

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E
MEIO AMBIENTE**

**A PRESENÇA DA SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE ENFERMEIROS
DA REGIÃO DO VALE DE SÃO PATRÍCIO**

MESTRANDA: MARA IZABELA A. C. VIEIRA

**ANÁPOLIS-GO
2014**

MESTRANDA: MARA IZABELA A.C. VIEIRA

**A PRESENÇA DA SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE ENFERMEIROS
DA REGIÃO DO VALE DE SÃO PATRÍCIO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Multidisciplinar em
Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, como requisito
para obtenção do grau de Mestre em Sociedade,
Tecnologia e Meio Ambiente.

Mestranda: Mara Izabela A. C. Vieira

Orientador: Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa

ANÁPOLIS-GO
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Vieira, Mara Izabela A. C.

A presença da Síndrome de Burnout entre enfermeiros da região do Vale de São Patrício. / Mara Izabela A. C. Vieira. - Anápolis – GO: Centro Universitário de Anápolis – Unievangélica Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu, Anápolis, GO, 2014.

89 fls.

Orientador: Nelson Bezerra Barbosa. (Prof. Dr.)

Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu

Bibliografia.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Trabalho em Enfermagem. 3. Síndrome de Burnout e Risco. I. Centro Universitário de Anápolis – Unievangélica.

II. Título.

CDU614:331

Elaborada pela Biblioteconomista Célia Romano do Amaral Mariano – CRB1/1528

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E
MEIO AMBIENTE

FOLHA DE APROVAÇÃO

Composição Da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa – Presidente
Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Prof. Dra. Genilda Darc Bernardes – Membro Titular
Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Prof^a. Dra. Estela Najberg – Membro Titular
Universidade Federal de Goiás - UFG

Prof. Dr. Rildo Mourão Ferreira – Membro Suplente
Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Anápolis-GO

2014

Ao meu esposo Milson Vieira de Sousa Junior que me deu todo amor e alicerce necessário para continuar minha jornada. Você faz parte desse caminho. A você o meu muito obrigada!!

AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo a Deus que me sustentou e me fortaleceu nesta caminhada, me dando todas as armas necessárias para mais essa conquista, me fazendo caminhar, sem temer o novo.

Agradeço toda a equipe do Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, sob a coordenação do Prof. Dr. Sandro Dutra e Silva, pelo incondicional apoio à pesquisa.

Ao meu esposo Milson Vieira de Sousa Junior, companheiro e amado, que me incentivou a ingressar no mestrado, e percorrer este caminho da busca pelo conhecimento.

Ao meu amado filho João Pedro Alves Vieira, obrigada por suportar minha ausência, mesmo estando presente. Amo você incondicionalmente.

Ao meu Prof. e Orientador Nelson Bezerra Barbosa, que me acolheu e se interessou pelo meu trabalho, tendo paciência comigo, quando eu não podia dar mais de mim.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente me auxiliaram.

A todos, meu muito obrigada!!

