que trabalham diretamente

com pessoas, bem como um processo de perda da criatividade seguida pela sensação de tédio e aversão pelo trabalho, sua predileção é acometer profissionais idealistas e motivados para o trabalho (MASLACH; JACKSON, 1981).

Estudos mostram que o desequilíbrio na saúde dos funcionários pode levá-lo a ausentar-se do trabalho gerando despesas elevadas referentes à reposição do profissional o que pode refletir diretamente na qualidade dos serviços, bem como na produtividade e na lucratividade da organização (MORENO-JIMENEZ, 2000; SCHAUFELI, 1999).

No ambiente hospitalar o estresse é percebido na maneira como os profissionais se comportam, ou seja: equipes desmotivadas, apáticas, cansadas, indiferentes, ocasionando conflitos e insatisfação nos próprios profissionais (LAUTERT *et al.*, 1995).

Define-se, segundo o dicionário Aurélio, estresse como “o conjunto de reações do organismo a agressão de ordem física, psíquica, infecciosa e outras capazes de perturbar a homeostase (equilíbrio)” (FERREIRA, 2004).

Bachion *et al.* (1998) demonstraram que entre os profissionais da saúde, especialmente entre enfermeiros, o aparecimento de estresse é muito alto, com o agravante de os enfermeiros estarem tão envolvidos na assistência ao paciente que, muitas vezes não percebem sua própria vulnerabilidade.

O estado de exaustão física, emocional e mental pode levar a uma desconsideração pelas pessoas e a sentimentos de incapacidade o que constitui a síndrome de burnout. Trata-se de uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais no trabalho, acumuladas ao longo do tempo. Este é um problema que, para Martinez (1997), tem levado a desmotivação profissional naqueles que atuam diretamente com pessoas.

Segundo Tamayo *et al.* (2004), o trabalho representa para o indivíduo um dos aspectos mais relevantes de sua vida e é inseparável da sua existência. Não é só a produção de bens, mas uma forma de realização pessoal, visto que o indivíduo dedica a maior parte da sua vida ao trabalho. A relação entre o trabalho e o bem-estar do trabalhador requer a implantação de medidas e de políticas de construção de uma cultura organizacional em que seja garantida a qualidade de vida no trabalho e conseqüente realização profissional.

O trabalho na área da saúde possui valores éticos e sociais de grande magnitude, ou seja, alívio do sofrimento e recuperação da saúde. Para os profissionais da saúde o significado do trabalho é favorecer o fortalecimento da identidade.

No Brasil, a crise que o setor da saúde vem enfrentando caracteriza-se como uma inabilidade governamental e das organizações de saúde, fato este que poderia desencadear

novas experiências através de redesenho no sistema de gestão, bem como no desenvolvimento de ferramentas gerenciais menos burocráticas e mais eficientes.

Diante de todas as dificuldades de se desenvolver os processos de mudança nas organizações, é de suma importância que elas ocorram de forma organizada e gradual, contando com a colaboração de todos os indivíduos envolvidos de modo que minimize as resistências.

Para que isso ocorra faz-se necessário que os profissionais da saúde assumam o papel de desencadeador do processo de mudança desde que o gestor trabalhe em conjunto, entendendo-a como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento e não como uma ameaça. Porém, as experiências vivenciadas nas instituições de saúde trazem, para a maioria dos profissionais, sobrecarga de trabalho e perda do reconhecimento profissional, corroborando para a elevação de casos de burnout entre estes trabalhadores (MENDES, 2007).

O esgotamento emocional tem despertado interesse de vários pesquisadores e apresenta grande impacto sobre a saúde e o desempenho do trabalhador. Consiste na falta de recursos emocionais e na exaustão física ou psicológica que leva a uma sensação de impotência; é caracterizado pela perda progressiva de energia seguida de esgotamento físico e mental. A despersonalização inclui o desenvolvimento de atitudes negativas e distantes para com as pessoas a quem assiste, elas passam a ser tratadas de maneira fria e impessoal (MASLACH; JACKSON, 1981).

A ausência de realização profissional leva a sentimentos de fracasso e a redução da autoestima. A falta de motivação e a insatisfação com o trabalho são ocasionadas pela sensação de incapacidade que o trabalhador passa a ter em relação ao cumprimento de sua função. Os sinais iniciais incluem sentimentos de exaustão emocional e física, sentimento de alienação, cinismo, impaciência, negativismo e isolamento.

Ao iniciar o Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior (PODEDUC), pela Universidade Federal do Ceará (UFC) busco desenvolver a linha de pesquisa referente à gestão estratégica para as Instituições de Ensino Superior (IES) que visa analisar, entre outros, a gestão da qualidade de vida no trabalho.

A escolha profissional é pessoal e normalmente ocorre na fase da adolescência e apesar de ser uma decisão opcional pode acontecer sobre pressão, pois essa escolha representa a busca pela independência financeira, bem como um significado para a vida. Moura (2001, p.21) afirma que “quando quem decide é um adolescente, essa escolha gera mais conflito em

função não apenas das dificuldades próprias dessa fase, mas também pelas sérias implicações que a decisão presente pode acarretar no futuro”.

Nas considerações de Conte (2003, p. 34) “o que mais desejamos na vida é felicidade, busca antiga do homem. Porém, para ser feliz é necessário ter saúde, satisfação pessoal e com o trabalho que são elementos importantes na qualidade de vida”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). No entanto, as políticas públicas em saúde e a própria formação dos profissionais colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade, apenas a partir da década de 1980 houve preocupação em estudar não apenas a frequência e a severidade das doenças, mas também a avaliação de medidas que impactavam a doença e suas consequências com a rotina diária.

O ser humano busca um equilíbrio entre as dimensões física, psicológica, social e espiritual, porém com as demandas do mundo moderno ocorre um desequilíbrio que pode acentuar-se e na maioria das vezes não sobra tempo para a pessoa cuidar de si. O trabalho ocupa um tempo importante na vida do indivíduo, algumas vezes passa-se mais tempo no trabalho do que com a família, assim as queixas de cansaço e esgotamento físico e emocional tornam-se cada vez mais frequentes.

O estudo realizado por Cecagno e Siqueira (2002) corrobora com essa questão quando afirma que a qualidade de vida dos trabalhadores influencia na qualidade do cuidado prestado, sendo necessária a investigação e valorização da percepção de cada indivíduo sobre sua vida.

Ao optar pela área da saúde o indivíduo abre possibilidades de duas, três ou mais jornadas de trabalho, pois o serviço ocorre quase sempre em regime de plantão, o que para alguns pode significar um incremento salarial, para outros um prejuízo na qualidade de vida proveniente de desgaste físico e mental decorrente da sobrecarga de trabalho.

Segundo Guimarães *et al* (2004) e Fischer (1997), a atividade realizada em turnos é sabidamente prejudicial à saúde do trabalhador, em especial aos profissionais da saúde. O sistema de turnos foi implantado desde tempos remotos e é mantido na atualidade, caracterizando-se em funcionar por períodos nos quais várias equipes fazem revezamento através de rodízios com a proposta de assegurar o funcionamento da instituição durante 24 horas, ou seja, abrange os turnos matutino, vespertino e noturno, podendo ter horários fixos ou rotativos.

O número de profissionais da saúde que trabalham por turnos é elevado e gera consequências na saúde, vida familiar e contexto organizacional, desta forma considera-se que o trabalho por turnos constitui um problema evidente de saúde ocupacional.

Segundo Fisher (1997), os esforços que os trabalhadores da saúde têm em realizar um reajustamento dos ritmos biológicos e psicológicos, levam ao surgimento de queixas de perturbações do sono, de perturbações gastrointestinais e cardiovasculares, de fadiga crónica, de depressão, de ansiedade, entre outros. As consequências desses sintomas são observadas a curto, médio e longo prazo, tanto na saúde dos trabalhadores como na capacidade operacional, na qualidade da assistência prestada e na segurança do trabalho.

Para Pillati e Bejarano (2005, p. 89), qualidade de vida no trabalho (QVT) se apresenta “como um indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho”. Esse conceito está intimamente atrelado à satisfação dos indivíduos num ambiente de trabalho seguro, com oportunidades de crescimento profissional.

Desse modo, segundo Beserra (2009), verifica-se que a qualidade de vida no trabalho não se refere apenas à integridade física, mas a sanidade psicológica dentro de um ambiente competitivo, com relações interpessoais cotidianas e tecnologias duras que se interpõem ao ser humano cuidando de outro no ambiente hospitalar.

Conforme Malvezzi (2004), através do trabalho o indivíduo pode perceber a sua vida como um projeto que pode expressar independência, produzindo recursos materiais, culturais e institucionais de modo a constituir seu ambiente e desenvolver seu padrão de qualidade de vida.

O tema desse estudo se reveste de importância, pois poderá subsidiar políticas públicas na gestão de pessoas que viabilizem uma melhor qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde, prevenindo os fatores estressores da atividade laboral que pode ser desencadeador da síndrome de burnout.

Acredita-se que, manter uma adequada qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde beneficia a instituição na medida em que, indivíduos satisfeitos melhoram sua produtividade, revertendo, portanto, em melhoria da assistência prestada.

Observa-se que a síndrome de burnout e a qualidade de vida no trabalho normalmente são estudadas separadamente e com grupos isolados de profissionais, mas como ambas estão relacionadas diretamente ao trabalho buscou-se verificar se há alguma relação entre si.

Diante do exposto evidencia-se a seguinte problemática: Como se apresenta a qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde do Hospital Universitário Walter Cantídio? Há evidências da síndrome de burnout nesses profissionais? Existe alguma relação entre qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout?

## 1.1 Hipóteses

As hipóteses deste trabalho estão definidas da seguinte forma:

- i) Profissionais da saúde com menor QVT apresentam maiores índices de SB;
- ii) Profissionais com altos índices de realização profissional apresenta boa QVT;
- iii) Profissionais com menor tempo de exercício profissional não são afetados pelas dimensões que caracterizam a SB e apresentam altos níveis de QVT.

## 1.2 OBJETIVOS

### i) **Objetivo Geral**

Investigar a relação entre qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino.

### ii) **Objetivos Específicos**

Caracterizar os aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais da saúde;

Investigar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde;

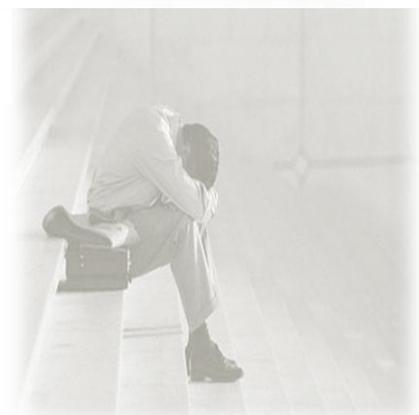
Associar o resultado da qualidade de vida no trabalho com os aspectos sóciodemográficos e ocupacionais dos profissionais da saúde;

Identificar a ocorrência da síndrome de burnout nos profissionais da saúde;

Relacionar os resultados da qualidade de vida no trabalho com os da síndrome de burnout nos profissionais da saúde do HUWC.



***2 O ESTADO DA ARTE***



O estado da arte refere-se ao que já existe sobre o assunto pesquisado e é fundamental para explicar o acréscimo da pesquisa ao estado de conhecimento atual pertinente ao assunto abordado. Neste capítulo serão abordados temas referentes à saúde do trabalhador, qualidade de vida no trabalho, estresse e síndrome de burnout que subsidiará a análise dos dados obtidos através da utilização de instrumentos específicos.

## **2.1 Saúde do Trabalhador**

No Brasil, até 1988, a saúde era apenas um benefício restrito aos contribuintes, ou um serviço comprado na forma de assistência médica ou um ato de misericórdia oferecida àqueles que não tinham acesso à previdência e nem possuíam recursos para pagar assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos como as Santas Casas de Misericórdia. Assim, atenção à saúde era um serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela previdência social através de uma política de Estado voltada aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho.

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o fortalecimento dos movimentos sociais levou o Brasil ao seu processo redemocratização. Nesse contexto surge o movimento de reforma sanitário proponho uma nova concepção de saúde pública para a sociedade brasileira, incluindo a saúde do trabalhador. Desse modo, a saúde do trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e 90, reivindicavam que as questões de saúde relacionada ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no propósito da saúde pública. Com a promulgação da “constituição cidadã” em 1988 deu-se a conquista do direito universal à saúde e o advento do SUS (DIAS, 2002).

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador através de ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei no. 6229/75), na Lei de nº 8212/1991, que dispõe sobre a organização da seguridade social e instituem planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1988, 1990).

Os artigos 196 aos 200 da CF atribuem ao SUS às ações de Saúde do Trabalhador, através de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possibilitem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei Federal nº 8080/1990 – Lei Orgânica da Saúde – regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – A assistência do trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito da competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito da competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VII – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VIII – a garantia ao sindicato, dos trabalhadores, requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver “exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a configuração da saúde do trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS.

As políticas nacionais em conformidade com o SUS são: atenção integral à saúde dos trabalhadores; articulações intersetoriais; estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; participação na gestão das ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 2008).

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações que buscam garantir que o trabalho, como base da organização social e direito humano, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da QVT, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para a saúde e integridade física e mental.

Essas políticas possuem dimensões sociais e técnicas indissociáveis, visto que a dimensão técnica pressupõe a utilização de conhecimentos adquiridos e tecnologias adequadas a fim de dar respostas eficazes aos problemas e assegurar a credibilidade dos trabalhadores. Na dimensão social as demandas por saúde são reivindicadas diretamente pelo trabalhador no serviço de saúde.

A Lei nº 8080/1990 garante que os trabalhadores têm direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionados a existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.

O trabalhador da saúde também sofre impactos com a globalização, pois, os equipamentos automatizados, a informática, as telecomunicações tendem a desvalorizar o trabalho humano através de uma necessidade menor desse trabalho e assim o trabalhador vai perdendo seu valor. Atrelado a isso ocorre à redução do poder político dos sindicatos na disputa ideológica e cultural na sociedade ao qual está inserido.

O que corrobora para essa perda de valor é

O desprezo e desqualificação dos serviços públicos e dos servidores por parte das políticas neoliberais de Estado mínimo, com seus interesses de privatização agressiva de empresas estatais e da permissão para que a lógica lucrativa do mercado adentre em vigor no seio das políticas de saúde, educação, cultura e lazer. Ações da mídia e discursos de porta-vozes dessa política têm, reiteradamente, apresentado os servidores públicos como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o “bode expiatório” e como tal não devem e não podem ser valorizados e bem cuidados” (SANTOS-FILHO *et al*, 2007, p.20).

Por outro lado, Lara (2011) diz que na análise da saúde do trabalhador é *mister* que o movimento sindical deve estar à frente, no contexto atual, de modo que sobreponha o modelo tradicional e busque transformar-se num dos principais espaços de luta social do trabalho.

Segundo Pitta (1990) os trabalhadores da saúde são submetidos a jornadas de trabalho dupla, ambientes de trabalho insalubres, baixa remuneração, lida com o limite humano, a morte, doença e a dor. Precisam de apoio psicológico, formação continuada e políticas públicas de cargos e salários.

Sauter *et al.* (1998) relacionam algumas condições que podem causar estresse no trabalho como segue: trabalho pesado, descansos infrequentes, turnos e horas de trabalho excessivos, trabalho agitado e rotina com atividades que não utilizam as habilidades dos profissionais, sentimento da falta de controle, falta de participação nas tomadas de decisões, ruídos na comunicação, ausência de políticas que favoreçam a vida familiar, ambientes sociais desfavoráveis, falta de apoio e ajuda de colegas e supervisores, expectativas do trabalho mal definidas, excesso de responsabilidades e funções, insegurança no trabalho, falta de oportunidade para o crescimento pessoal, mudanças rápidas a que os profissionais não foram preparados,

condições ambientais desagradáveis e perigosas como, ruídos, calor excessivo, contaminação do ar, problemas ergonômicos, falta de estrutura física e material para desempenho das funções, entre outros.

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador, traduzida pelos acidentes e doenças ocupacionais, violência decorrente de relações interpessoais deterioradas e prolongadas, violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

Vale ressaltar que o estresse pode ocorrer de diversas formas no trabalho, mas seu agravamento ocorre frequentemente quando os trabalhadores sentem falta de apoio dos seus superiores e colegas, bem como pouco controle sobre o mesmo ou como enfrentar as pressões do contexto do trabalho.

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador necessita de mecanismos que incentivem medidas preventivas, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Com a proposta de subsidiar o trabalho de prevenção de agravos à saúde do trabalhador foi implantado pelo Ministério da Saúde o sistema de notificação de agravos em saúde do trabalhador – SINAN/NET que, a partir dessas notificações no banco de dados, será possível identificar a relação de saúde com as atividades laborais e os riscos derivados do processo produtivo.

O Ministério da Saúde, segundo a Portaria MS nº 1339/1999, em cumprimento do Art.6º, parágrafo 3º, inciso VII, da Lei nº 8080/1990, elaborou e adotou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, destinada a uso clínico e epidemiológico. Na lista B estão relacionadas 198 entidades nosológicas e na lista A agentes e situações de exposição ocupacional, codificados segundo a 10ª revisão do CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças). Abaixo a codificação da síndrome de burnout, pertencente ao grupo V da CID – 10:

Quadro 1: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burnout”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</li> <li>• Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)</li> </ul>

Essa lista foi adotada pela Previdência Social para fins de caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins de Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT), nos termos do Decreto nº 3048/1999 (BRASIL, 1999).

Ao refletir sobre os Programas, Leis, Decretos, relacionados à saúde do trabalhador, verifica-se que há políticas públicas traçadas e bem formuladas visando uma prática de trabalho livre de danos ao trabalhador, pois este continuando ativamente saudável contribuirá por mais tempo com a Previdência Social. O Ministério da Saúde desenvolve desde 2004 a política nacional de saúde do trabalhador e tem por objetivo a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância à de saúde.

O Ministério do Trabalho e Emprego dispõe de trinta e três Normas Regulamentadoras (NR), relativas à segurança do trabalhador, apenas três serão destacadas, pois estão mais relacionadas ao trabalhador da área da saúde (BRASIL, 2008).

A NR 6 refere-se aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) definidos como todo, dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares. O fornecimento do EPI adequado ao risco que o trabalhador está exposto, bem como o treinamento dos trabalhadores quanto à correta utilização e conservação são de responsabilidade do empregador (BRASIL, 2008).

O Ministério do trabalho e Emprego também regulamenta a NR 17, referente à Ergonomia, que estabelece parâmetros que permita a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 2008).

Em relação às condições ambientais no trabalho, enfatiza:

Item 17.5.1 – As condições ambientais no trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e a natureza do trabalho a ser executado.