RESUMO

O processo saúde doença vem ao longo dos anos com definições distintas, isto de acordo com a época em que vivemos. O paradigma médico-científico com o predomínio da unicausalidade favoreceu a prevenção de muitas doenças. Contudo sabe-se que a saúde é condicionada por um conjunto de fatores, como a justiça social, habitação, educação, lazer e as condições de trabalho. O termo saúde do trabalhador surge no Brasil em contraponto aos modelos e práticas de intervenção das relações saúde-trabalho e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida no ambiente laboral. Dentre os vários profissionais, a enfermagem é uma categoria sujeita a vários problemas de saúde, isto devido a multiplicidade de empregos, presença de insalubridade, exposição a material biológico, dentre outros. Desenvolve problemas como: estresse, fadiga, problemas respiratórios, cardiovasculares, além de outros problemas como a síndrome de Burnout. A síndrome de Burnout também conhecida como desgaste profissional, neurose profissional, estresse assistencial, é um distúrbio psíquico, um processo causado pelo contato contínuo com fatores estressores do ambiente de trabalho. É composta por três dimensões, exaustão emocional que é preditiva para a despersonalização seguida pelo sentimento de baixa realização profissional. A proposta da pesquisa tem como objetivo identificar e analisar a frequência e a distribuição da Síndrome de Burnout entre os enfermeiros da Região do Vale de São Patrício. Trata-se de um estudo descritivo sobre a prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros ativos da região do Vale de São Patrício, no ano de 2013. O instrumento utilizado para pesquisa de dados foi o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI), extraído do NEPASB (Núcleo de Estudos e pesquisas sobre burnout), sediado na Universidade Estadual de Maringá e o QSF (questionário Sócio-Funcional) elaborado pela pesquisadora, contendo aspectos da vida pessoal, aspectos sociais, natureza da função, natureza institucional e natureza emocional. O presente estudo contribuirá para um melhor conhecimento tanto dos enfermeiros da região como da própria população em geral sobre as formas de prevenção e o diagnóstico precoce da síndrome de Burnout. Os resultados mostram alto nível para exaustão emocional e despersonalização entre os profissionais de enfermagem da Região do Vale do São Patrício e que alguns fatores sócio funcionais contribuem para o alto nível desta dimensão como carga horária trabalhada, forma de contratação, número de vínculos dentre outros. Todos os profissionais obtiveram escores altos de realização profissional, este fato demonstra relação com o que referem sobre satisfação salarial, os investimentos feitos na formação e os ganhos secundários da atividade (satisfação com resultados do ato de cuidar)

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador, Trabalho em Enfermagem, Síndrome de Burnout e Risco.

ABSTRACT

The health-disease process has over the years with different definitions, this according to each age in which we live. The medical-scientific paradigm with the predominance of uncausalidade favored the prevention of many diseases. However it is known that health is affected by a number of factors, such as social justice, housing, education and leisure and working conditions. The term health care worker in Brazil comes in contrast to the models and intervention practices of health-work relations and aims to improve the quality of life in the workplace. Among the various professional nursing is a category subject to various health problems, this is due to the multiplicity of jobs, lack of unhealthiness, exposure to biological material among others. Develops problems such as stress, fatigue, respiratory, cardiovascular, and problems Burnout Syndrome. The proposed research aims to identify and analyze the frequency and distribution of burnout syndrome among nurses of the Vale de São Patrício. Will use a descriptive study on the prevalence of burnout syndrome in nurses assets region Vale de São Patrício, in 2013. The instrument used for data search will be the questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI). This study may contribute to a better understanding of both the nurses and the region's own population about the ways of prevention and early diagnosis of burnout syndrome. The results showed high level to emotional exhaustion and depersonalization among professional nursing Valley Region of Saint Patrick and some functional social factors contribute to the high level of this dimension as hours worked, form of contract, number of links among others. All professionals had high scores of professional achievement, this fact shows relationship to what they refer on salary satisfaction, investments in training and the secondary gains of activity (satisfaction with results of caring).

Keywords: Worker Health, Labor Nursing, Burnout Syndrome and Risk.

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Quadro 1 - Itens avaliados no MBI	39
Quadro 2 - Escalas LICKERT e seus significados.....	40
Quadro 3 - Média para identificação dos níveis das dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional	41
Gráfico 1 - Universo Profissional	38
Gráfico 2 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo natureza do vínculo empregatício, 2014.....	49
Gráfico 3 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a quantidade de vínculos empregatícios, 2014.....	52
Gráfico 4 - Distribuição do nível de exaustão emocional entre profissionais de enfermagem do Vale do São Patrício, Goiás, 2014.....	59
Gráfico 5 - Distribuição do Nível de Despersonalização entre Profissionais De Enfermagem do Vale do São Patrício, Goiás, 2014.....	67
Gráfico 6 - Distribuição do nível de realização profissional entre profissionais de enfermagem do Vale do São Patrício, Goiás, 2014.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo sexo, 2014.....	45
Tabela 2 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo idade, 2014.....	45
Tabela 3 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo qualificação profissional, 2014.....	47
Tabela 4 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo natureza do vínculo empregatício, 2014.....	48
Tabela 5 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo tempo de inserção no mercado de trabalho, 2014.....	49
Tabela 6 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo forma de contratação profissional, 2014.....	51
Tabela 7 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a quantidade de vínculos empregatícios, 2014.....	52
Tabela 8 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a carga horária de trabalho, 2014.....	54
Tabela 9 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a distribuição por local de trabalho, 2014	56
Tabela 10 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a satisfação com a remuneração, 2014.....	57
Tabela 11 - Distribuição da Exaustão Emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo sexo, 2014.....	60
Tabela 12 - Distribuição Da Exaustão Emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo faixas etárias, 2014.....	60
Tabela 13 - Distribuição do Nível de Exaustão Emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo tipo de vínculo Profissional, 2014.....	61
Tabela 14 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo forma de contratação profissional, 2014.....	62
Tabela 15 - Distribuição da exaustão emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo carga horária trabalhada, 2014.....	63