Com relação à organização do trabalho:

17.6.1 – A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e a natureza do trabalho a ser executado.

17.6.2 – A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração, no mínimo:

- a) As normas de produção;
- b) O modo operatório;
- c) A exigência de tempo;
- d) A determinação do conteúdo do tempo;

- e) O ritmo de trabalho;
- f) O conteúdo das tarefas.

17.6.3 – Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte:

- a) Para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie, deve-se levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores; (117.029 – 5/13);
- b) Devem ser incluídas pausas para descanso; (117.030 – 9/13);
- c) Quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência da produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento. (117.031 – 7/13);

Os métodos gerenciais que não considerem a dimensão do ser humano e que favoreçam a desestabilização do trabalhador, por impor ritmos e jornadas prolongadas, cobranças descabidas, pressão de tempo para cumprimento de tarefas de responsabilidade, etc. devem ser denunciados.

Processos de avaliação de desempenho com critérios questionáveis e outras formas de pressão no ambiente de trabalho devem também ser denunciadas.

Uma das formas mais clássicas de assédio moral é a demonstrada pelo congelamento do trabalhador na mesma função, com o mesmo salário sendo impedido de ascender profissionalmente e, por conseguinte não ser promovido (BRASIL, 2007).

Especificamente ao profissional da saúde existe a NR 32 que dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação da NR 32 entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2008).

## 2.2 Qualidade de Vida no Trabalho

Segre e Ferraz (1997, p. 539) citam que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, definiu saúde como: “[...] o completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. Esse conceito, apesar de ser considerado avançado para a época é visto pelos autores como inatingível por se referir com termos não definíveis devido à relação subjetiva que os une. Porém constituiu-se, segundo Limongi-França (2003) como um grande avanço em se promover a saúde o que tem motivado estudos sobre a saúde e uma nova forma de pensar sobre a saúde do trabalhador induzindo a um novo modelo gerencial dos recursos humanos nas empresas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida (QV) como: uma percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de limites extensos e influenciados numa maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relacionamentos sociais e suas relações com características relevantes do meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1995).

A noção de Qualidade de Vida é eminentemente humana, e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências, e valores de indivíduos e coletividades (SCHMIDT, 2004). O conceito foi utilizado como base nas pesquisas e com a evolução científica passou por transformações a partir da influencia de alguns estudiosos.

Fleck (2008, p.28) conceitua QV como: “a percepção do individuo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Ademais, Fleck (1999) afirma que esse conceito possui caráter multidimensional e abrangente, incorporando de uma forma complexa domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e as relações desses domínios com as características do ambiente ao qual está inserido.

Fleck (2008, p. 25-26) apresenta três aspectos presentes na qualidade de vida: a subjetividade, realidade objetiva e a presença de dimensões positivas e negativas. Na subjetividade a perspectiva do indivíduo é o que está em questão, na realidade objetiva – só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo, a QV é composta por várias dimensões. Estas dimensões têm uma consequência métrica importante, pois não é desejável que um instrumento destinado a mensurar a QV tenha um único score, mas medidas que sejam aferidas por meios de scores em vários domínios, como por exemplo: domínio físico, mental e social. O terceiro aspecto é a presença de

dimensões positivas e negativas que mostra a existência de elementos necessários para uma boa QV, como a mobilidade, e também mostra o que não deve aparecer como a dor.

Um dos fatores que mais interferem para a redução na qualidade de vida é o estresse. Segundo Maia (1999) percebe-se que muitos profissionais da saúde possuem alto nível de estresse, por exemplo: a instabilidade hemodinâmica dos pacientes sob seus cuidados, além disso, a dupla ou até tripla jornada de trabalho os leva a fadiga mental, principalmente aqueles que trabalham em horário noturno. Portanto, essas questões influenciam diretamente na qualidade de vida, e conseqüentemente na saúde dos profissionais, o que irá refletir na assistência prestada ao paciente.

Corroborando com essa ideia, Trucco, Valenzuela e Trucco (1999) afirmam que os profissionais da saúde são descritos com os riscos mais elevados de estresse ocupacional, referindo que o estresse quando se cronifica pode desencadear a síndrome de burnout, prejudicando excessivamente o bem estar dos profissionais, gerando para as organizações a perda da produtividade. Estes pesquisadores salientam que as condições de trabalho afetam indiretamente a saúde mental dos trabalhadores e enfatiza que os fatores estressantes diferenciam em relação ao gênero devendo ser estudados separadamente.

As atividades profissionais que são realizadas em ambientes de tensão, produzem efeitos psicológicos negativos, mesmo que o indivíduo esteja bem fisicamente. O estresse depende da capacidade de adaptação da pessoa e envolve o equilíbrio entre a demanda que a tarefa exige e a capacidade da pessoa que a realiza. Por exemplo, uma situação de crise financeira e a perspectiva da perda do emprego deixam as pessoas em estado de estresse que pode se cronificar com o passar do tempo podendo desencadear doenças como a síndrome de burnout.

Além desses enfoques o conceito de qualidade de vida no trabalho baseia-se em uma visão ética da condição humana, pois esta procura identificar, eliminar ou minimizar os riscos ocupacionais. Isso envolve desde a segurança do ambiente físico, até o controle do esforço físico e mental requerido para cada atividade, bem como a forma de gerenciar situações de crise, que comprometam a capacidade de manter salários e empregos.

Nota-se que apesar dos estudos, teorias e políticas públicas voltadas para a QVT existe um distanciamento entre o que precisa ser feito com o que na prática precisamente se faz, pois quando se fala sobre QVT o que vem a mente, em primeira instancia é a implantação de programas visando “apenas” atividades relacionadas à segurança e saúde no trabalho. Faz-se mister a ampliação das políticas de gerenciamento da qualidade de vida no trabalho através, por exemplo, na melhoria do clima organizacional.

Clima Organizacional é o indicador de satisfação dos trabalhadores de uma empresa, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, podemos citar:

políticas de recursos humanos, modelo de gestão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa. Esse indicador é eficaz para indicar e apoiar as decisões dos gestores; mensurar como está a qualidade de vida do trabalho dos colaboradores. Assim, se a qualidade do trabalho for inadequada, poderá conduzir à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, a comportamentos contraproducentes como: absenteísmo, rotatividade, roubo, sabotagem, desperdício, entre outros (CHIAVENATO, 2000).

Segundo o mesmo autor, o clima organizacional é uma variável que influi diretamente na produtividade, pois o grau de salubridade de uma organização depende também de sua atmosfera psicológica. Ademais esta atmosfera é fruto do conjunto de percepções dos profissionais que compartilham seu dia-a-dia com a organização. Na busca da QVT é imprescindível que a discussão seja ampliada de modo a envolver as relações de trabalho e as consequências na vida dos profissionais e da instituição.

Conforme Chiavenato (2000, p.295) “para alcançar qualidade e produtividade, as organizações precisam ser dotadas de pessoas participantes e motivadas nos trabalho que executam e recompensadas adequadamente pela sua contribuição”. Indivíduos que são valorizados e respeitados pela sua empresa conseguem manter produtividade e lucratividade, porém relações de trabalho difíceis, duras, frias e utilitarista apenas contribuem para um declínio no desempenho dos trabalhadores sob essa forma de “gestão”.

O trabalho ocupa na vida das pessoas um destaque especial, pois é neste local que passamos a maior parte do nosso tempo, portanto a abordagem da QVT e dos fatores que incorporam a satisfação do individuo em sua atividade laboral e a humanização das situações relacionadas ao trabalho é de suma importância. Há um equívoco em limitar a QVT a ações relacionadas a lazer ou com aspectos da saúde ocupacional e, em particular, ergonomia e ambientes físicos de trabalho, em que pese à importância destes fatores (CHIAVENATO, 2000).

Deste modo, o mesmo autor corrobora numa perspectiva mais abrangente, quando afirma que a QVT diz respeito a diversos fatores como: remuneração, em seus aspectos de equidade ou justiça interna ou externa; condições de saúde e segurança no trabalho; oportunidades para utilização e desenvolvimento de capacidade individual e coletiva; oportunidade de crescimento profissional, com segurança de emprego; renda integração social no ambiente de trabalho; proporção ou nível em que direitos e deveres encontram-se formalmente estabelecidos, cumpridos pela organização, além de valorização da cidadania, imparcialidade nas decisões, influência de trabalho em outros aspectos de vida do trabalhador, como por exemplo, as relações familiares e

relevância social da vida no trabalho ou valorização; responsabilidade das organizações pelos seus produtos e pelos seus trabalhadores, com implicações na imagem e credibilidade da empresa.

O conceito de QVT é especialmente muito mais amplo do que aquele que normalmente se procura delimitar. Envolve aspectos multidisciplinares e multifatoriais. Assim, as ações organizacionais em QVT precisam ser planejadas e implementadas de forma criteriosa, de modo a fornecer elementos fundamentais e imprescindíveis para a estruturação das políticas públicas e institucionais na gestão de pessoas.

## **2.3 Síndrome de Burnout e Estresse**

### **2.3.1 Síndrome de Burnout**

Burnout, expressão inglesa que significa “aquilo que deixou de funcionar por falta de energia”, foi utilizada pela fácil semelhança metafórica com o estado de exaustão emocional, o “estar consumido”, fenômeno vivenciado mais frequente e intensamente por algumas categorias profissionais (Maslach e Schaufeli, 1993; Schaufeli e Buunk, 1996). Burnout consiste na síndrome da desistência, para Codo e Vasques-Menezes (1999), o indivíduo deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem. O termo burnout, foi empregado na década de 70 pelo psicólogo clínico Freudenberg.

De acordo com alguns estudiosos da temática, o burnout surge inicialmente como um problema social (Schaufeli e Enzmann, 1998), sendo descrito como uma síndrome psicológica, resultado de uma tensão emocional frequente, vivenciada por profissionais que precisam relacionar-se frequentemente com pessoas que necessitam de algum tipo de assistência. É apresentado como uma síndrome multidimensional, formado por: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (MASLACH, 1993; MASLACH e JACKSON, 1986).

Segundo Maslach (1993) o termo burnout é utilizado para referir-se a uma situação que afeta, com maior frequência pessoas que, profissionalmente precisam manter um contato direto e contínuo com outras pessoas. É uma forma de adaptação que pode resultar em efeitos negativos tanto para o indivíduo quanto para seu local de trabalho. Ademais, é a busca de adaptação

daquelas pessoas que não dispõem de recursos emocionais e físicos para lidar com o estresse no trabalho.

Segundo Maslach (1993); Maslach *et al.* (2001), a exaustão emocional caracteriza-se por sentimentos de fadiga e falta de energia para manter-se em sua atividade laboral. Neste cenário, o indivíduo se sente exaurido emocionalmente. A despersonalização caracteriza-se com atitudes negativas de rigidez e de distanciamento em relação às pessoas do ambiente de trabalho, normalmente aquelas a quem se pretende beneficiar. A outra dimensão denominada de realização profissional é definida por uma auto avaliação negativa, normalmente relacionada a sentimentos de incompetência e de desempenho insatisfatório no trabalho. O indivíduo sente-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, a relação com seu trabalho perde o sentido e importância e qualquer esforço para melhorar esse cenário parece inútil.

A síndrome de burnout está diretamente relacionada ao trabalho de tal maneira que o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de tal forma que as coisas não lhe importam mais e qualquer esforço lhe parece inútil.

O estado de exaustão física, emocional e mental pode levar a uma desconsideração pelas pessoas e os sentimentos de incapacidade constitui a síndrome de Burnout que é uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais no trabalho, acumuladas ao longo do tempo. Este é um problema que, para Martinez (1997), tem levado a desmotivação profissional naqueles que atuam diretamente com pessoas.

Nos últimos anos, a qualidade de vida no trabalho tem sido entendida como uma questão dinâmica atrelada a fatores físicos, sociais, psicológicos e tecnológicos que interferem na cultura organizacional e busca renovar o clima organizacional.

O modo como os gestores se relacionam com os profissionais, afeta definitivamente os objetivos operacionais e a satisfação no trabalho que ultrapassa vários aspectos entre eles a remuneração e os benefícios oferecidos. O ambiente emocional do trabalho, as relações interpessoais, o estilo de liderança do gestor e uma comunicação eficaz quando atrelados a qualidade de vida no trabalho podem atingir tanto os objetivos individuais quanto o institucional.

Benevides-Pereira (2002) realizou um estudo sobre as razões do surgimento de pesquisas sobre essa patologia no Brasil, a primeira publicação obteve registro em 1987 quando se discorreu sobre a síndrome de burnout na Revista Brasileira de Medicina citada de França (1987).

Em 1990, registraram-se as primeiras teses e outras publicações que alertavam alguns profissionais sobre os perigos da doença, a exemplo de Lipp (1996) que cita o burnout em seus estudos sobre o estresse.

Benevides-Pereira (1994, 2001) inclui em suas obras características típicas desta síndrome em um grupo de psicólogos, ademais publicou alguns estudos com profissionais da saúde, policiais, agentes penitenciários, entre outros.

Possivelmente o aspecto mais importante para caracterizar esta síndrome ocorreu em 1996, na Regulamentação da Previdência Social, quando oportunamente a síndrome foi incluída no CID-10 (Código Internacional das Doenças) como um agente patogênico causador de doença ocupacional. Mesmo assim, esta síndrome ainda é pouco conhecida por parte dos profissionais, mesmo daqueles que, devido à sua ocupação, deveriam conhecê-la o suficiente para poder criar mecanismos de defesa ou intervenção.

Benevides-Pereira (2003) descreve a sintomatologia da síndrome de burnout no quadro abaixo. Deve-se levar em consideração que para caracterizar esta síndrome não é necessário apresentar todos os sintomas, mas o que diferencia burnout de estresse é a acentuação dos sintomas defensivos.

Quadro 2 – Resumo esquemático da sintomatologia da síndrome de burnout.

SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME DE BURNOUT	
ASPECTOS FÍSICOS	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga constante e progressiva</li> <li>• Distúrbios do sono</li> <li>• Dores osteomusculares</li> <li>• Cefaléias, enxaquecas</li> <li>• Perturbações gastrointestinais</li> <li>• Imunodeficiências</li> <li>• Transtornos cardiovasculares</li> <li>• Distúrbios respiratórios</li> <li>• Disfunções sexuais</li> <li>• Alterações menstruais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negligência ou excesso de escrúpulos</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Agressividade</li> <li>• Incapacidade para relaxar</li> <li>• Perda da iniciativa</li> <li>• Dificuldade na aceitação de mudanças</li> <li>• Aumento no consumo de drogas lícitas ou ilícitas</li> <li>• Comportamento de alto risco</li> <li>• Suicídio</li> </ul>
ASPECTOS PSÍQUICOS	ASPECTOS DEFENSIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de atenção e concentração</li> <li>• Alteração de memória</li> <li>• Lentidão do pensamento</li> <li>• Sentimento de alienação</li> <li>• Sentimento de solidão</li> <li>• Sentimento de insuficiência</li> <li>• Impaciência</li> <li>• Redução da autoestima</li> <li>• Dificuldade de autoaceitação</li> <li>• Labilidade emocional</li> <li>• Astenia, desânimo, disforia, depressão</li> <li>• Desconfiança, paranoia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendência ao isolamento</li> <li>• Sentimento de impotência</li> <li>• Perda do interesse pelo trabalho ou lazer</li> <li>• Absenteísmo</li> <li>• Ironia, cinismo</li> </ul>

Fonte: Benevides-Pereira (2003, p.44).

Benevides-Pereira (2003) destaca que em função do despreparo destes, o trabalhador que apresenta nível considerável de burnout pode ser tratado como portador de estresse ou depressão, o que não traz benefício algum, pois a causa principal do problema não é tratada. Portanto, pode-se atribuir toda a dificuldade a componentes pessoais, bem como apresenta as consequências da síndrome de burnout de forma sistêmica, ou seja, envolvendo desde a área física e psíquica, incluindo aspectos relacionados ao trabalho do indivíduo e sua convivência familiar e social, conforme se verifica no quadro a seguir:

Quadro 3 – Resumo esquemático das consequências da síndrome de burnout.

CONSEQUENCIAS DA SÍNDROME DE BURNOUT	
FÍSICAS, PESSOAIS E SOCIAIS	ORGANIZACIONAIS E NO TRABALHO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga constante e progressiva</li> <li>• Distúrbios do sono</li> <li>• Dores osteomusculares</li> <li>• Cefaleias, enxaquecas</li> <li>• Perturbações gastrintestinais</li> <li>• Imunodeficiências</li> <li>• Transtornos cardiovasculares</li> <li>• Distúrbios respiratórios</li> <li>• Disfunções sexuais</li> <li>• Alterações menstruais</li> <li>• Redução da autoestima</li> <li>• Falta de atenção e concentração</li> <li>• Alterações de memória</li> <li>• Lentidão do pensamento</li> <li>• Sentimento de alienação</li> <li>• Sentimento de solidão</li> <li>• Sentimento de insuficiência</li> <li>• Impaciência</li> <li>• Astenia, desânimo, disforia, depressão</li> <li>• Dificuldade de auto aceitação</li> <li>• Desconfiança, paranoia</li> <li>• Labilidade emocional</li> <li>• Isolamento</li> <li>• Divórcio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da qualidade</li> <li>• Predisposição a acidentes de trabalho</li> <li>• Abandono do emprego</li> <li>• Absenteísmo</li> <li>• Rotatividade de setores ou empregos</li> <li>• Baixa produtividade</li> </ul>

Fonte: Benevides-Pereira (2003, p. 69-71).

No Brasil pesquisas têm evidenciado que a incidência de burnout não deve diferir daquelas registradas em outros países. Ademais, encontra-se em desenvolvimento, o que pode levar a uma repetição em outros países pelo aumento do setor de serviços na economia, da instabilidade social e econômica, coexistência de diferentes modalidades de processos produtivos, precariedade das relações de produção, desemprego crescente, mudanças nos hábitos e estilos de vida dos trabalhadores influenciados pela implantação de programas de qualidade total e reengenharia. (JAQUECS e CODO, 2002).

Porém, segundo Benevides-Pereira (2003) não há um consenso entre os autores para denominar a síndrome de burnout, o que pode corroborar para dificultar pesquisas sobre o tema.

Por exemplo, algumas dessas denominações a seguir: estresse laboral para assinalar a associação com o trabalho segundo Büssing e Glaser (2000); González (1995); Herrero e Rivera, Martín (2001); Schaufeli (1999), estresse profissional segundo May e Revich (1985); Nunes (1989), estresse assistencial, estresse ocupacional assistencial ou simplesmente estresse ocupacional definindo maior incidência entre profissionais que lidam com o cuidado direto a outras pessoas, independentemente do caráter profissional ou trabalhista conforme Carlotto (1999); Firth (1995); Shoröder *et al* (1996).

Alguns autores hispânicos referem-se à expressão síndrome de queimar-se pelo trabalho segundo Gil-Monte e Peiró, (1997); Seisdedos, (1997) ou desgaste profissional segundo Moreno-Jiménez e Garrosa, Gonzáles (2000). No Brasil, observam-se referências à neurose profissional ou neurose de excelência segundo Stella (2001), ou síndrome do esgotamento profissional segundo (MORAES, 2000).

Ao longo do tempo os estudos sobre a síndrome de “queimar-se” ou de “esgotamento profissional” tem se estabelecido como uma resposta ao estresse ocupacional crônico, relacionado a atitudes e sentimentos negativos. Observa-se que os estudos relacionados ao burnout, mostram a não existência de um conceito único, como se verifica abaixo:

O marco inicial de Freudenberger (1974) ocorreu a partir de estudos sobre a perda de motivação e comprometimento, acompanhados de sintomatologias psíquicas e físicas, como a perda de energia e a presença de fadiga, manifestados por voluntários de uma instituição para tratamento de pessoas viciadas em drogas. Em seus estudos, define burnout como o resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho que surge em profissionais que estão lidando diretamente com pessoas em prestação de serviço.

Maslach e Jackson (1981) destacaram que o esgotamento emocional pode ser entendido como uma situação sentida pelos profissionais quando não podem dar mais de si mesmos e a despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas no relacionamento com as pessoas. Estas autoras constataram que a síndrome de burnout era mais evidente entre os profissionais da saúde, que perdiam o interesse, a empatia e o respeito pelos pacientes decorrentes das próprias demandas do trabalho.

Para González (1995) a síndrome de burnout é entendida como a consequência de um desajuste entre as necessidades do trabalhador e os interesses da empresa.

Na concepção de França e Rodrigues (1997) a exaustão emocional ocorre quando o indivíduo percebe que não dispõe de recursos suficientes para dar atenção ou oferecer cuidados aos outros. Surgem sintomas de cansaço irritabilidade, vulnerabilidade a acidentes, sinais de depressão e ansiedade, etilismo, tabagismo ou uso drogas ilícitas, surgimento de doenças,

principalmente daquelas denominadas psicossomáticas; a despersonalização ocorre por parte do profissional que desenvolve atitudes negativas e insensíveis em relação às pessoas com as quais trabalha, tratando-as como objetos; e a diminuição da realização profissional pode resultar em uma avaliação negativa de si mesmo.

A síndrome de burnout é o resultado de experiências subjetivas, que envolve sentimentos e atitudes, implicando em alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para o trabalhador e a organização na qual trabalha, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo, bem como a qualidade de seu trabalho (AMORIM; TURBAY, 1998).

Segundo Thorton (1992) as características mais comuns nas diversas definições de burnout ocorrem ao nível individual, envolvem sentimentos, atitudes e expectativas, gerando estresse, desconforto e disfunções físicas. Assim Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) pontuam que, nas várias definições de burnout, encontram-se convergência ao menos em cinco elementos, ou seja, predomina os sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; enfatiza os sintomas comportamentais e mentais e não os sintomas físicos; os sintomas de burnout são relacionados com o trabalho, eles se manifestam em pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome e que eram motivadas para o trabalho, conseqüentemente diminui o desempenho no trabalho devido a atitudes e comportamentos negativos.

Autores, como Schaufeli e Buunk (1996), consideram que as formas de manifestações de burnout podem ser classificadas em dimensões conceituadas como: na dimensão afetiva ocorre o relato do humor depressivo, o sentimento de desesperança, a baixa autoestima, a falta de significado, a ansiedade e os sentimentos de impotência no trabalho, a intolerância à frustração, hostilidade, hipersensibilidade e desconfiança burnout diminui a motivação para o trabalho, levando o indivíduo acometido a uma percepção distorcida e pessimista da vida e de si mesmo; na dimensão cognitiva é referida uma dificuldade de concentração e memorização, para tomadas de decisões e a presença de sintomas sensoriais motores, como os tiques nervosos, a agitação e a incapacidade de relaxar; na dimensão física os sintomas psicossomáticos, segundo Freudenberger (1974) e Arches (1991) são: resfriados frequentes, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, fadiga, insônia, sensação de exaustão, tremores e falta de ar; na dimensão comportamental alguns autores relatam a intensificação no uso de drogas, conduta de aversão, irritação frequente, frustração, hiperatividade e dificuldade para controlar as emoções, outros autores apontam o absenteísmo, a baixa produtividade, os atrasos no trabalho, os acidentes, os roubos, a negligência e a intenção de abandonar o emprego como Schaufeli e Buunk (1996); na dimensão social as manifestações mais frequentes são os problemas com os clientes, colegas, superiores e

subordinados, por conta de um comportamento de aversão aos contatos sociais MASLACH (1978).

A diminuição do envolvimento no trabalho tende a interferir na vida familiar, aumentando os conflitos interpessoais; as pessoas com burnout são propensas a se isolarem; na dimensão relacionada à atitude é relatada a desumanização, insensibilidade e indiferença no trato com as pessoas Maslach (1978); Maslach e Jackson (1986). Ademais ocorre a perda de entusiasmo, interesse e idealismo, que pode levar ao absenteísmo e até mesmo o abandono do emprego.

Os sintomas do burnout podem ser confundidos com os da depressão, Schaufeli e Buunk (2003) afirmam que as sintomatologias destas patologias apresentam variações, mas para percebê-las é necessário conhecê-las. Alguns autores relatam que burnout e depressão surgem por diferentes fatores McIntyre (1994); Schaufeli e Buunk (2003).

Segundo Benevides-Pereira (2002), a pessoa que vivencia o burnout identifica o trabalho como desencadeante do processo e apresenta uma sintomatologia com prevalência de sentimentos de desapontamento e tristeza. Por outro lado, na depressão há prevalência de sentimentos de derrota e letargia para a tomada de atitude.

Segundo, Schaufeli e Buunk (1996), o burnout tende a causar uma apatia geral pelo trabalho, o indivíduo não se sente mais estimulado com suas atividades laborais, perdendo o interesse por sua organização e seus colegas de trabalho, diante dos quais começa a desenvolver certa desconfiança e crítica exagerada sobre tudo. Como resultado, a pessoa pode apresentar dificuldade nos relacionamentos interpessoais, tornando-se menos eficiente e mais sujeita a acidentes. Pode também mostrar aparente frieza em relação ao sofrimento do outro, com exacerbação do isolamento social e familiar, além de minimizar os problemas inerentes à profissão.

O processo de adoecimento pelo burnout, segundo Lautert (1995) ocorre de maneira lenta e gradual. Já Alvarez-Galego e Fernández-Rios (1991) distinguem três momentos para sua manifestação: inicialmente as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um estresse laboral no indivíduo - percepção de uma sobrecarga de trabalho. O indivíduo se esforça em adaptar-se e a produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido, então, surgem sinais de fadiga, tensão, irritabilidade e ansiedade. Assim, nesta fase exige-se uma adaptação psicológica que se reflete no seu trabalho, reduzindo o interesse e a responsabilidade pela função assumida. Por fim, o indivíduo produz uma mudança de atitude e comportamento com a finalidade de defender-se das tensões vivenciadas, ocasionando distanciamento emocional, apatia, oposição radical e ativa às regras e rigidez.

Os momentos descritos anteriormente são contestados por Belcastro, Gold e Hays (1983) *apud* Delgado (1993). Esses afirmam que não é possível determinar, com exatidão, as sequências das diferentes fases envolvidas no desenvolvimento desta síndrome. Gil-Monte (1993) se refere à síndrome como um processo sequencial, coerente com os autores previamente citados, que surge no primeiro momento em que o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, estresse e surgindo depois sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade; e, finalmente, ocorre o desenvolvimento de estratégias de defesa, que são utilizadas constantemente. Estas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos, incluindo a indiferença e o distanciamento emocional do trabalho.

Nessa perspectiva a síndrome de burnout não se limita apenas a um problema do indivíduo, mas a uma desorganização da relação entre o ambiente laboral, as características pessoais do trabalhador e a origem da atividade que desenvolve, ou seja, os aspectos individuais associados às condições de trabalho favorecem o surgimento dos fatores multidimensionais da síndrome que são: exaustão emocional, despersonalização e a baixa realização com o trabalho.

No entanto, deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias de enfrentamento que o indivíduo pode utilizar, agindo como uma variável mediadora entre o estresse percebido e suas consequências. O estresse no trabalho é um conjunto de reações emocionais, cognitivas, fisiológicas e do comportamento a certos aspectos adversos ou nocivos do conteúdo, da organização ou do ambiente de trabalho. É um estado que se caracteriza por altos níveis de excitação e de angústia, com a frequente sensação de não poder fazer frente à situação.

### **2.3.2 Estresse**

Para Selye (1956, p. 3) segundo a medicina, o estresse é praticamente o desgaste do corpo, como refere: “Não implica necessariamente uma alteração mórbida: a vida normal também acarreta desgaste na maquinaria do corpo. Na verdade, o estresse pode ter até mesmo valor terapêutico, como na terapia de choque, sangria e esportes”. Este autor observava em pacientes reações emocionais comuns mesmo em quadro patológico diferente, desde então começou a estudar essas reações em comum, ou seja, agitação, angústia e tristeza. Passou a utilizar, em conferências e reuniões, o termo Síndrome Geral da Adaptação ou Síndrome do Estresse Biológico ou simplesmente a Síndrome de estar apenas doente.

Em 1936, Selye foi o primeiro autor a descrever o conceito de estresse Helman (1994); Gasparini e Rodrigues (1992). Não há um consenso sobre o termo estresse. Alguns autores entendem que representa uma adaptação inadequada à mudança imposta pela situação externa, uma tentativa frustrada de lidar com os problemas Helman (1994), mas estresse também pode ser denominado, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão a tal situação (LIPP; ROCHA, 1994).

Segundo Selye (1956) o estresse ocorre quando o indivíduo precisa enfrentar situações que exigem um processo de adaptação e podem ser interpretadas como um desafio ou ameaça, há três níveis diferentes de reações na medida em que o indivíduo não é capaz de eliminar ou controlar as situações de estresse ou os agentes estressores, desencadeando as fases de alerta, resistência e exaustão.

**FASE DE ALERTA:** o estressor ativa o sistema nervoso simpático, mobilizando o organismo para a reação de fuga ou de luta. Em resposta ao estímulo as glândulas adrenais produzem e liberam os hormônios do estresse denominados adrenalina e cortisol. Esses aceleram o batimento cardíaco, dilatam as pupilas, aumentam a sudorese e os níveis de açúcar no sangue, reduzem a digestão, o crescimento e a libido, contraem o baço que expulsa mais hemácias para a circulação sanguínea, o que amplia a oxigenação dos tecidos e causa imunodepressão – redução das defesas do organismo (Figura 1). Se o estressor permanecer por tempo prolongado, a fase de resistência é ativada.

Figura 1 – Fisiologia do estresse



Fonte: Albert e Ururahy (1997)

**FASE DE RESISTÊNCIA:** o organismo busca uma adaptação reparando os danos causados pela fase de alerta, seu objetivo principal é procurar o equilíbrio (homeostase) e para isso queima muita energia (figura 2). Ocorre maior atividade do sistema nervoso parassimpático que se opõe ao sistema nervoso simpático e as manifestações agudas desaparecem. A homeostase permanece por algum tempo e muitos dos sintomas iniciais são substituídos pela sensação de desgaste e cansaço ou, quando o indivíduo consegue adaptar-se adequadamente, esse processo de estresse é interrompido sem sequelas, quando não consegue interromper avança para a próxima fase.

Figura 2 – Curva e fases do estresse



Fonte: Selye, 1956; Lipp, 1996

**FASE DE EXAUSTÃO:** decorre quando os sistemas envolvidos na fase anterior falham, ou seja, o organismo perde o poder adaptativo; há diminuição ou esgotamento dos mecanismos que o envolve podendo surgir patologias localizadas em órgãos específicos, resultante da falência de órgãos ou de seu comprometimento. Esta fase é a soma das reações gerais que se desenvolvem como resultado da exposição prolongada aos agentes estressores, frente aos quais ocorreu o processo de adaptação que o organismo não consegue mantê-la.

Apesar dos estudos dos eventos estressores contarem com um considerável desenvolvimento histórico, nas formulações iniciais preponderava o foco sobre o evento estressor, mas atualmente existe grande consideração nas diferenças individuais e nas variáveis cognitivas e motivacionais das pessoas (LAZARUS, 1995). Assim considera-se importante não só a quantidade dos fatores que podem potencializar o estresse, mas os aspectos individuais, a maneira como cada pessoa reage às pressões cotidianas, bem como os aspectos culturais e sociais aos quais estão inseridos.

Em cada sociedade há aspectos culturais, padrões de comportamentos que são impostos aos indivíduos, de maneira que pode ocorrer uma frustração na realização dessas demandas podendo gerar o estresse. Vários fatores como: problemas familiares, acidentes, doenças, mortes, conflitos pessoais, dificuldade financeira, desemprego, aposentadoria, problemas no ambiente de

trabalho e inúmeros outros podem ser experienciados de diversas maneiras porque os indivíduos são únicos, diferentes, em um mesmo contexto histórico, cultural e social, assim, os problemas na esfera social podem potencializar o estresse patológico em alguns indivíduos enquanto em outros nada representam (HELMAN, 1994; LADEIRA, 1996).

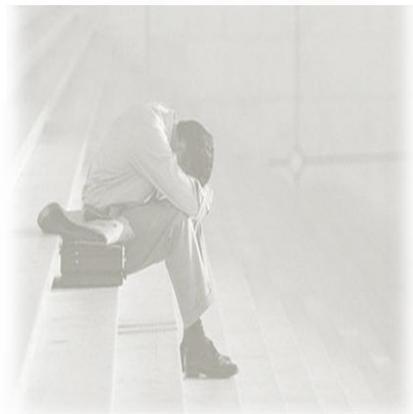
Parece haver um consenso em torno de que a síndrome de burnout pode ser caracterizada como uma resposta ao estresse ocupacional crônico, mas é importante diferenciar os conceitos, portanto, burnout tem como consequência uma dessensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo usuários, pacientes e a própria organização. O estresse é um esgotamento que, de modo geral, interfere na vida pessoal do indivíduo, além de seu trabalho (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

Pode-se afirmar que o organismo humano está muito bem adaptado para lidar com estresse agudo, mas quando essa condição se torna repetitiva ou crônica, seus efeitos se multiplicam em cascata, desgastando seriamente o organismo.

O estresse relacionado ao trabalho ocorre quando o indivíduo interpreta a situação como que excedendo a sua capacidade adaptativa; um trabalhador pode interpretar um trabalho extra como uma ameaça ao seu lazer, ao convívio com a família entre outros, enquanto que outro pode interpretar como um desafio.



### ***3 METODOLOGIA***



### 3.1 Tipo de estudo

A presente dissertação trata de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Segundo Minayo (1993) a metodologia inclui concepções teóricas, conjunto de técnicas utilizadas para o conhecimento da realidade e a habilidade do pesquisador no intuito de contribuir para o entendimento de novos enfoques para a realidade objetiva.

Minayo (1993, p. 23) conceitua pesquisa como:

a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade, é uma atividade e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teorias e dados.

Referindo-se ao objetivo geral traçado nesta pesquisa, relativo a investigar a relação entre qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout nos profissionais da saúde em um hospital de ensino, busca-se apreender como ocorre essa relação, visto que possuem estreita relação com o trabalho.

Faz-se necessário delinear a pesquisa, assim como o lócus da pesquisa, os sujeitos, os instrumentos e coleta de dados, como também o modo da análise dos dados.

### 3.2 Delineamento da pesquisa

O delineamento é inerente à pesquisa científica, pois norteia o pesquisador na compreensão da realidade e na busca de repostas a um problema específico, porém a resposta constitui um processo cíclico, pois não é estanque permitindo o surgimento de novos questionamentos.

A identificação do tipo de pesquisa científica contribui com a investigação conforme é definida a área do conhecimento.

De acordo com Gil (2008, p. 28), a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de uma determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A abordagem quantitativa utiliza-se de instrumentos estruturados, os resultados são mais concretos e, conseqüentemente, menos passíveis de erros de interpretação. Em muitos casos geram resultados que podem ao longo do tempo ser comparados, permitindo assim traçar um histórico da informação.

A coleta transversal de dados significa que são obtidos resultados de uma medida pontual, sendo todos os dados coletados em uma única ocasião para cada participante da pesquisa, sem período de acompanhamento onde é possível inferir a relação causa e efeito a partir da associação entre as variáveis estudadas (HULLEY, 2006).

Gil (1999) considera que a pesquisa exploratória permite amplificar a visão sobre determinado fenômeno, sendo utilizada quando o tema é pouco explorado o que dificulta a formulação de hipóteses precisas. Sobre essa projeção, embora o Hospital Universitário Walter Cantídio seja uma instituição voltada para a assistência, ensino e pesquisa não verificou-se a existência de estudos que abordassem a relação entre qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout nos profissionais da saúde.

Ademais, a literatura científica apresenta vários estudos relacionados a qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout isoladamente mas na revisão de literatura observou-se a escassez de pesquisas que relacionaram QVT e SB.

Andrade (2002) reportando-se à pesquisa exploratória elenca as seguintes finalidades: contribuir com o aprofundamento do conhecimento sobre o assunto abordado; facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a elaboração dos objetivos e a formulação de hipóteses ou permitir um novo enfoque sobre o assunto estudado. A pesquisa descritiva, segundo esse autor, visa observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos. Evidencia-se nesse contexto que a pesquisa descritiva se aplica ao contexto do HUWC, visto que esclarece determinadas características dos profissionais da saúde atuantes nesse cenário.

### **3.3 Lócus da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Walter Cantídio, localizado na cidade de Fortaleza, referência em saúde terciária no Estado do Ceará. O cenário da assistência integra o Sistema Único de Saúde – SUS. É também, um centro de referência no âmbito do ensino e da pesquisa, importante campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação da UFC na área da saúde e áreas afins, bem como de outras universidades nacionais e internacionais tornando-se alusivo formador de recursos humanos.

É um hospital geral, terciário, de grande porte, com 238 leitos ativos, distribuídos em unidades de internação clínicas e cirúrgicas, vinculado à Universidade Federal do Ceará. Possui

destaque nacional, em intervenção cirúrgica de alta complexidade, como por exemplo, transplantes de órgãos em especial no transplante hepático.

### 3.4 População e Amostra

A população foi constituída pelos profissionais da saúde como segue: médicos (230), enfermeiros (143), técnicos de enfermagem (205), auxiliares de enfermagem (176), nutricionistas (8), fisioterapeutas (14), farmacêuticos (31), terapeutas ocupacionais (2), psicólogos (13) e assistentes sociais (12), perfazendo um total de 834 profissionais.