Tabela 16 - Distribuição da Exaustão emocional entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo setor de atuação, 2014.....	65
Tabela 17 - Distribuição da Exaustão Emocional entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo nível de satisfação salarial, 2014.....	66
Tabela 18 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo o sexo, 2014.....	69
Tabela 19 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo faixas etárias, 2014.....	69
Tabela 20 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo estado civil, 2014.....	70
Tabela 21 - Distribuição do Nível da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo natureza do vínculo profissional, 2014.....	71
Tabela 22 - Distribuição do nível de Despersonalização entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo forma de contratação profissional, 2014.....	72
Tabela 23 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo carga horária trabalhada, 2014.....	74
Tabela 24 - Distribuição da Despersonalização entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo setor de atuação, 2014.....	74

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
INTRODUÇÃO	13
1 REFERENCIAL TEÓRICO	177
1.1 Processo Saúde Doença	177
1.2 Saúde do Trabalhador	222
1.3 A Enfermagem e o Mundo do Trabalho	26
1.4 Síndrome de Burnout (SB)	32
2 ABORDAGEM METODOLGOIA	38
2.1 Tipo de Estudo	38
2.2 Local de Estudo	38
2.3 População e Amostra do Estudo	39
2.4 Os Instrumentos de Coleta de Dados.....	39
2.4.1 O Maslach Burnout Inventory (MBI).....	39
2.4.2 O Questionário Sócio- Funcional (QSF)	42
2.5 O Processo de Coleta de Dados.....	43
2.6 Sistematização e Análise dos Dados	Erro! Indicador não definido. 3
2.7 Aspectos Éticos	44
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
3.1 Características Sócio-demográfica da População Estudada	45
3.2 Características Sócio-funcionais da População Estudada	48
3.3 Análise das Dimensões da Síndrome de Burnout.....	59
3.3.1 Exaustão emocional (EE)	Erro! Indicador não definido. 9
3.3.2 Exaustão emocional e sua relação com variáveis sócio profissionais	61
3.3.3 Análise de Sinais de Despersonalização	67
3.3.4 Despersonalização e sua relação com variáveis sócio profissionais	71
3.3.5 Análise da variável da realização profissional	76
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	8383

ANEXOS	8390
---------------------	-------------

Introdução

O processo saúde doença tem significados diferentes, em razão do momento histórico, época, bem como as noções que se tem sobre a saúde ou a doença, o que também é condicionada pelas condições concretas de existência e intelectual do ser humano. Desde os primórdios se buscou sinais de doenças parasitárias e infecciosas por meio da paleontologia, ou seja, o estudo dos geólogos nos fósseis e múmias, na identificação e relação com a doença. Os demônios ou maus espíritos vitimavam o doente e o poder de cura estava nas mãos dos feiticeiros. Detentores de uma compreensão religiosa do mundo, os hebreus e assírios tinham concepções empíricas em relação ao adoecimento e a função curativa em relação aos recursos naturais. Hipócrates identificou a saúde como fruto do equilíbrio dos humores, sendo a doença, por oposição, resultado de seu desequilíbrio (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

No século XIX começa a prevalecer o paradigma médico-científico, com predomínio da teoria unicausal. A era bacteriológica mudaria a forma de analisar e perceber a saúde e a doença. Da teoria miasmática pouco restaria, os castelos místicos erguidos em torno de argumentos que assolaram a humanidade durante séculos, foram substituídos pelo modelo médico-científico (BUSS, 1998).