Das dez categorias profissionais acima elencadas, foram obtidos quatro substratos, ou seja, mantiveram-se os grupos mais representativos em quantidade de sujeitos. As demais categorias profissionais de nível superior foram agregadas de modo a formar um substrato denominado outros profissionais da saúde de nível superior e procedeu-se da mesma forma com os técnicos e auxiliares de enfermagem, pois, na prática profissional, as atividades são semelhantes nesses dois grupos, ficando, portanto: 230 médicos, 143 enfermeiros, 381 auxiliares e técnicos de enfermagem e 80 outros profissionais da saúde de nível superior.

Aplicado à fórmula para população finita obteve-se 177 sujeitos, desses 42 médicos, 45 enfermeiros, 60 técnicos e auxiliares de enfermagem e 30 outros profissionais da saúde de nível superior responderam e devolveram os questionários de acordo com a disposição de cada profissional.

Para calcular a amostra de uma população finita, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 N - 1 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

O nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão, foi  $z = 1,96$  que corresponde a 95% de confiança. Considerou-se para a estimativa da proporção com o qual o fenômeno se verifica  $p = 0,50$ , portanto obteve-se o valor  $q = 0,50$  uma vez que  $p + q = 1$ . Na condição de total incerteza dos fenômenos acontecerem esse valor revelará o maior erro possível da amostra. O erro amostral é a diferença entre o resultado amostral e o resultado populacional, o

erro é considerado amostral quando é proveniente de flutuações amostrais aleatórias, neste estudo o erro amostral foi de  $e = 5\%$ .

Uma das principais preocupações para a efetivação da pesquisa é a escolha de uma amostra representativa, Stevenson (1981, p. 169) salienta que, “a finalidade da amostra é permitir fazer inferências sobre a população após a inspeção de apenas parte dela”. Marconi e Lakatos (1996) corroboram com a afirmativa, pois expressam que o problema da amostra é escolher uma parte de tal forma que ela seja a mais representativa possível do todo e que a partir dos resultados obtidos possa-se inferir, o mais legitimamente possível, os resultados da população total, se esta fosse verificada.

Segundo Stevenson (1981, p. 169) “potencialmente este objetivo é atingido quando a amostragem é aleatória. Para populações discretas, o termo aleatório significa que cada item da população tem a mesma chance de ser incluído na amostra”, bem como “a principal vantagem da amostragem aleatória é que se pode determinar o grau de variabilidade amostral, o que é essencial na inferência estatística”. Tendo em vista assegurar essa característica optou-se por utilizar a compilação de uma lista de todos os elementos da população, aplicando-se então à listagem um método aleatório, através do programa Excel, selecionando os itens que irão compor a amostra sem qualquer interferência. A lista dos profissionais da saúde foi disponibilizada pelo setor de pessoal do HUWC.

### **3.5 Critérios de Inclusão**

Definiu-se como critérios de inclusão aceitar participar voluntariamente da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice 3); responder todas as questões dos questionários disponibilizados (Apêndice 2, Anexos 1 e 2); ter idade superior ou igual 18 anos; possuir vínculo empregatício com a Universidade Federal do Ceará (UFC) ou com a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC)<sup>1</sup> e estar em efetivo exercício no período da coleta dos dados.

---

<sup>1</sup> SAMEAC – denominada Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand é uma empresa que terceiriza profissionais para a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, bem como para o Hospital Universitário Walter Cantídio, sendo este o lócus da pesquisa.

### 3.6 Critérios de Exclusão

Definiu-se como critérios de exclusão: termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice 3) sem assinatura; questionários incompletos e não devolução dos questionários por parte dos sujeitos da pesquisa.

### 3.7 Aplicação do Estudo

Os dados foram coletados pela própria autora, no período de outubro de 2011 a julho de 2012. A estratégia utilizada foi entregar os três questionários estruturados com questões objetivas e o termo de consentimento livre e esclarecido dentro de um envelope lacrado e etiquetado com o nome do participante da pesquisa, cargo, vínculo e setor de modo a garantir o caráter sigiloso das informações respondidas nos questionários. Foram distribuídos 200 envelopes e retornaram 177 constituindo este o tamanho da amostra. O índice de devolução dos questionários foi, então, de 88,5%.

Os sujeitos da pesquisa responderam, inicialmente, a um questionário com abordagem sócio profissional e demográfico, organizado pela autora. Em seguida, responderam o Maslach Burnout Inventory – MBI, um questionário autoaplicável com 22 perguntas que avalia como os profissionais vivenciam seu trabalho.

Tabela 1 – Valores da escala do MBI desenvolvidos sobre a síndrome de burnout

Escores para o diagnóstico das dimensões da síndrome de burnout pelo MBI				
Dimensões	Questões	Pontos de corte		
		Alto	Moderado	Baixo
Exaustão Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	≥ 27	26 – 17	<17
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	≥ 13	12 – 7	<7
Realização Profissional	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	≥ 39	38-30	< 30

Fonte: Vasques-Menezes (2005)

O terceiro questionário foi o QWLQ-bref, composto por 20 questões utilizado para medir a QVT. Esse questionário foi elaborado por Cheremeta *et al* (2011) que utilizaram a mesma metodologia de Reis Júnior (2008) quem elaborou e validou o questionário QWLQ – 78.

Os envelopes foram separados de acordo com os setores de trabalho e entregues a um representante da equipe de enfermagem após a explicação da proposta do estudo e solicitação de entrega aos profissionais identificados. Marcava-se uma data para recolher os questionários, sendo necessário voltar várias vezes. Devido à quantidade de envelopes optou-se a não distribuir todos na mesma época, pois poderia ocorrer um aumento de não devolução dos questionários.

### 3.8 Instrumentos de Pesquisa

Os dados foram coletados através dos três instrumentos descritos a seguir:

1. Questionário de caracterização pessoal e profissional – composto por 13 questões objetivas que subsidiaram a caracterização do perfil socioprofissional dos sujeitos (Apêndice 2);
2. QWLQ-bref (Quality of Working Life Questionnaire) – composto por 20 questões, utilizando escala do tipo Likert de cinco pontos que permite avaliar os domínios físico, psicológico, pessoal e profissional aferidos pelas questões, conforme especificado abaixo:

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Físico	4, 8, 17 e 19
Psicológico	2, 5 e 9
Pessoal	6, 10, 11 e 15
Profissional	1, 3, 7, 12, 13, 14, 16, 18 e 20

O QWLQ-bref foi desenvolvido por Cheremeta *et al.* (2011), a partir de um projeto de iniciação científica visando a construção da versão abreviada do instrumento QWLQ-78 desenvolvido por Reis Junior (2008), esse autor seguiu a metodologia proposta pelo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life).

Fleck (1999) desenvolveu a versão em português do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) o QHOQL-100. O autor conceituou qualidade de vida no trabalho como um conjunto de ações que as empresas desenvolvem na implantação de melhorias

gerenciais, estruturais e tecnológicas visando a satisfação e o bem estar físico, psicológico, social e profissional dos funcionários.

Os indicadores escolhidos nesse instrumento originaram-se a partir do referencial teórico composto por alguns autores dos modelos clássicos da QVT, como: Walton (1973), Westley (1979), Hackman e Oldham (1983) e Werther e Davis (1983).

Optou-se por utilizar, nesse estudo, o QWLQ-bref porque é um instrumento de avaliação de QVT conciso com apenas 20 questões. Quando se utiliza questionários longos, verifica-se menos adesão a pesquisa por alguns indivíduos que se referem a falta de tempo para responder. Acredita-se que esta pesquisa venha a contribuir na divulgação do instrumento, bem como demonstrar a sua aplicabilidade de modo que outros pesquisadores passem a utilizá-lo e que os autores busquem validá-lo. (Anexo 1);

3. MBI (Maslach Burnout Inventory) – trata-se de um questionário de autopreenchimento, composto de 22 questões objetivas. O inventário foi desenvolvido por Maslach e Jackson (1978) é composto por três dimensões aferidos pelas questões conforme especificado abaixo:

DIMENSÕES	QUESTÕES
Exaustão Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22
Realização profissional	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21

Neste inventário as frequências das respostas são indicadas por uma escala de pontuação variando de 1 a 7 pontos, elaborado por Maslach (1986). Optou-se neste estudo, utilizar o sistema de pontuação de 5 pontos sendo: 1 – nunca; 2 – algumas vezes ao ano; 3 – algumas vezes ao mês; 4 – algumas vezes na semana; 5 – diariamente, versão adaptada e validada ao português por Tamayo (1997) *apud* Kovács (2010). Cada um dos componentes do MBI é analisado separadamente como uma variável contínua. Considera-se que um sujeito com a síndrome de burnout obtenha altas pontuações em (EE) e (DE), associadas a baixas pontuações em (RP), portanto um grau baixo de burnout é decorrente de baixas pontuações nas subescalas de EE e DP e altas na de RP.

Possui três versões para aplicação em situações específicas de trabalho, ou seja, o MBI - Human Services Survey (MBI-HSS) utilizado em profissionais de serviços humanos como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc, o MBI - Educators Survey (MBI-ES)

utilizado para avaliar os docentes e o MBI - General Survey (MBI-GS) indicado aos demais trabalhadores (MASLACH *et al*, 2001) (Anexo 2).

De acordo Gil-Monte e Peiró (1999), o MBI é o instrumento mais utilizado para avaliar o burnout, independente das características ocupacionais da amostra. Outros autores corroboram com essa afirmação (SCHWARTZZMANN, 2004; MASLACH E GOLDBERG, 1998; GIL-MONTE, 2002; CARLOTTO, 2004; MASLACH *et al*, 2001).

O teste piloto foi aplicado a 5 sujeitos que não participaram da pesquisa e o tempo médio de aplicação dos 3 questionários e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido foi de aproximadamente 15 minutos.

### **3.9 Análise e Processamento dos Dados**

Utilizou-se, para a compilação dos dados em QVT, o software Microsoft Excel for Windows. No endereço eletrônico: <http://www.brunopedroso.com.br/qwlq-bref.html> encontra-se uma planilha formulada no Excel for Windows automatizada que auxilia nos cálculos e pode ser utilizada como banco de dados da pesquisa. Essa ferramenta foi disponibilizada pelo pesquisador Bruno Pedroso da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) que, em parceria com o pesquisador Luiz Alberto Pilatti da Universidade Tecnológica do Paraná (UTFPR), têm contribuído expressivamente com as pesquisas no campo da qualidade de vida no trabalho. Contatou-se, via e-mail, com os pesquisadores e autores do artigo, solicitando autorização para a utilização do instrumento QWLQ-bref e obteve-se resposta afirmativa do pesquisador Bruno Pedroso (Apêndice 4).

Os escores de Burnout em cada uma das três dimensões serão analisados de acordo com as variáveis e as características pessoais e profissionais e para isso usaremos o software Microsoft Excel for Windows.

A pesquisa considerou, inicialmente, a análise descritiva dos dados e logo após procedeu-se ao tratamento estatístico utilizando para a análise o software SPSS – versão 15 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

No primeiro momento, realizou-se a análise descritiva do perfil sócio demográfico (sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade) e profissional (cargo, tempo de serviço na profissão, tempo de serviço na instituição e carga horária semanal) da amostra, bem como as médias dos níveis de burnout e da qualidade de vida no trabalho. Optou-se por não estratificar

segundo as categorias profissionais porque os resultados não apresentavam diferenças significativas quando analisados por categoria ou no geral.

No segundo momento, foi aplicado o coeficiente de correlação linear entre as dimensões da síndrome de burnout (exaustão emocional – EE, despersonalização – DP e realização profissional – RP), os domínios da qualidade de vida no trabalho (físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional) e dados sócio demográfico e profissional.

Segundo Stevenson (1981, p. 341) “a regressão e a correlação são duas técnicas estreitamente relacionadas que envolvem uma forma de estimação, mais especificamente, a análise da correlação e regressão compreende a análise dos dados amostrais para saber se e como duas ou mais variáveis estão relacionadas uma com a outra numa população”. A variável Y é denominada variável dependente ou explicada e a X é denominada independente ou explicativa e r é o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Segundo Cozby (2003), o coeficiente de correlação de Pearson é a técnica estatística que descreve a força da relação entre duas variáveis, seu valor pode variar de 0 a  $\pm 1$ , a correlação mede a força, ou grau, de relacionamento entre duas variáveis, objetiva-se, portanto identificar a provável existência e o grau de associação entre as variáveis.

Assim, um coeficiente de correlação igual ou muito próximo de zero indica ausência de associação entre as variáveis, portanto quanto mais próximo o coeficiente de correlação estiver de +1 ou -1 mais forte é a associação. O sinal informa sobre o sentido positivo ou negativo da relação, isto é, o valor 0 (zero) significa que não há relação linear, o valor 1 indica uma relação linear perfeita e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita, mas inversa – quando uma das variáveis tem seu valor elevado a outra sofre uma queda.

Depois da correlação de Pearson procedeu-se a aplicação do modelo de regressão linear múltipla entre os domínios da QVT e as dimensões da SB (GUJARATI, 2006).

Para os quatro domínios da QVT, foram realizadas quatro regressões, uma para cada fator. A análise de regressão linear múltipla é definida por Tabachnick e Fidell (1996 apud ABBAD; TORRES, 2002, p. 20) como “um conjunto de técnicas estatísticas que possibilita a avaliação do relacionamento de uma variável dependente com diversas variáveis independentes ou explicativas”. Os autores explicitam também que o resultado de uma regressão múltipla representa a melhor predição ou explicação de uma variável dependente a partir de diversas variáveis independentes. Esta equação representa um modelo aditivo, no qual as variáveis predictoras somam-se na explicação da variável critério.

A regressão linear de, acordo com Fávero et al. (2009, p. 346), “tem como objetivo estudar a relação entre duas ou mais variáveis explicativas, que se apresentam na forma linear”. Segundo

Corrar *et al.* (2007, p. 132), a ideia central da regressão linear múltipla é mostrar “a existência de dependência estatística de uma variável denominada dependente, ou variável prevista ou explicada, em relação a uma ou mais variáveis independentes, explanatórias ou preditoras”.

O resultado de uma regressão linear múltipla é uma superfície que representa a melhor predição ou explicação de uma variável dependente a partir de diversas variáveis independentes. De acordo com Gujarati (2006), a equação da regressão linear múltipla pode ser representada por:  $Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_p X_p + \epsilon_i$ , onde  $Y_i$  é a variável dependente;  $\beta_0$  representa o intercepto entre a reta no eixo ortogonal; os  $\beta_i$  ( $i = 1 \dots p$ ) são os parâmetros populacionais e  $\epsilon_i$  são os erros populacionais.

Para testar a hipótese de que cada parâmetro, individualmente, possui significância estatística deve-se analisá-lo utilizando o nível descritivo do teste “t de Student”, p-valor, em comparação com o nível de significância, de 5%, adotado no presente estudo. Para um nível de significância de 5%, tem-se 95% de segurança na fidedignidade dos resultados.

### **3.10 Aspectos Éticos dos Procedimentos e da Pesquisa**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará sendo aprovado conforme protocolo no. 103.10.11 (Anexo 1). Ademais foi desenvolvido dentro dos princípios éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a qual regula a pesquisa com seres humanos no Brasil (BRASIL, 1996).



#### ***4 RESULTADOS E DISCUSSÃO***



O objetivo de desenvolver esta proposta exigiu percorrer uma trajetória de muitas leituras, possibilitando também reflexões sobre a saúde dos trabalhadores da saúde. Apresentam-se, neste capítulo, os resultados e discussões emergidos da coleta de dados desta pesquisa.

#### **4.1 Caracterização dos aspectos sócio demográfico e ocupacional dos trabalhadores da saúde do HUWC/UFC**

Participaram do estudo 177 profissionais da saúde como segue: 42 médicos, 45 enfermeiros, 60 auxiliares e técnicos de enfermagem e 30 outros profissionais da saúde.

A tabela 2 apresenta a distribuição das frequências e porcentagem das características sócio demográficas dos participantes: a faixa etária mais significativa foi de 41 a 50 anos, com (37,86%); o sexo feminino foi mais representativo, com (81,92%); possuem de diploma de especialista (52,54%); o estado civil predominante foi o casado, com (59,88%) e (30,5%) dos participantes da pesquisa possuem 2 filhos.

Tabela 2 – Distribuição das frequências e porcentagens das variáveis sócio demográficas da amostra (n= 177)

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Idade	21 a 30 anos	4	2,25
	31 a 40 anos	49	27,69
	41 a 50 anos	67	37,86
	51 a 60 anos	44	24,85
	≥ 60 anos	13	7,35
	Total	177	100
Sexo	Masculino	32	18,08
	Feminino	145	81,92
	Total	177	100
Escolaridade	Ensino Médio	37	20,9
	Graduação	11	6,22
	Especialização	93	52,54
	Mestrado	30	16,95
	Doutorado	6	3,38
	Total	177	100
Estado Civil	Casado	106	59,88
	Solteiro	46	25,99
	Divorciado	21	11,86
	Viúvo	4	2,25
	Total	177	100
Filhos	0	51	28,81
	1	32	18,07
	2	54	30,5
	≥3	40	22,59
	Total	177	100

Fonte: pesquisa da autora, 2012.

Na tabela 3 verifica-se a distribuição das frequências e porcentagem dos dados ocupacionais da amostra: a maioria tem entre 15 e 24 anos de experiência profissional (44,63%); o tempo do exercício profissional no HUWC é de 1 a 10 anos (41,24%); predominou a jornada de trabalho semanal de 40 horas (40,11%) e 129 sujeitos (72,88%) possuem vínculo trabalhista na UFC.

Tabela 3 – Distribuição das frequências e porcentagens da característica sócio profissional da amostra (n= 177)

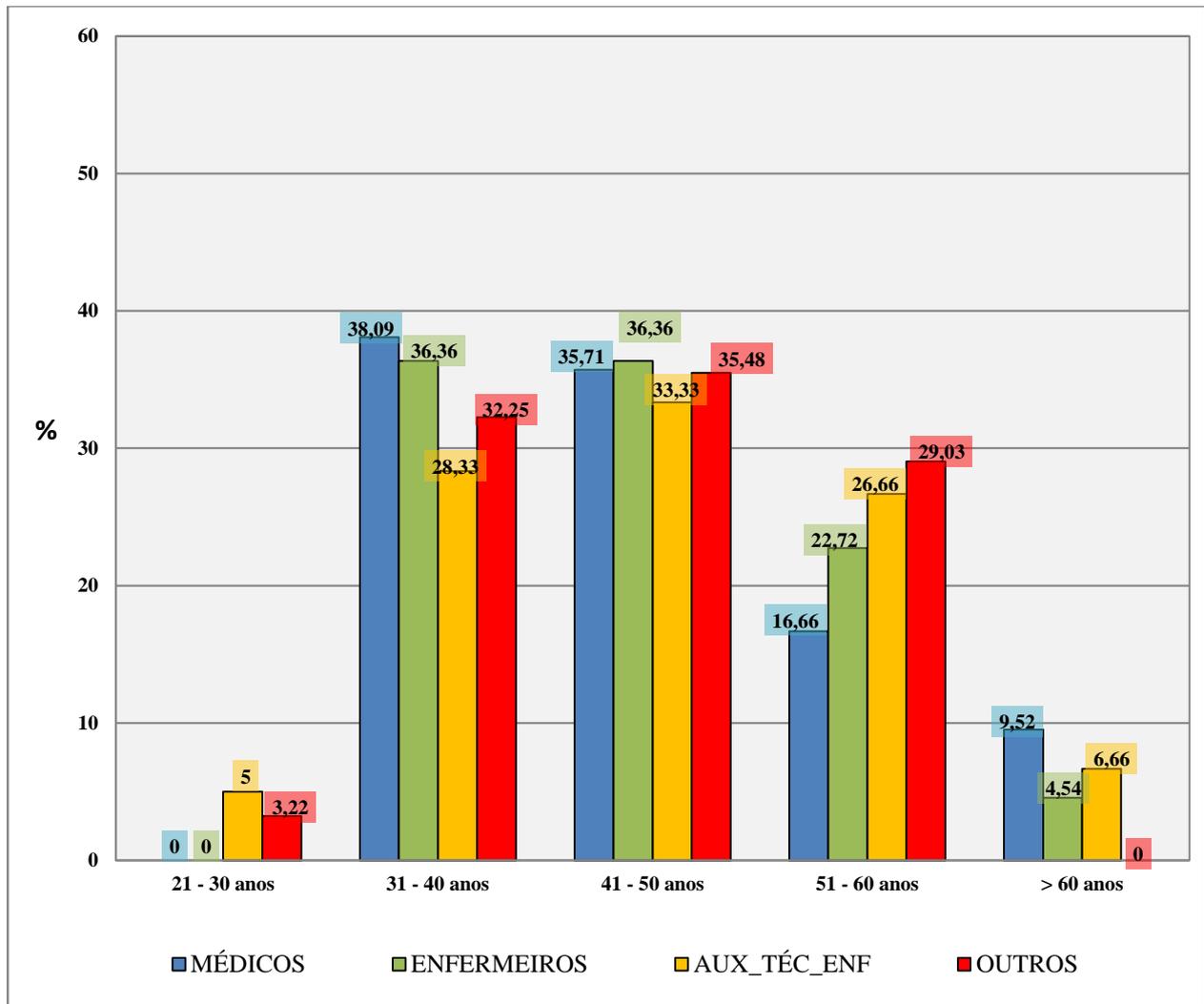
Variáveis	Categorias	Frequência	%
Tempo de profissão	1 a 4 anos	2	1,12
	5 a 14 anos	39	22,03
	15 a 24 anos	79	44,63
	25 a 34 anos	46	25,98
	35 a 44 anos	11	9,03
	Total	177	100
Tempo de exercício no HUWC	1 a 10 anos	73	41,24
	11 a 20 anos	49	27,68
	21 a 30 anos	45	25,42
	≥ 31 anos	10	5,64
	Total	177	100
Jornada semanal	20 horas	4	2,25
	40 horas	71	40,11
	50 horas	18	10,16
	60 horas	48	27,11
	70 horas	22	12,42
	80 horas	12	6,77
	100 horas	2	1,12
	Total	177	100
Vínculo empregatício	SAMEAC	48	27,11
	UFC	129	72,88
	Total	177	100

Fonte: pesquisa da autora, 2012.

Segundo Benevides-Pereira (2002) o burnout tem predileção pelos profissionais mais jovens, idealistas, que possivelmente não desenvolveram estratégias de defesa.

Observa-se através do gráfico 1 que a idade prevalente na amostra estudada foi de 41 a 50 anos, optou-se por demonstrar o perfil de idade estratificado pelas categorias profissionais estudadas e conclui-se que há uma grande concentração de profissionais no intervalo de 31 a 50 anos. Acredita-se que, devido às demandas profissionais de um hospital de alta complexidade como é o HUWC e pela demanda de energia e falta de recursos humanos e materiais, os profissionais da saúde apresentam alterações em algumas dimensões da SB e dos domínios da QVT.

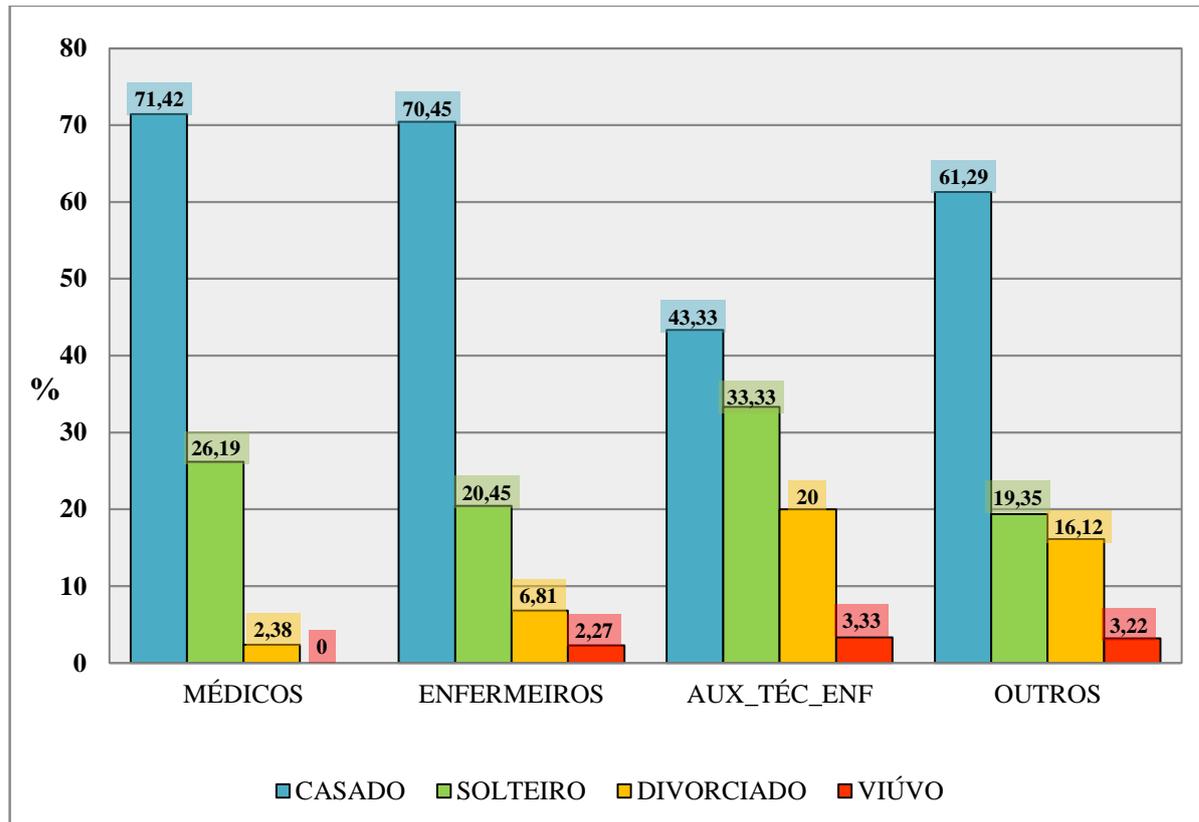
Gráfico 1 – Distribuição, por idade, dos profissionais da saúde do HUWC/UFC em 2012.



Fonte: pesquisa da autora, 2012.

No gráfico 2 observa-se que a maioria dos profissionais são casados e, conforme descrito por Benevides-Pereira (2002), esse dado não causa interferência na SB.

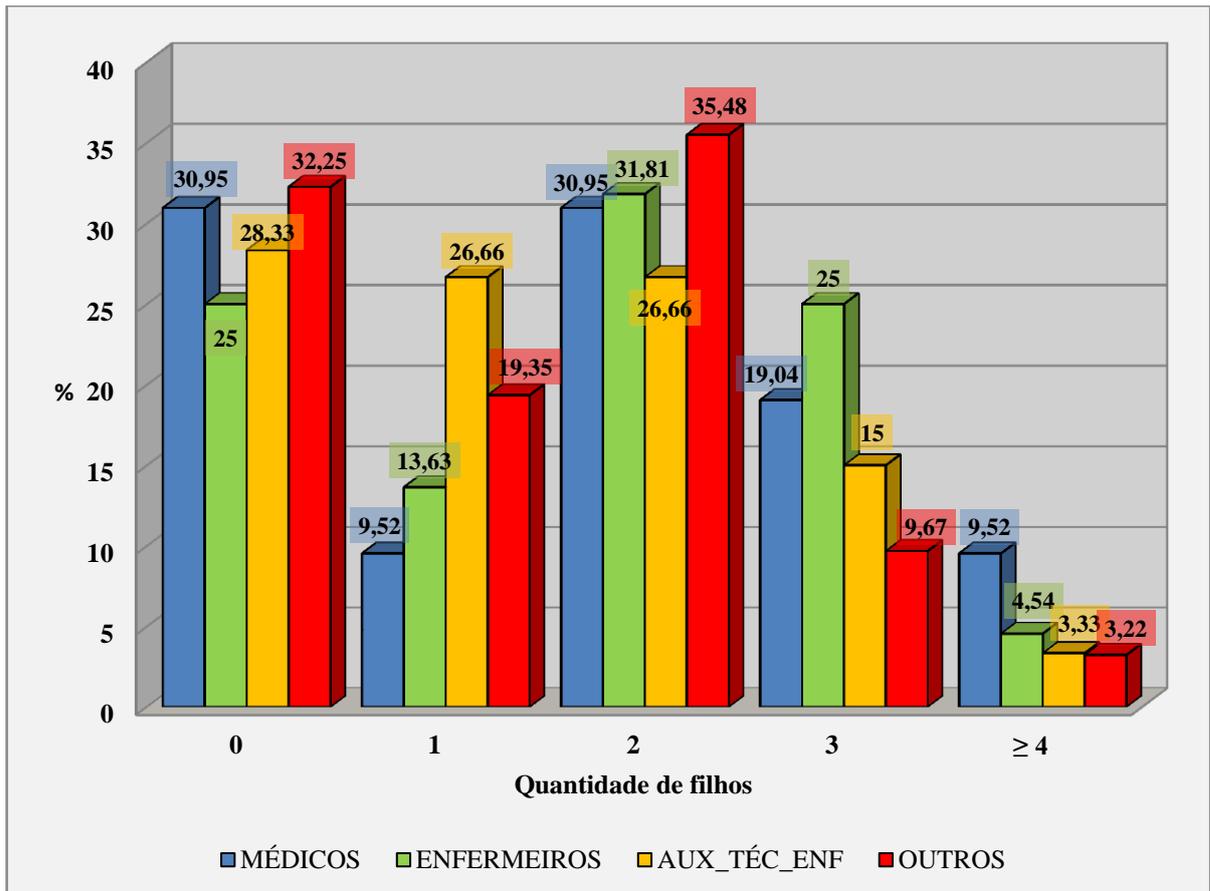
Gráfico 2 – Distribuição, segundo o estado civil, dos profissionais da saúde do HUWC/UFC em 2012



Fonte: pesquisa da autora, 2012.

No gráfico 3 observa-se que os valores entre os profissionais que tem 2 filhos e os que não têm nenhum são convergentes, segundo Benevides-Pereira (2002) não há consenso entre os autores sobre esse dado, haja vista que esse ter ou não filhos não interfere na SB.

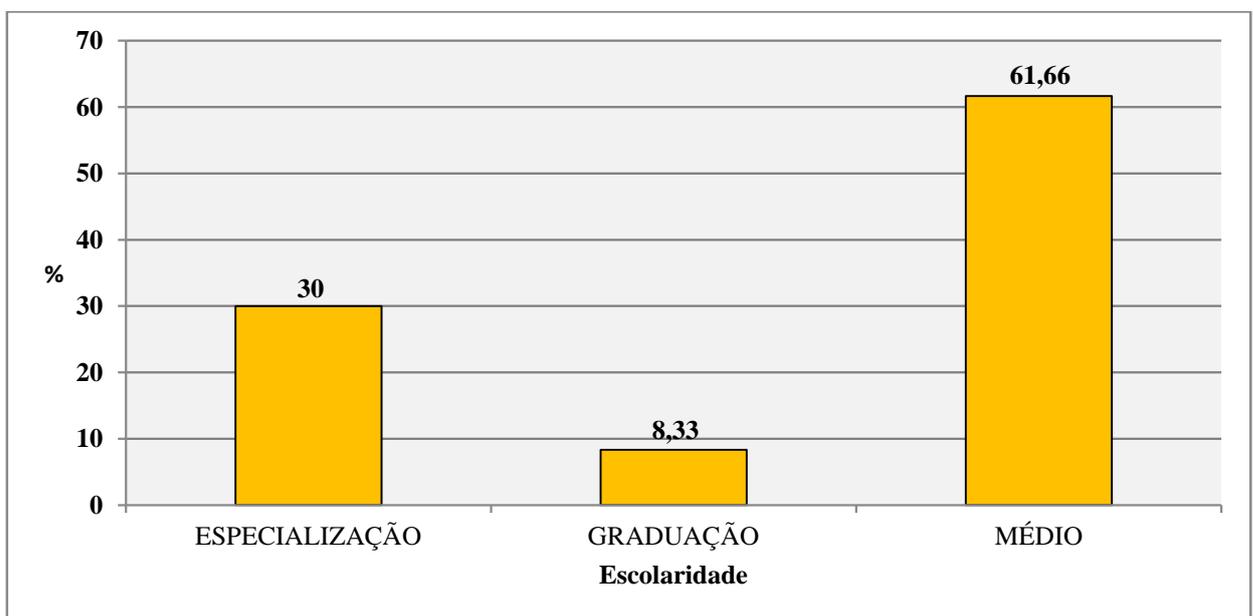
Gráfico 3 – Distribuição, segundo número de filhos, dos profissionais da saúde do HUWC/UFC em 2012



Fonte: pesquisa da autora, 2012.

Observa-se no gráfico abaixo (gráfico 4) que apesar do nível de escolaridade, entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, exigido ser o nível médio, 30% possuem especialização. Percebe-se que estes profissionais estão se qualificando melhor, porém segundo Benevides-Pereira (2002) os indivíduos com maior nível educacional são mais propensos ao burnout. Atrelado a esse contexto pode-se afirmar que a elevada carga de trabalho que estes profissionais são submetidos pode acentuar essa propensão.

Gráfico 4 – Distribuição, segundo escolaridade, dos auxiliares e técnicos de enfermagem do HUWC/UFC em 2012



Fonte: pesquisa da autora, 2012.

#### 4.2 Caracterização da qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde do HUWC – (n= 177)

Observa-se na tabela abaixo (tabela 4) os resultados obtidos na QVT e seus domínios (físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional) através da média, desvio padrão e coeficiente de variação.

Tabela 4 – Cálculos estatísticos dos resultados obtidos pelos domínios da qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde do HUWC em 2012

Domínios	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (%)	Valor Mínimo	Valor Máximo	Amplitude
Físico/Saúde	3,28	0,54	16,65	2,25	4,750	2,500
Psicológico	3,62	0,59	16,25	1,000	5,000	4,000
Pessoal	3,70	0,56	15,22	1,250	5,000	3,750
Profissional	3,03	0,54	17,98	1,556	4,222	2,667
QVT	3,41	0,46	13,54	1,597	4,444	2,847

Fonte: pesquisa da autora, 2012.

As médias referentes às variáveis representantes da QVT não variaram significativamente, sendo que o domínio pessoal apresentou valor médio mais elevado (3,70) e o domínio profissional atingiu o menos elevado (3,03). Observa-se ainda que todos os domínios apresentaram nível de dispersão absoluta entre 0,54 e 0,59, como também registrou-se nível de dispersão relativa variando entre 16,66% e 17,98%, sugerindo que os sujeitos percebem os aspectos relacionados aos domínios da QVT de forma homogênea.

Utilizou-se como escala de resultados do QWLQ-bref os mesmos parâmetros citados por Reis Júnior (2008), portanto, o índice de QVT está representado de acordo com o quadro abaixo:

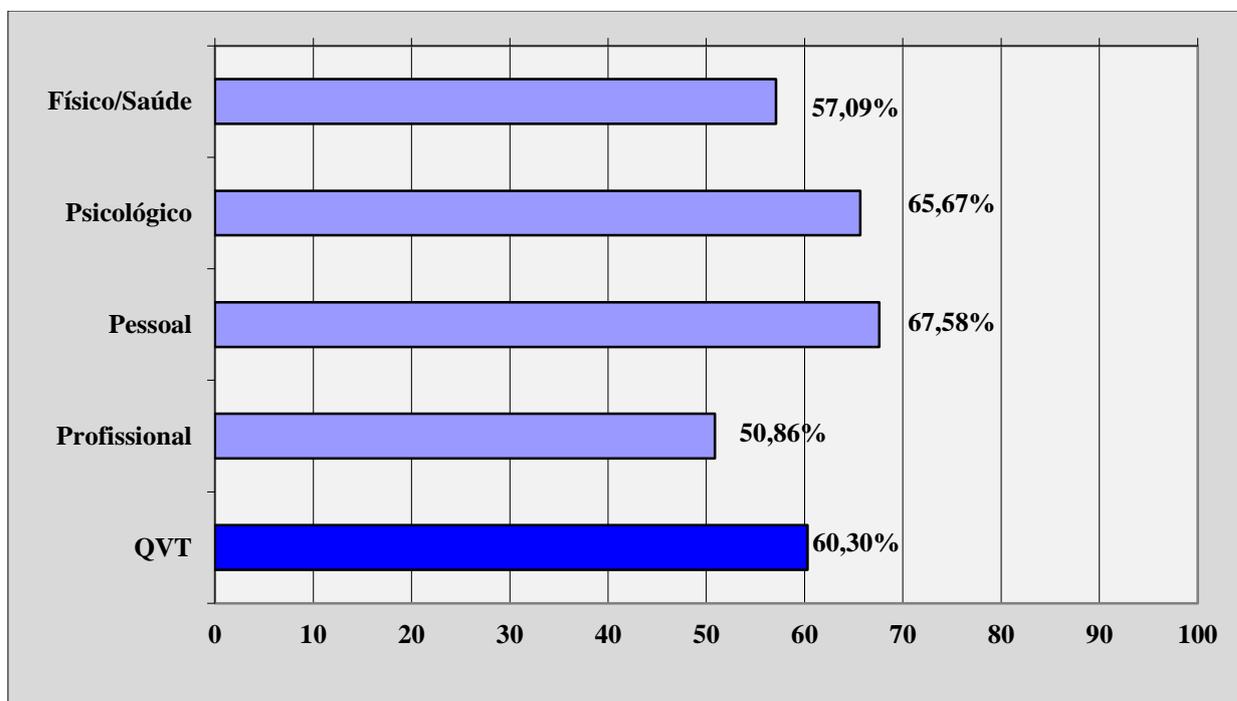
Quadro 4 – Escala de resultados do QWLQ-bref

QWLQ-bref				
Muito insatisfatório	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório	Muito satisfatório
0 a 22,5%	>22,5 a 45%	>45 a 55%	>55 a 77,5%	>77,5 a 100%

Fonte: Reis Júnior (2008)

Representando os valores em uma escala centesimal, as médias de cada domínio e o índice de QVT dos profissionais da saúde do HUWC estão dispostas no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição dos resultados da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde do HUWC/UFC em 2012



Fonte: pesquisa da autora, 2012.