O pensamento médico científico se estrutura por meio da anatomia, fisiologia, imunologia, da explicação dos fatos e acontecimentos com base no estudo de mudanças estruturais, orgânicas e muitas vezes morfológicas. O modelo unicausal compreende a doença como resultante de uma única causa, ou seja, cada doença corresponde a um agente etiológico, na forma de vírus, bactéria ou bacilo (BUSS, 1998).

Com essa concepção permitiu-se um avanço na prevenção de diversas doenças, na identificação de diversos vetores e de uma série de doenças parasitárias como a febre amarela, doença de chagas e a esquistossomose (BUSS, 1998). Entretanto, este paradigma mostrou ser insuficiente para explicar a dinâmica complexa do processo saúde-doença, dentro de um contexto social de profundas mudanças, decorrente do processo de produção e distribuição de riquezas.

Há uma busca de um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde, não só

como ausência de doença, mas como resultante da busca do indivíduo e da coletividade por qualidade de vida (ABREU, 1995).

A saúde é condicionada por vários fatores: justiça econômica e social, lazer, habitação, educação, alimentação e equidade. Esses parâmetros surgiram com a conferência internacional sobre a promoção da saúde em 1986 (BACKES *et al.*, 2009).

O modelo de saúde adotado entre a década de 30 e final dos anos 80, privilegia o individual em detrimento do coletivo, as ações de assistência médico-hospitalar eram privilégio de poucos, tratando as condições de vida da população como algo secundário em relação ao padrão de adoecimento e morte (BRASIL, 2004).

A crise do modelo previdenciário aliada a outros fatores como: estruturais (mudanças demográficas), conjunturais (desemprego), institucionais (previdência pública) e gerenciais (fiscalização), trouxe grandes repercussões e consequências para a população brasileira (GREMAUD; VASCONCELOS; TONETO JR., 1999).

Dentre essas consequências podemos ressaltar o elevado número de óbito de crianças por meningite, sarampo e outros agravos preveníveis como a mortalidade materna, infantil e perinatal, refletindo baixa cobertura no parto e pós-parto. Além disto, o alto índice de acidentes de trabalho e a baixa capacidade diagnóstica e de registro de acidentes de trabalho, foram fatores que contribuíram para aprofundar a insatisfação popular, se consolidando em 1985, com o fim do regime militar (BRASIL, 2004).

O termo saúde do trabalhador surge no Brasil em contraponto aos modelos e práticas de intervenção das relações saúde-trabalho, como a segurança e saúde ocupacionais. O termo muda para saúde do trabalhador devido a uma tendência mundial, que a população se mobiliza pela saúde em especial a saúde do trabalhador, em 1986 na Conferência Nacional de Saúde (CNS), e na Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), na IX CNS e na II CNST, em 1994 (NARDI, 1997).

O termo saúde do trabalhador refere-se às relações dinâmicas entre o processo saúde/doença e trabalho. As formas de adoecer e morrer estão relacionadas com a forma de inserção de homens, mulheres e crianças no mercado de trabalho. Portanto, trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade laboral, independente se é formal ou informal (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde do trabalhador tem como finalidade definir as estratégias observadas pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção

da saúde dos trabalhadores além da redução da morbimortalidade, decorrente da exposição ocupacional (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora prioriza as relações informais, os grupos de maior vulnerabilidade, sendo os que estão em maior chance de adoecimento no trabalho, de acidentes ocupacionais dentre outros (BRASIL, 2012).

Muitas são as pressões sofridas pelos profissionais na área da saúde, refletindo assim um significativo número de casos de adoecimento e sequelas relacionadas ao trabalho, isto devido a uma carga horária extensa, múltiplas jornadas de trabalho, locais de trabalho insalubres, salários inadequados e atraso salarial (SILVEIRA, 2009).