O domínio físico/saúde abrange os aspectos relacionados a: qualidade do sono, qualidade da alimentação, hereditariedade, sensação de conforto, cansaço, satisfação das necessidades fisiológicas básicas, atendimento médico, realização de atividade física no trabalho, exercícios posturais, aparecimento de doenças do trabalho e seu respectivo tratamento, ergonomia, entre outros. Todos esses aspectos se correlacionam com uma boa prática educativa, comportamental e motivacional visando um equilíbrio entre corpo/saúde/doença (REIS JÚNIOR, 2008, p. 87).

Fleck *et al* (1999, p. 23) afirmam que o domínio psicológico abrange os seguintes aspectos: “sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos”.

O domínio pessoal abrange os aspectos do próprio indivíduo como seu meio familiar, suas relações pessoais, suas crenças religiosas e culturais (REIS JÚNIOR, 2008).

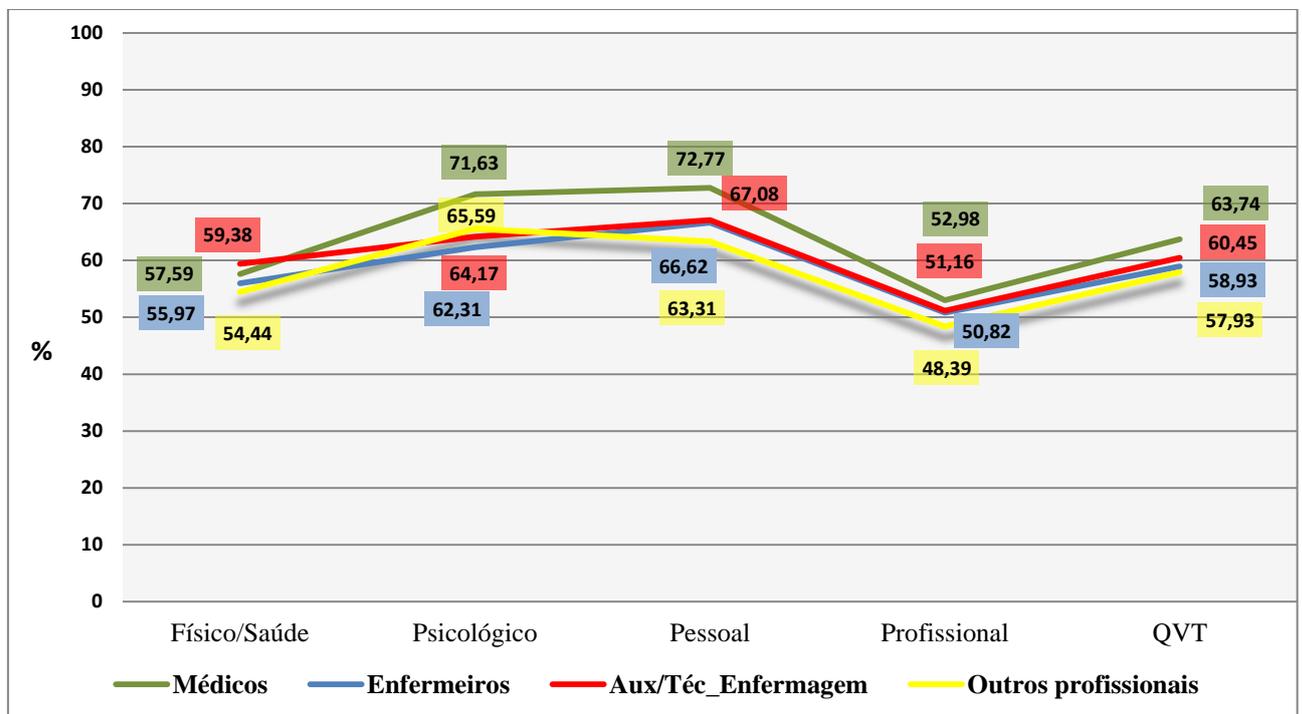
O domínio profissional abrange os seguintes aspectos: absentéismo, saúde do trabalhador, acidentes de trabalho, carga de trabalho, instabilidade de horários, autonomia,

credibilidade do superior, cooperação entre os níveis hierárquicos, plano de carreira, reconhecimento do seu trabalho, participações nas decisões, treinamento, vida pessoal preservada.

Werther e Davis (1983) afirmam que esses indicadores estão intimamente relacionados à gestão organizacional que visa melhorar a QVT dos profissionais através de cargos mais satisfatórios e menos monótonos.

Tendo como base o quadro de resultados pode-se concluir que os profissionais da saúde do HUWC estão com níveis satisfatórios de QVT (60,30%) contido na variação entre > 55 a 75%, sobressaindo-se os domínios psicológico e pessoal com (65,67%) e (67,58%) respectivamente. Observa-se ainda que o domínio pessoal atingiu o maior percentual sobre os demais, e que o domínio profissional apresentou o menor índice (50,86%) sendo classificado como nível neutro, ou seja, variando entre > 45 a 55%.

Gráfico 6 – Avaliação da QVT, por categoria, dos profissionais de saúde do HUWC/UFC em 2012.



Fonte: pesquisa da autora, 2012.

No ambiente hospitalar todas as categorias que estão inseridas nesse contexto demandam cargas de responsabilidade peculiares a cada profissional, mas a profissão médica

carrega uma carga maior, haja vista, que são os médicos que definem a melhor terapêutica para o paciente sob sua assistência e que qualquer erro poderá causar danos a outro ser humano.

O trabalho no hospital ocorre com vários profissionais da saúde que necessitam possuir uma relação interpessoal muito boa para que os processos de trabalho fluam de modo harmonioso.

### 4.3 Apresentação dos resultados da síndrome de burnout nos profissionais da saúde do HUWC – amostra (n= 177)

Apresenta-se na tabela 5 a distribuição dos resultados e porcentagens das dimensões da SB dos profissionais da saúde do HUWC.

Tabela 5 – Distribuição dos resultados e porcentagens das dimensões da SB

Dimensões	Classificação		
	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional – EE	30 16,94%	86 48,59%	61 34,46%
Despersonalização – DP	39 22,3%	103 58,19%	35 19,77%
Realização profissional – RP	77 43,5%	95 53,67%	5 2,82%

Fonte: pesquisa da autora, 2012.

Pode-se afirmar que os profissionais da saúde do HUWC, com relação às dimensões de burnout, apresentam moderado grau de exaustão emocional, despersonalização e baixo grau de realização profissional, com percentuais de 48,58%, 53,67% e 43,5%, respectivamente, e apenas 2,82% apresentam grau satisfatório de realização profissional. Considera-se que um sujeito com a síndrome de burnout obtenha altas pontuações em (EE) e (DE), associadas a baixas pontuações em (RP), portanto um grau baixo de burnout é decorrente de baixas pontuações nas subescalas de EE e DP e altas na de RP.

O trabalho aqui descrito, embora fruto de uma observação local e temporal, evidencia que os profissionais não estão acometidos de burnout, porém o resultado nos remete a um cenário preocupante, pois, moderados graus de EE e DP com baixo grau de RP pode indicar que se medidas de intervenções ao burnout não forem adotadas pela gestão de recursos humanos do HUWC/UFC existe um forte indício que esses profissionais estejam muito suscetíveis a desenvolver a SB, pois estes índices revelam que os mesmos sentem-se moderada a altamente exaustos emocionalmente, moderadamente apresentam sentimentos de distanciamento afetivo dos pacientes sob seus cuidados e experimentam moderadamente a altos sentimentos de baixa realização profissional.

As causas aventadas para tais considerações refletem possivelmente do tipo de trabalho considerado – instituição hospitalar de assistência terciária a saúde – o que de forma prática está intimamente relacionado com assistência de alta complexidade. Haja vista as grandes demandas nos serviços públicos de saúde, especificamente num hospital de ensino, portanto, o perfil do paciente atendido no HUWC demanda de uma intervenção assistencial mais específica, o que pode sobrecarregar as dimensões física e psicológica, ademais pode afetar os valores social e cultural dos profissionais envolvidos.

#### 4.4 Apresentação dos resultados das correlações entre QVT e SB nos profissionais da saúde do HUWC – amostra (n= 177)

Tabela 6 – Correlação linear de Pearson entre as variáveis analisadas

Fatores	Especificação	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	EE	DP	RP
EE	correlação - r	-0,600	-0,449	-0,432	-0,574		0,513	-0,285
	p - valor	0,00	0,00	0,00	0,00	□	0,00	0,00
DP	correlação - r	-0,295	-0,173	-0,166	-0,326	0,513		
	p - valor	0,00	0,021	0,027	0,00	0,00	□	□
RP	correlação - r	0,214	0,347	0,372	0,306		-0,280	
	p - valor	0,004	0,00	0,00	0,00	□	0,00	□

Os dados obtidos com a pesquisa permitem afirmar que existe correlação significativa entre a variável QVT e as três dimensões que representa a SB, como segue: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, sendo correlação negativa para os

dois primeiros e positiva para o terceiro. Deste modo, quanto maior for o grau de exaustão emocional e despersonalização menor será a QVT e quanto maior for a realização profissional maior será a QVT.

Os três fatores: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, possuem correlação entre si de tal modo que: exaustão emocional possui correlação positiva com despersonalização e negativa com realização profissional e despersonalização possui correlação negativa com realização profissional. O mais elevado índice de correlação foi encontrado para as variáveis: exaustão emocional e despersonalização.

Entre os fatores que compõem a qualidade de vida no trabalho, a exaustão emocional possui maior fator de correlação (negativa) com o domínio Físico/Saúde; a despersonalização possui maior fator de correlação (negativa) com Profissional e realização profissional possui maior fator de correlação (positiva) com Pessoal.

O domínio psicológico está correlacionado positivamente com o domínio físico, em 47%, ou seja, ambos variam na mesma direção/sentido. Burnout (EE) está correlacionado negativamente com o domínio psicológico, em 44,9%, ou seja, o aumento de uma variável tende a provocar uma queda na outra variável. O mesmo ocorre com o domínio pessoal e domínio profissional. A correlação com o domínio físico é bem mais baixa (-15,7%), embora seja também inversa.

Tabela 7. Correlação entre idade e número de filhos com as dimensões de SB e QVT

Fatores	Especificação	EE	DP	RP	QVT
Idade	correlação - r	-0,204	-0,328	0,245	0,247
	p-valor	0,006	0,000	0,001	0,001
Filhos	correlação - r	-0,022	-0,076	0,136	0,038
	p-valor	0,773	0,312	0,071	0,616

Há uma correlação negativa significativa entre a idade e os fatores exaustão emocional e despersonalização, sendo os maiores valores apresentados nestes fatores por pessoas de menor idade e uma correlação positiva tanto com realização profissional como com qualidade de vida no trabalho, sendo os maiores valores destes fatores apresentado nas pessoas de maior idade. Em relação ao número de filhos, não há correlação significativa entre esta variável e os fatores analisados.

Não há diferença significativa entre os valores médios dos fatores: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, assim como qualidade de vida quando

comparados ao sexo. Não há diferença significativa nos fatores acima apresentados quando são analisadas as variáveis: escolaridade, profissão e estado civil.

#### 4.5 Apresentação dos resultados das regressões entre QVT e SB nos profissionais da saúde do HUWC – amostra (n= 177)

Tabela 8 – Resultado da regressão entre o domínio físico/saúde QVT e as variáveis da SB

Modelo	Coefficiente estimado B	Desvio padrão	Coefficiente padronizado Beta	t	p-valor
Constante	3,301	0,09		36,49	0,000
Despersonalização - Burnout	-0,096	0,045	-0,16	-2,141	0,034
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>		
	0,16	0,026	0,02		

**Domínio físico QVT = 3,301 – 0,096 Despersonalização de burnout**

Utilizando-se o método *backward* de ingresso de variáveis, obteve-se como resultado final uma regressão linear simples, significativa estatisticamente a 3,4% (p-valor = 0,034), revelando uma relação negativa (inversa) entre o domínio físico da QVT e a despersonalização de burnout. Conclui-se, com os resultados obtidos, que se o domínio físico/saúde estiver elevado a despersonalização terá a tendência de cair e vice-versa, ou seja, quanto maior a despersonalização menor será o domínio físico/saúde da QVT.

Tabela 9 – Resultado da regressão entre o domínio psicológico da QVT e as variáveis da SB

Modelo	Coefficiente estimado B	Desvio padrão	Coefficiente padronizado Beta	t	p-valor
Constante	3,544	0,302		11,734	0,000
Exaustão Emocional - Burnout	-0,277	0,050	-0,381	-5,570	0,000
Realização Profissional - Burnout	0,217	0,062	0,238	3,484	0,001
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>		
	0,503	0,253	0,245		

**Domínio psicológico QVT = 3,544 – 0,277 Exaustão Emocional de burnout + 0,217 Realização Profissional de burnout**

Utilizando-se o método *backward* de ingresso de variáveis, obteve-se como resultado final uma regressão linear múltipla, revelando uma relação negativa (inversa) entre o domínio psicológico da QVT e a exaustão emocional de burnout e uma relação positiva entre a variável dependente e a realização profissional de burnout. A variável exaustão emocional de burnout tem maior impacto na ocorrência do domínio psicológico, dado que apresenta coeficiente padronizado de -0,381, portanto, mais elevado que o verificado para a realização profissional.

Tabela 10 – Resultado da regressão entre o domínio pessoal da QVT e as variáveis da SB

Modelo	Coefficiente estimado B	Desvio padrão	Coefficiente padronizado Beta	t	p-valor
Constante	3,472	0,289		12,026	0,00
Exaustão Emocional - Bournout	-0,247	0,048	-0,355	-5,201	0,00
Realização Profissional - Bournout	0,236	0,06	0,27	3,958	0,00
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>		
	0,504	0,254	0,246		

$$\text{Domínio pessoal QVT} = 3,472 - 0,247 \text{ Exaustão Emocional de burnout} + 0,236 \text{ Realização Profissional de burnout}$$

A equação de regressão linear múltipla obtida para a variável domínio pessoal QVT revela uma relação negativa com a variável exaustão emocional de burnout e positiva com a variável realização profissional de burnout. A exaustão emocional de burnout explica em maior magnitude o domínio pessoal QVT, porquanto apresenta maior coeficiente padronizado (-0,355). O método de ingresso de variáveis continua sendo o *backward*.

Tabela 11 – Resultado da regressão entre o domínio profissional da QVT e as variáveis da SB

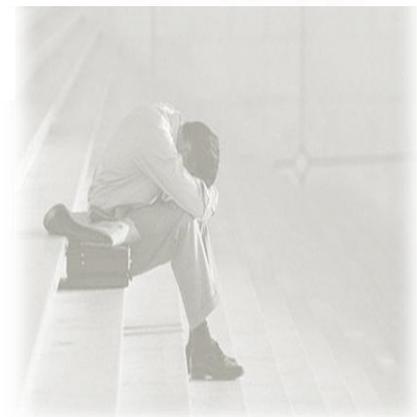
Modelo	Coefficiente estimado B	Desvio padrão	Coefficiente padronizado Beta	t	p-valor
Constante	3,489	0,261		13,391	0,000
Exaustão Emocional - Burnout	-0,357	0,043	-0,530	-8,326	0,000
Realização Profissional - Burnout	0,131	0,054	0,155	2,430	0,016
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>		
	0,593	0,352	0,344		

$$\text{Domínio profissional QVT} = 3,489 - 0,357 \text{ Exaustão Emocional de burnout} + 0,131 \text{ Realização Profissional de burnout}$$

A equação de regressão linear múltipla obtida para a variável domínio profissional QVT revela uma relação negativa com a variável exaustão emocional de burnout e positiva com a variável realização profissional de burnout. Mais uma vez, a exaustão emocional de burnout explica em maior magnitude a variável dependente, no caso o domínio profissional QVT, apresentando maior coeficiente padronizado (-0,530). O método de ingresso de variáveis continua sendo o *backward*.



## ***5 CONSIDERAÇÕES FINAIS***



Constatou-se que os profissionais da saúde do HUWC da UFC, nessa determinação temporal e amostral, apresentaram moderadas pontuações em exaustão emocional 48,58% e despersonalização 58,19% e moderada realização profissional 53,67%, pode-se dizer com esses dados que os profissionais não apresentam a síndrome de burnout, mas moderada exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Além disso, chamou a atenção que 34,46% dos profissionais apresentaram alta exaustão emocional e apenas 16,95% baixa. Na dimensão realização profissional apenas 2,82% apresentaram alta realização profissional e 43,5% baixa realização profissional.

Os resultados da QVT foram satisfatórios para os domínios físico/saúde, psicológico e pessoal, porém o domínio profissional ficou no parâmetro neutro atingindo apenas 50,86%. É possível afirmar que a síndrome de burnout repercute na QVT ou mesmo que a QVT contribui para desencadear SB.

Os instrumentos utilizados na pesquisa (MBI e QWLQ-bref) foram adequados para os objetivos propostos. A primeira hipótese definida afirma que os profissionais da saúde do HUWC, com baixa qualidade de vida profissional (QVT), apresentam síndrome de burnout (SB). Para confirmar ou não essa hipótese foi necessário verificar a relação entre QVT e SB. Os resultados obtidos confirmaram a hipótese, ou seja, a baixa QVT pode contribuir com a ocorrência da SB.

A segunda hipótese refere-se à afirmação de que os profissionais realizados com seu trabalho apresentam boa QVT. Essa hipótese foi confirmada com os dados obtidos.

Os fatores analisados confirmam a hipótese 3, de que os profissionais com menor tempo de exercício profissional não são acometidos pela SB e apresentam altos níveis de QVT, pois os resultados obtidos afirmam que há uma correlação negativa e significativa estatisticamente entre a idade e os fatores de exaustão emocional e despersonalização. Os mais elevados valores apresentados para estes fatores foram por pessoas de menor idade, que também exibiram uma correlação positiva tanto com realização profissional quanto com a qualidade de vida no trabalho.

Segundo Gil-Monte e Pieró (1997) as características pessoais não são desencadeantes da SB, porém são fatores que podem facilitar ou inibir a atuação dos agentes estressantes. Benevides-Pereira (2002) evidencia que os indivíduos com idade mais elevada possuem medidas de intervenções aos estímulos estressores melhor definidos, apresentando uma postura segura frente às adversidades, enquanto que profissionais mais jovens por possuírem

pouca experiência sentem-se inseguros frente à realidade do trabalho especialmente quando percebem que o idealismo e as ilusões acalentadas não possuem sustentação.

Os fatores socioambientais contribuem para o desenvolvimento do burnout, assim aspectos individuais quando associados a relações de trabalho conflituosas propiciam o aparecimento da SB. Essa temática se reveste de tal importância que políticas públicas de saúde incluíram o diagnóstico da síndrome de burnout no código internacional das doenças – CID 10.

No HUWC observa-se uma grande distinção de tarefas com graus variados de conhecimento técnico refletindo no aspecto emocional e nas respostas físicas do trabalhador. Há uma equipe multiprofissional que possui um objetivo comum – permitir que o paciente sob seus cuidados retornem da melhor forma possível para sua vida. Cada profissão possui atividades específicas e inerentes a sua formação e com graus variados de responsabilidade. Para Dejours (1997) a psicodinâmica do trabalho se desenvolve de duas maneiras: a prescrita e a real. O modo prescrito define como o trabalho deve ser feito, segundo normas, regulamentos, leis, são definições objetivas.

Dejours (1997, p. 40) afirma que o real trabalho “[...] é aquilo que escapa e se torna um enigma a decifrar, que é apreendido inicialmente na experiência vivida”. Esses aspectos entre o “que se prega” e o que “se faz” pode gerar muito desconforto aos profissionais da saúde porque um ambiente hospitalar com adequadas condições de trabalho pode gerar menos desgaste emocional, físico e profissional para os trabalhadores que vivem nesse contexto.

A despersonalização caracteriza-se por um comportamento frio e impessoal com os colegas de trabalho e com os pacientes que estão sob seus cuidados, tornando-se neutros nos conflitos de ordem social e indiferentes à dor alheia. Essa dimensão evidencia uma mudança de atitude emocional frente a situações conflitantes evidenciado com atos de cinismo, ironia, indiferença.

Essa transformação de comportamento não se refere à mudança da personalidade intrínseca do indivíduo, mas em respostas ao desacordo com o valor ético das atitudes de enfrentamento no trabalho, que poderá refletir na vida particular do profissional.

Em relação à SB, pode-se aceitar que não se caracteriza apenas com índices elevados no quesito moderado, porém acredita-se que uma política de gestão de pessoas em favor de uma humanização dos atendimentos oferecidos e uma otimização dos recursos humanos traria grandes benefícios aos servidores e demais funcionários, a exemplo da SAMEAC.

A realização profissional é extremamente importante para um desempenho satisfatório dentro dos critérios organizacionais e evidencia sentimento de bem estar físico e emocional no

trabalho. Os índices que norteiam esse cenário encontram na autoestima, motivação e no bom desempenho seus melhores argumentos, porém, o desinteresse profissional, sentimento de incapacidade, despreparo e a insatisfação pela atividade desempenhada acabam por provocar sentimento de culpa ou frustração profissional por uma profissão que julga ser errada e então os conflitos vem a tona.

A síndrome de burnout caracteriza-se por uma alta exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional com etiologia multidimensional e tem afetado milhares de trabalhadores em todo o mundo.

A saúde, como bem estar físico e profissional, é condição necessária para um desempenho satisfatório de respostas ao estresse diário nas rotinas e horas de trabalho, algumas vezes extenuante com exigências de graus variáveis de respostas diretas e imediatas das suas respectivas responsabilidades.

Os vários fatores precipitantes ou preexistentes modulam a síndrome nos trabalhadores, os quais são acometidos diferentemente em cada individuo sendo influenciados por características intrínsecas como: idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, crenças religiosas, experiência profissional, doenças pré-existentes, principalmente as neuropsicopatias, etnia, prole, entre outros.

Os fatores extrínsecos dizem respeito à influência do meio sobre a vida do trabalhador no seu ambiente laboral, nas expectativas causadas pelo gerenciamento do trabalho, os fatores representativos quanto ao meio de deslocamento, exigência de horários fixos e rígidos de chegada e saída, expectativas de produção, horas extras, descompromisso dos gestores em prever materiais e equipamentos que favoreça a assistência. Pode-se também citar: tarefas de difícil realização com graus consideráveis de conhecimento técnico, tarefas executadas fora do ambiente de trabalho, dificuldade na comunicação, estrutura física em desacordo com as atividades a serem realizadas, falta de ergonomia, baixa remuneração, doenças ocupacionais, assédio moral.

Além disso, a superlotação é frequente nesses serviços, principalmente por falta de resolutividade dos níveis primário e secundário de atenção à saúde que os gestores do SUS ainda não conseguiram solucionar. Pode-se dizer que muitos dos fatores supracitados impactam diretamente na qualidade de vida do trabalho. A exaustão emocional representa uma resposta clínica às demandas ocupacionais e tem uma sensação de esgotamento físico, sua mais fiel representação.

Há que se diferenciar com estresse comum (resposta imediata ao agente estressor) que remete as considerações circunstanciais inerentes ao próprio individuo, que interferem no

aparecimento dos sintomas da Síndrome de Burnout (resposta prolongada a estressores) que insidiosamente vai consumindo o indivíduo podendo chegar a um ponto de total sentimento de incapacidade. A sensação de “estafa” caracteriza-se por desconforto físico, dificuldade de executar tarefas antes realizadas sem problemas, déficit de memória, perda do interesse em novas oportunidades, descontrole emocional, absenteísmo, entre outros.

Estudos comprovam que as pessoas de maior nível educacional possuem maior propensão ao burnout. No presente estudo, os profissionais estão acometidos pelas dimensões do burnout (com intensidade variada). Tendo em vista que a faixa etária da população predominou entre 41 e 50 anos, sugere-se que os profissionais que obtiveram moderado risco para manifestação de burnout são aqueles de maturidade profissional estabelecida e maior domínio em situações de estresse.

Por considerar o indivíduo responsável pelo desenvolvimento da síndrome de burnout, as organizações temem que os programas para melhoria da qualidade de vida dos funcionários acarretariam um aumento de custo para a instituição, além de reivindicações dos empregados e sindicatos para redução da carga e jornada de trabalho.

A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada ao bem estar do profissional que realiza a assistência; assim, medidas que visam garantir condições de trabalho, que reduzam o desgaste físico e emocional se fazem imperativa nas organizações hospitalares e a sensibilização dos profissionais da saúde e gestores sobre a ocorrência do estresse ocupacional e a síndrome de burnout de modo a beneficiar a ambos.

Atualmente, o desgaste físico e emocional relacionado ao trabalho pode ser considerado um problema de saúde pública entre trabalhadores de várias profissões. As exigências da globalização e do mercado de trabalho nas últimas décadas vêm consumindo física e mentalmente os trabalhadores, minando seu compromisso, sua dedicação e tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e ao sucesso no trabalho.

Grande parte desta situação deve-se às modificações do processo produtivo e da economia mundial que forçaram reestruturações organizacionais, levando a redução do quadro de pessoal e, conseqüentemente ao aumento da carga de trabalho, da redução de ganhos, da perda de benefícios e dos direitos dos trabalhadores. Ademais a competitividade, a automação e a utilização cada vez maior da tecnologia, bem como a necessidade de aprimoramento criam um terreno propício para o surgimento do desgaste físico, emocional e do estresse.

Os estudos sobre qualidade de vida no trabalho têm contribuído para alertar os gestores quanto à importância de melhorar as relações pessoais e a organização do trabalho no

ambiente organizacional, visando minimizar o impacto dos estressores ocupacionais e o consequente adoecimento e comprometimento do processo produtivo.

Frente às considerações realizadas sugere-se aos gestores do HUWC e da UFC, efetivar um programa de gerenciamento do estresse ocupacional visando educar os profissionais, em especial os da saúde, sobre a natureza e o impacto do estresse de modo que sejam percebido e desenvolvido uma variedade de habilidades pessoais e interpessoais para utilizar contra o estresse.

Pode-se elencar como metas desse programa de gerenciamento da qualidade de vida no trabalho:

- i) Reestruturar o ambulatório do servidor do HUWC/UFC promovendo um espaço físico adequado, visto que, a estrutura física atual não oferece conforto algum para os servidores que precisam de atendimento, bem como aos profissionais que lá trabalham e replanejar seus fluxos e processos de trabalho, oferecer supervisão clínica adequada incluindo as dimensões: física, social, psicológica e espiritual dos cuidados ao profissional da saúde, bem como, oferecer um serviço de saúde mental independente que atenda problemas de caráter pessoal e os relacionados ao trabalho;
- ii) Alterar a organização do trabalho, conforme a demanda dos diversos serviços de modo que os estressores ocupacionais sejam reduzidos, como por exemplo: melhorar os processos de trabalho e as modificações ergonômicas;
- iii) Implementar programas de educação em saúde do trabalhador, através de módulos educacionais, objetivando difundir hábitos de vida mais saudáveis – promoção da saúde, o desenvolvimento das habilidades psicológicas para o enfrentamento dos agentes estressores, através da parceria com a equipe multiprofissional (médicos – cardiologistas, dermatologistas, endocrinologistas, entre outras especialidades; enfermeiros e equipe técnica em enfermagem; fisioterapeutas; nutricionistas; psicólogos; terapeutas ocupacionais; farmacêuticos; assistentes sociais; entre outros);
- iv) Como sugestões de programas têm-se: atenção à saúde vocal do trabalhador que utiliza a voz como instrumento de trabalho, semana da alimentação saudável, da prevenção e controle da hipertensão, da prevenção e controle do diabetes, da qualidade de vida do trabalhador – prevenção de LER /DORT, da NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, da NR 7 – ergonomia, semana da gentileza, da autoestima, do relacionamento interpessoal, da beleza, do bom humor, da dieta saudável; da atividade física; entre outras;

- v) Promoção de terapêuticas alternativas para prevenção do estresse como massoterapia, cromoterapia, acupuntura, yoga, ginástica laboral, artes manuais, entre outras;
- vi) Oferecer apoio àqueles profissionais que foram vítimas do estresse ocupacional e ou burnout e já desenvolveram problemas de saúde psíquicos ou físicos;
- vii) Instaurar programa de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador de forma a garantir um ambiente de trabalho com condições satisfatórias e monitorar os agravos relacionados a doenças ocupacionais, integrando comissão de riscos hospitalares, núcleo hospitalar de epidemiologia, perícia médica, CIPA, SESMT, entre outros;
- viii) Investir nos ambientes de trabalho controlando os riscos ambientais (radiação ionizante, químicos, físicos e biológicos) o que para o HUWC/UFC poderá determinar uma forma diferente de atuação, pois assim seria possível controlar e estabelecer limites seguros de exposição;
- ix) Definir indicadores de qualidade, de frequência, operacionais e gerenciais, de modo que auxilie na definição de metas e análise da satisfação do trabalhador, dos estressores ocupacionais, das taxas de absenteísmo, etc.

Entre os objetivos, do Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior busca-se atingir, com a realização dessa dissertação, o que se refere a propiciar oportunidades de reflexão e produção de projetos inovadores, e socialmente relevantes. Acredita-se que esse objetivo foi alcançado, pois manter e aprimorar a saúde desses trabalhadores é de fundamental importância, pois reflete diretamente na qualidade da assistência oferecida aos pacientes e na relação interpessoal. As estratégias sugeridas são extremamente tangíveis, haja vista, que se os gestores investirem recursos na saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho os resultados obtidos a curto, médio e longo prazo serão imensuráveis tanto para o momento presente quanto para as futuras gerações.

## REFERÊNCIAS

ABBAD, G.; TORRES, C. V. Regressões múltiplas stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. **Estudos de psicologia**, v.7, p. 19 – 29, 2002.

ALBERT. E.; URURAHY, G. **Como tornar-se um bom estressado**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.

ALVAREZ GALLEGO, E.; FERNÁNDEZ RIOS, L. El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional. **Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria**, 11, 257-265, 1991.

AMORIM, C.; TURBAY, J. Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout. Associação Brasileira de Psicologia Social (Org.), **Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO** (p. 70). Curitiba: ABRAPSO, 1998.

ANDRADE, M. M. de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: Noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ARCHES, J. Social structure, *burnout* and job satisfaction. **Social Work**, 36, 202-206, 1991.

BACHION, M. M.; PERES, A. S.; BELISÁRIO, V. L.; CARVALHO, E. C. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 33-39, 1998.

BELCASTRO, P. A.; GOLD, R. S.; HAYS, L. C. (1983). Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teacher. **Psychological Reports**, nº 53, p. 364-366.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **A saúde mental de profissionais de saúde mental**. Maringá: EDUEM, 2001.

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

BENEVIDES-PEREIRA, A. O Estado da arte do burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, nº 1, p. 4-11, 2003.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (1994). **Características de personalidade de profissionais da área de psicologia: uma contribuição à seleção e/ou orientação a estudantes de psicologia**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo.

BESERRA, F. M. **Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em hospital geral**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 421, de 18 de junho de 2009.** Modifica o inciso VIII-1 da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2009/Reso421.doc>. Acesso em: 16 de abr., 2012.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho.** São Paulo: EDUSP; 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm) Acesso em 12.abr.2012.

BRASIL. **Decreto nº 3048 de 06 de maio de 1999.** Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em <[http://trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Decreto/3048\\_99.htm](http://trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Decreto/3048_99.htm)>, Acesso em: 16 de abr., 2012.

BRASIL. **Instrução Normativa INSS/PRES nº 16, de 27 março de 2007.** Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de mar. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90,** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>> Acesso em: 30 abr.2012.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Anuário estatístico da Previdência Social.** Brasília, DF, 2000, 851p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde do trabalhador: Legislação.** Brasília, DF, 2001. 124 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios.** Brasília: Secretária Nacional de Assistência à Saúde, 1990. Disponível em: <[http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemiasxcampanhas-dadosdescobertas/at\\_managed\\_file.2009-09-16.4816606245/](http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemiasxcampanhas-dadosdescobertas/at_managed_file.2009-09-16.4816606245/)> Acesso em: 30.abr.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979 - 1999.** Rio de Janeiro, RJ, 2002. p 124.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde.** Brasília, DF, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339.** Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 de nov. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120**. Aprova a Instrução normativa de Vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 de jul. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de abril, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008. [Série B: Textos Básicos de Saúde].

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações - 2002**. Brasília, DF, 2003. 1 CD-Rom.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Normas Regulamentadoras**, 2008. Disponível em: <[www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)>. Acesso em: 16 de abril de 2012.

BRASIL. **Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 10 de out. de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>> Acesso em: 16 de abr., 2012.

BÜSSING, A.; GLASER, J. Four-stage model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. **Work & Stress**, 14, 329-346, 2000.

CARLOTTO M, Câmara S. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicol Estud**. 2004 9:499-505., 2004.

CARLOTTO, M. S. **Síndrome de burnout**: Um tipo de estresse ocupacional. Porto Alegre: ULBRA, 1999.

CECAGNO, Daiane; SIQUEIRA, Hedi; et al. **Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro**. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 15 de novembro de 2011.

CHEREMETA, M. et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida. Revista da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR**, Ponta Grossa, PR, n. 01, jan./jun. 2011.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**: fundamentos básicos. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CODO, W. & VASQUEZ-MENEZES, I. (1999). **O que é burnout?** In: W. Codo (Org.), Educação: Carinho e trabalho (p.237-255). Rio de Janeiro: Vozes.

CONTE, A. L. Qualidade de vida no trabalho. **Revista FAE Buusiness**, n. 7, nov. 2003.

CORRAR, L.J. et al. **Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia**. São Paulo: Atlas, 2007. 542p.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DEJOURS, C. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DELGADO, A. C. Revisión teórica del burnout: o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. **Canoas**, 2, 47-65, 1993.

FERREIRA, J. C. V. **Enciclopédia Ilustrativa de Mato Grosso**. Cuiabá: Buriti, 2004.

FIRTH, J. Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. **Journal of Occupational Psychology**, nº 58, p. 139-148, 1995.

FISCHER, F. M. (1997). **Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores**. Brasil: CUT, pp. 5 – 8.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (QHOQOL – 100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 19-28, 2008.

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

FRANÇA, H. H. (1987). A Síndrome de “Burnout”. **Revista Brasileira de Medicina**, vº 44, nº 8, 197 – 199.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, nº 30, p. 159-165, 1974.

GARDNER, B. et al, Cognitive therapy and behaviour coping in the management of work-related stress: an inteventional study. **Work Stress**. 2005;19(2):137-52.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J.M. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. **Psicothema**, nº 11, p. 679-89, 1999.

GIL-MONTE, P. R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. **Salud Pública Méx** 2002; 44:33-40.

GIL-MONTE, P. Influencia del género sobre el processo de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermeira. **Psicol Est.** 2002; 7(1):3-10.

GIL-MONTE, P. R. Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. **Revista do Departamento de Psicologia Básica, Metodología, Psicobiología y Psicología Social da Universidad de Valencia**, nº 45, 46-57, 1993.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Desgaste **psíquico en el trabajo**: El síndrome de quemarse. Madri: Síntesis, 1997.

GÓMEZ, M. M. N.; DODINO, C. N.; APONTE, C. F. et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. **Revista Universitas Psychologica**, nº 4, p. 63-75, 2005.

GONZÁLEZ, B. O. El síndrome de “*burnout*” (“Quemado”) o del cuidador descuidado. **Ansiedad y Estrés**, 1, 189-194, 1995.

GRUNFELD, E.; WHELAN, T. J.; ZITZELSBERGER, L. *et al.* Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ**, nº 9, p. 163:166.

GUIMARÃES, L. A. M.; CAMARGO, D. A.; TEIXEIRA, A. Violência no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M. GUIBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. vol. III. p. 245 – 264.

GUJARATI, D. **Econometria básica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HACKMAN, J.; OLDHAM, J. A diagnostic approach to organization behavior. Newton: Judith Gordon, Allyn an Bacon, 1983.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERRERO, L. H.; GONZÁLEZ, J. L. R.; MARTÍN, M. J. R. R. **Estrés laboral y variables biomédicas**. Recuperado em 16 de Outubro de 2007. Disponível em: <http://www.psiquiatria.com/congreso.htm> Acesso em: 15 de maio de 2012.