Várias são as denúncias, nas conferências de saúde do trabalhador, devido aos elevados índices de absenteísmo e rotatividade. No setor saúde, estes problemas estão relacionados às condições de trabalho, isto é, o trabalho insalubre e não somente à insatisfação salarial (MARZIALE *et al.*, 2011).

A exposição a material biológico e os riscos de transmissão ao HIV, hepatite C, hepatite B e tuberculose, vem sendo um dos grandes problemas a que o trabalhador está exposto, visto que há um protocolo de profilaxia à exposição ocupacional, a material biológico e ao HIV sempre acessível ao trabalhador (TOOMINGAS; HASSELHORN, 1999).

Pensando no termo saúde do trabalhador as profissões desta área (saúde) passaram a introduzir em sua rotina os conceitos e normativas direcionadas a esse grupo. A enfermagem passa a ter um papel significativo no tema em questão.

No Código de Ética dos profissionais de enfermagem consta que é uma profissão que respeita a vida, a dignidade humana, os valores e culturas de cada região, sem discriminação de qualquer espécie, participa como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer as necessidades e particularidades da população em todo o ciclo vital (BRASIL, 2002). Segundo Faustino e Egry (2002), é necessário repensar o processo de trabalho em saúde, através de novas práticas, particularmente nos estudos de trabalho dos enfermeiros.

No mundo do trabalho são grandes as áreas de atuação dos enfermeiros, como as unidades básicas de saúde, pronto socorro, unidade de pronto atendimento, unidade de terapia intensiva, emergência e urgência, *home care*, centro cirúrgico ou central de material e esterilização (BRASIL, 2002).

A enfermagem caracteriza-se por ser uma profissão submetida a muitas situações de risco, das quais se salientam: os riscos químicos, físicos, ergonômicos, biológicos, dentre outros. A falta de recursos humanos, os conflitos interpessoais, o contato próximo com o

sofrimento e gravidade de muitas circunstâncias, fazem da enfermagem um dos grupos profissionais na área da saúde mais expostos a problemas psíquicos (RIBEIRO *et al.*, 2011).

A natureza estressante da profissão, a carga horária extensa e a jornada dupla ou tripla de trabalho, fazem com que enfermeiros passem por problemas psicológicos, que resultam num desgaste no organismo devido a ações ou consequências diretas ou indiretas do trabalho. Dentre elas podemos citar a Síndrome de Burnout (SB), que é um distúrbio psíquico, de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental, provocado por condições de trabalho inadequadas (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Considerando esta situação a pergunta que motiva este trabalho é: qual a situação de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Região do Vale de São Patrício em relação à Síndrome de Burnout? Qual a sua frequência e distribuição? Além de identificar as principais causas relativas a esta situação.

O propósito do presente trabalho, portanto, é caracterizar e dimensionar a presença da Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem da região do vale São Patrício-GO.

O trabalho está dividido em três capítulos, sendo que o primeiro apresenta o referencial teórico: o processo saúde doença, a saúde do trabalhador, a enfermagem e o mundo do trabalho, a Síndrome de Burnout (SB), além dos sinais e sintomas os fatores de risco em relação à (SB). O segundo capítulo apresenta uma abordagem metodológica: tipo de estudo, local de estudo, população e amostra do estudo, os instrumentos de coleta de dados que são o questionário sócio-funcional (QSF) e o Maslach Burnout Inventory (MBI), o processo de coleta de dados, a sistematização e análise dos dados bem como os aspectos éticos da pesquisa. Já no terceiro capítulo são apresentados os resultados e discussões com a análise da Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional fazendo o cruzamento de algumas variáveis sócio funcionais como: tipo de vínculo, carga horária, setor de atuação, forma de contratação dentre outros.