HERRERO, L. H.; GONZÁLEZ, J. L. R.; MARTÍN, M. J. R. R. Estrés laboral y variables biomédicas. 2001. Disponível em: <http://www.psiquiatria.com/congreso.htm>, 2007. Acesso: 16 de outubro de 2007

HULLEY, B. S. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HUNT, S. D.; CHONKO, L. B. & WOOD, V. R. (1985). Organizational commitment and marketing. **Journal of marketing**, v. 49, nº 1, p. 112 – 126.

JAQUECS, M. G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

JORGE RODRIGUEZ F.; BLANCO RAMOS M. A.; ROMERO GARCIA L. et al. Relación de la calidad de vida profesional y El burnout em médicos de atención primaria. **Aten. Primaria**, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.

KAHILL, S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of empirical evidence. **Canadian Journal for Counseling Review**, 22, 310-342, 1988.

KOVÁCS, M J, Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v. 34, nº 4, p.420-429, 2010.

LADEIRA, M. B. O processo de stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. **Revista de Administração**, v. 51, nº 1, p.64-74, 1996.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da economia política. **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Tese de Doutorado – Universidad de Salamanca, 1995.

LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. **Annual Review of Psychology**, v. 44, nº 1, p. 21, 1989.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho**: conceitos e praticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2003

LIPP, M. E. N; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

LIPP, M. **Stress**: Conceitos Básicos In: LIPP, M.(Org.) Pesquisas Sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Papyrus/Editora São Paulo, 1996.

LIPP, Marilda Emanuel Novaes. **O que é stress?** Disponível em <http://www.estrresse.com.br>, Acesso em 23 de mai. 2012.

LUNA JMR. Síndrome de "burn out" ¿El médico de urgencias incansable? **Revista Mexicana de Medicina de Urgencias**, nº 1, p. 48-56, 2002.

MAIA, S.C. **Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva: proposta para a minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho**. Dissertação (Mestrado), Florianópolis, 1999. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br>. Acesso em: 14 de outubro de 2011.

MALVEZZI, S. Prefácio. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Organizadores: Zanelli, J,C,; Boges-Andrade, J.B. e Bastos, AA.V.B. Porto Alegre, Artmed, 2004.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINEZ, J. C. A. Aspectos epidemiologicos del syndrome de burnout em personal sanitario. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, v. 7, n. 3, p. 293-303, 1997.

MASLACH C, GOLDBERG J. Prevention of burnout: new perspectives. **Appl Prev Psychol** 1998; 7:63-74.

MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP. Job burnout. **Annu Rev Psychol**, v. 7, nº 52, p. 63-74, 2001.

MASLACH, C. Burnout: A multidimensionalidade perspectiva. In: W. B. Schaufeli; C. Maslach; T. Marek (Orgs.), **Professional burnout: Recent developments in theory and research** (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor, Francis, 1993.

MASLACH, C. The client role in staff burnout. **Journal of Social Issues**, nº34, p. 11-24, 1978.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. "Lawyer burnout". **Barrister**, v. 5, nº 2, 1978.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting **Psychologist Press**, 1986.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. In: W. B. Schaufeli; C. Maslach; T. Marek (Orgs.), **Professional burnout: Recent developments in theory and research** (pp. 1-18). Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, nº 52, p. 397-422, 2001.

MAY, H. J.; REVICH, D. A. Professional stress among family physicians. **Journal of Family Practice**, nº 20, p. 165-171, 1985.

MCINTRYRE, T. M. **Le domaine de la psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde do trabalhador: Legislação**. Brasília, DF, 2001. 124 p. (Série E. Legislação de Saúde).

Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. **Lei nº 8080** de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339**. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 de nov. 1999.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120**. Aprova a Instrução normativa de Vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 de jul. 1998.

Ministério da Saúde. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. In: DIAS, E.C. (Org). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001. p. 161 – 194.

MORAES, C. V. **Avaliação da Síndrome de Esgotamento Profissional - "Burnout" - em trabalhadores de Saúde**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MORENO-JIMÉNEZ, B. **Olvido y recuperación de los factores psicosociais em la salud laboral**. Editora dos Archivos de Prevención de Riesgos Laborales nº 3, p. 3-4, 2000.

MORENO-JIMÉNEZ, B.; GARROSA, E.; GONZÁLEZ, J. L. La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CBP-R. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, nº 16, p.151-171, 2000.

MOURA, CB de. **Orientação profissional**: sob o enfoque da análise do comportamento. Londrina: UEF; 2001.

NICHOLS, D. P. **My Coefficient  $\alpha$  is Negative**, SPSS Keywords, Number 68, 1999. Disponível em: <http://www.ats.ucla.edu/STAT/SPSS/library/negalfa.htm>. Acesso em: 10 de julho de 2012.

NUNES, R. **As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros**. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 1989.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2007). **CID-10**: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde. (10ª revisão). Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R (Org.). **Gestão da qualidade de vida na empresa**. Campinas: IPES Editorial, 2005.

PITTA, A. **Dor e morte como ofício**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1990.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

RAMIREZ, A. J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M. A. *et al.* **Mental health of hospital consultants**: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347:724-8, 1996.

REIS JÚNIOR, D. R. **Qualidade de Vida no Trabalho**: Construção e validação do questionário QWLQ-78. Ponta Grossa, 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. L. F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. **Rev. Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, ano 04, nº 43, p. 93-107. 1992.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.) **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SAUTER, S. L.; MURPHY, L. R. Abordagens à prevenção do stress no trabalho nos Estados Unidos. IN: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005. Cap. 13.

SAUTER, S. L.; HURRELL, J. J.; MURPHY, L. R. & LEVI, L. Psychosocial and organizational factors. In: **ILO – International Labour Office**. Encyclopedia of occupational health and safety. 4ed. Enciclopédia na internet. Geneva: ILO. Vol 2, part V, chapter 34, 1998.

SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. Professional burnout. In: M. J. SCHABRACQ; J. M., WINNUST; C. L. COOPER (Orgs.), **Handbook of Work and Health Psychology** (pp. 311-346). London: Wiley, 1996.

SCHAUFELI, W. Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, 15, 147-171, 1999.

SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice: a critical analysis - Issues in occupational health**. Nottingham, UK: Tom Cox and Amanda Griffiths, 1998.

SCHAUFELI, W.B. & BUUNK, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research in theorizing. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper (Eds.). **The handbook of work and health psychology** (pp. 383-425). Chichester: Wiley.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, EERP, 2004.

SCHWARTZMANN, L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿estamos hablando de lo mismo? **Cienc Trab**, nº 6, p. 174-84, 2004.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.5, out. 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&Ing=en&nrm=iso.htm](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&Ing=en&nrm=iso.htm). Acesso em 03 mar. 2007.

SEISDEDOS, N. **MBI Inventário “Burnout” de Maslach**. Madri: TEA, 1997.

SELYE, H. **Stress a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc. 1956.

SHORÖDER, M.; MARTÍN, E.; FONTANAIS, M. D.; Mateo, D. Estrés ocupacional em cuidados paliativos de equipas catalãs. **Medicina Paliativa**, nº 3,p. 170-175, 1996.

STELLA, M. I. J. As exigências do trabalho do novo milênio, como fator desencadeante das neuroses profissionais. In Sociedade Interamericana de Psicologia da Saúde (Org.), **Anais do Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde** (p. 96). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harbra, 1981.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics** (3ª ed.). New York: Harper Collins College Publish, 1996.

TAMAYO, R. M. **Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.

TAMAYO, A. et al. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

THORTON, P. I. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. **The Journal of Psychology**, nº 126, p. 261-271, 1992.

TRUCCO, M. B.; VALENZUELA, P. A.; TRUCCO, D. H. Occupational stress in health care personnel. **Rev. Med. Chile**, nº 127, p. 1453-1461, 1999.

VASQUES-MENEZES, I. **A contribuição da psicologia clínica na compreensão do burnout: um estudo com professores**. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, 2005.

WALTON, R. E. Quality of working life: what is it?. **Sloan Management Review**, v. 15, n. 1, p.11-21, 1973.

WERTHER, W. B.; DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

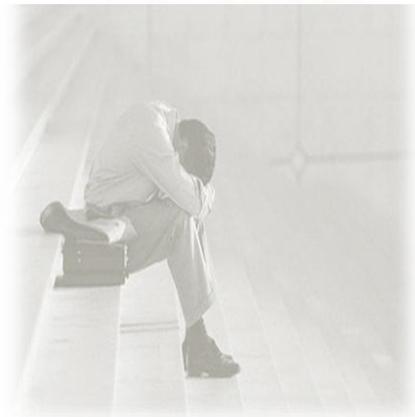
WESTLEY, W. A. Problems and solutions in the quality of working life. **Human Relations**, v. 32, n. 2, p. 113-123, 1979.

WHO (World Health Organization) **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality Life Assesment (WHOQOL). Position paper from the world health organization. Oxford, **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, 1995.



***ANEXOS***



**ANEXO 1 - A APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUWC****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE

FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613

E-MAIL: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

Protocolo nº: 103.10.11

Pesquisador(a) Responsável: Jaqueline Gomes de Souza Santos

Departamento / Serviço:

Título do Projeto: “Ocorrência da síndrome de burnout e sua relação com a qualidade de vida no trabalho em profissionais de saúde de um hospital de ensino em Fortaleza-Ce.”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO**.

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 24/10/2012).

Informamos que a Dra. Maria de Fátima de Souza, membro do CEP/HUWC, não participou da reunião durante a análise do projeto de pesquisa supracitado.

Fortaleza, 24 de outubro de 2011.

Dr. Francisco Flávio Leitão de Carvalho  
Vice-coordenador do CEP - HUWC

## ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QVT – QWLQ- bref

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional. Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugerimos escolher entre as alternativas a que lhe parece mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha. Tenha em mente as duas últimas semanas para responder as questões.

**Exemplo:** Quanto você se preocupa com dores ou desconforto no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponder a sua realidade, lembrando, pensando apenas nas duas últimas semanas. Leia com atenção as questões e escolha o número que lhe parecer a melhor resposta.

1. Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

2. Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3. Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

4. Em que medida você avalia seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

5. Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6. Você se sente realizado com o trabalho que faz?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

7. Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8. Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

9. Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

10. Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e / ou subordinados?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

11. Em que medida sua família avalia o seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

12. Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

13. Você está satisfeito com seu nível de responsabilidade no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

14. Você está satisfeito com os treinamentos dados pela organização?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

15. Em que medida você é respeitado pelos colegas e superiores?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16. Você se sente satisfeito com a variedade de tarefas que realiza?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17. Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18. Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19. Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20. O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

**ANEXO – 3 QUESTIONÁRIO DE BURNOUT ADAPTADO E VALIDADO POR TAMAYO (1997)**

Na continuação, você encontrará uma série de perguntas sobre o trabalho e sentimentos referentes a ele. Solicito sua preciosa colaboração para responder tal qual o que sente. Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa sua própria experiência diária.

**Observe o exemplo:** “Creio que consigo muitas coisas valiosas com o meu trabalho”. Com que frequência você sente isso?

1 – Nunca; 2 – Algumas vezes ao ano; 3 – Algumas vezes ao mês; 4 – Algumas vezes na semana; 5 – Diariamente.

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado (a) com o meu trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado (a). Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado (a). Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender sentem-se a respeito das coisas. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

5. Sinto que estou tratando algumas pessoas que recebo no meu trabalho como se fossem objetos impessoais. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

8. Sinto que meu trabalho está me desgastando. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

9. Sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas através do meu trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei este trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

13. Sinto-me frustrado por meu trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com as pessoas do meu trabalho? Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

22. Parece-me que as pessoas que tenho que atender culpam-me por alguns de seus problemas. Com que frequência sente isso?

nunca	algumas vezes/ano	algumas vezes/ mês	algumas vezes/semana	diariamente
1	2	3	4	5

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O INSTRUMENTO QWLQ-BREF

12/07/12

Mensagem de Impressão do Hotmail

### Re: KOVALESKI PARA BRUNO E PILATTI

**De:** Bruno Pedroso (brunops3@brturbo.com.br)  
**Enviada:** quarta-feira, 23 de maio de 2012 18:12:45  
**Para:** "PROF KOVALESKI, João Luiz" (kovalesski@utfpr.edu.br)  
**Cc:** Jaqueline Gomes (jakegomes@hotmail.com); Luiz Alberto Pilatti (lapilatti@utfpr.edu.br); Cheremeta QWLQ-bref (marceli\_ch@hotmail.com)

Prezada Jaqueline, é a primeira vez que eu recebo este e-mail.

Não foi realizada a aplicação/validação do QWLQ-bref. O mesmo foi um projeto de iniciação científica que não teve continuidade.

Não faço mais parte do grupo de pesquisa no qual o projeto foi executado. O coordenador do grupo é o professor Pilatti. Consulte-o para verificar se você tem autorização para proceder com a validação do referido instrumento.

A autorização para utilização está concedida. Você pode utilizá-lo na sua pesquisa desde que o artigo que você consultou seja citado/referenciado na sua dissertação.

O QWLQ-bref não tem relação com os instrumentos WHOQOL. Trata-se de instrumentos distintos e independentes. Os instrumentos WHOQOL avaliam a qualidade de vida. Já o QWLQ-bref avalia a qualidade de vida no trabalho.

Atenciosamente,

Bruno Pedroso.

Em 23/5/2012 11:41, PROF KOVALESKI, João Luiz escreveu:

> BRUNO E PILATTI, PODERIAM RESPONDER A JAQUELINE...

>

> KOVALESKI

>

>

> Quoting "Jaqueline Gomes" <jakegomes@hotmail.com>:

>

>>

>> Prezados Dr. Bruno Pedroso, Dr. Luiz Alberto Pilatti, Dr. João Luiz

>> Kovalesski e Dr. Marceli Cheremeta, este é o segundo e-mail que envio

>> para contactá-los o primeiro foi endereçado apenas ao Dr. Marceli

>> Cheremeta que até o momento não retornou e estou aguardando com muito

>> apreço.

>>

>> Meu nome é Jaqueline Gomes de Souza Santos, mestranda pela

>> Universidade Federal do Ceará - UFC, em Políticas Públicas e Gestão

>> da Educação Superior - POLEDUC e estou desenvolvendo uma dissertação

>> cujo título é:

>>

>> RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E A SÍNDROME DE BURNOUT

>> NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ENSINO.

>>

by157w.bay157.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=e42af46d-a502-11e1-a731-00215ad85...

## **APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Jaqueline Gomes de Souza Santos, Enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, estou realizando a dissertação de mestrado intitulada: Ocorrência da síndrome de burnout e sua relação com a qualidade de vida no trabalho em profissionais de saúde de um hospital de ensino em Fortaleza – CE, sob a orientação da Professora Dra. Maria de Fátima de Souza.

Este estudo tem por objetivo geral verificar a relação entre a qualidade de vida no trabalho e a ocorrência da síndrome de burnout. Os objetivos específicos são: investigar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde e identificar o nível de Burnout nos profissionais de saúde.

Você, que é profissional da saúde e que trabalha no HUWC, está sendo convidado (a) a participar deste estudo. Informo-lhe que a síndrome de burnout é definida como um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas (como é o seu caso), sugerindo assim, que a pessoa com esse tipo de estresse consome-se física e emocionalmente, podendo passar a apresentar um comportamento alterado. É uma doença que faz com que a pessoa perca a maior parte do interesse em sua relação com o trabalho.

Caso você concorde, sua participação se dará pela aceitação em responder a um questionário composto por três partes: a primeira parte que visa sua caracterização pessoal e profissional através de 13 questões; a segunda parte, contendo um questionário de avaliação da qualidade de sua vida no trabalho – QWLQ – brief com 20 questões que objetiva avaliar sua qualidade de vida no trabalho sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional e a terceira parte é a aplicação do Inventário de Burnout de Maslach que aborda 22 questões relacionadas aos seus sentimentos sobre o trabalho. Para responder a estes instrumentos você levará aproximadamente 15 minutos.

As informações contidas nestes instrumentos de coleta de dados serão tratadas em seu conjunto e nunca isoladamente, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade. Após a compilação dos dados, os questionários serão arquivados por um período de 03 anos.

Informamos que os questionários incompletos serão invalidados, portanto solicitamos a sua colaboração em responder todas as questões. A sinceridade das respostas é de fundamental importância para não comprometer os resultados deste estudo. Garantimos sua liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, bem como o direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre o resultado parcial e final da pesquisa. Sua colaboração e participação poderão trazer

benefícios para o desenvolvimento das pesquisas científicas e contribuirá para uma reflexão sobre a saúde do trabalhador da nossa instituição.

Declaro que estarei disponível em qualquer etapa da pesquisa para qualquer esclarecimento. Coloco-me à disposição em caso de dúvidas ou esclarecimentos adicionais no HUWC pelo ramal 8582, na minha residência 3226-0517 ou no celular 8826-6588 (TIM).

Informo que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, se você tiver alguma consideração ou dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC, sito a Rua Capitão Francisco Pedro, 1290, Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8589 ou e-mail: cephuwc@huwc.ufc.br.

Se você se sentir suficientemente informado (a) a respeito de todos os passos da pesquisa e do modo de sua participação, solicito que assine este termo.

Agradeço sua valiosa contribuição!

Fortaleza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Sujeito da pesquisa

---

Pesquisadora

**APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos completos
2. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
3. Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_
4. Categoria profissional:  
( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Farmacêutico ( ) Nutricionista ( ) Assistente Social ( ) Técnico / Auxiliar de Enfermagem ( ) Terapeuta Ocupacional ( ) Psicólogo
5. Nível de escolaridade:  
( ) nível médio ( ) graduação ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado  
( ) outro \_\_\_\_\_
6. Tempo de exercício na profissão: \_\_\_\_\_ anos
7. Tempo de exercício profissional no HUWC/UFC: \_\_\_\_\_ anos
8. Local de trabalho no HUWC:  
( ) ambulatório ( ) clínica médica ( ) clínica cirúrgica ( ) CC ( ) CME ( ) UTI Clínica  
( ) UTI Cirúrgica/SR ( ) outros \_\_\_\_\_
9. Desempenha qual tipo de atividade no HUWC:  
( ) Assistencial ( ) Gerencial ( ) Outros \_\_\_\_\_
10. Vínculo no HUWC: ( ) UFC ( ) SAMEAC
11. Carga horária mensal no HUWC: \_\_\_\_\_
12. Possui atividade profissional em outro local? ( ) Sim ( ) Não
13. Carga horária total de trabalho semanal:  
( ) 20h ( ) 30h ( ) 40h ( ) 50h ( ) 60h ( ) 70h ( ) 80h ( ) 90h ( ) >100h