1 Referencial Teórico

1.1 PROCESSO SAÚDE DOENÇA

O processo saúde doença possui concepções diferentes para cada época vivida, o conceito de saúde e doença é relativo às condições vividas por cada indivíduo. Com o adoecimento do trabalhador, medidas foram tomadas para que o trabalhador tivesse uma melhor qualidade de vida. Vários são os trabalhadores na área da saúde que se deparam com problemas relativos ao meio laboral, dentre eles podemos citar a enfermagem que é uma categoria com alto índice de estresse, vulnerabilidade e risco decorrentes da própria profissão, dentre elas podemos citar: os problemas circulatórios, respiratórios, depressão e a Síndrome de Burnout; considerada um sofrimento psíquico, resultante de uma interação psicológica, biológica e sociocultural oriunda do ambiente de trabalho.

O processo saúde doença representa um conjunto de relações e variáveis, que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma determinada população que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade. Como modelos utilizados para a representação do processo saúde-doença têm-se o modelo mágico religioso em que a doença é resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva. A cura das doenças era atribuição dos feiticeiros, xamãs e sacerdotes (rituais religiosos) para reatar as relações com as entidades religiosas, tendo como característica, pensamentos tribais e superstições (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Os romanos, que já possuíam conhecimento sobre a influência do meio ambiente sobre a saúde do homem, construíram obras para a drenagem de esgotos, prevenindo assim os maus ares chamados de miasmas, acreditando que os odores dos pântanos trariam a malária, que por sua vez trouxe a queda do império romano (CÂMARA *et al.*, 2010).

No século XVII a teoria dos miasmas conseguia responder aos importantes acontecimentos daquele momento histórico, pois se acreditava que os animais mortos nas ruas e até mesmo os males dos pântanos trariam através dos ventos as doenças para a população. Todas as moléstias ou problemas de saúde que afetavam o homem eram resultados da contaminação dos alimentos e comidas. O termo miasmas vem do grego que significa emanções dos pântanos e é colocado pelos médicos antigos como causa de doenças (SUSSER, 1998).

Esta teoria propiciou no século XVII a melhoria do meio ambiente nas cidades urbanas, isto devido à falta de higiene da população em geral, organização do lixo dentro das cidades, e animais em putrefação, colocando assim o indivíduo suscetível ao aparecimento de várias doenças, salvo de exposição a fatores de risco desta natureza. (SUSSER, 1998).

As concepções de doença para os hindus e chineses eram resultantes do desequilíbrio do corpo humano, ou seja, causas relacionadas ao ambiente físico, aos astros, aos insetos, aos animais (causas naturalistas). Hipócrates enriqueceu estas ideias através da prática clínica e cuidadosa, da observação do ambiente físico e na relação com as doenças. Ele acreditava na importância de se examinar o paciente, não de forma isolada ou fragmentada, mas sim como um todo (homem como ser holístico) inclusive o ambiente em que esse indivíduo vivia. O mesmo defendia a avaliação dos fatores ambientais ligados a saúde, ou seja, a água, o ar e os lugares, defendendo, assim, o conceito ecológico de saúde e doença.

Sob a influência do Cristianismo, as práticas religiosas voltam a prevalecer. Eles acreditavam que o adoecimento provinha do castigo divino ou da ação de inimigos. Acusados de provocarem a peste negra, vários judeus foram queimados em praça pública. Das doenças endêmicas a mais temida era sem dúvida a lepra, onde as pessoas eram anunciadas ao entrarem na cidade, e isto somente em dias especiais como os feriados. Na idade média surgem os primeiros hospitais psiquiátricos e asilos, trazendo ajuda espiritual, mas com deficiência para o tratamento adequado (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Durante todo o século XIX os estudos se voltam para a avaliação clínica do homem, avaliando os sinais e sintomas, propiciando uma abordagem individual. Virchow, cientista considerado pai da medicina moderna e da medicina social, defendia esta teoria, deixava claro que a saúde e a doença deveriam ser submetidas à pesquisa científica, visto que as condições econômicas e sociais eram fatores de adoecimento ou não para um indivíduo (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Após a Revolução Francesa a causalidade das doenças aparece, relacionando-se com algumas variáveis como: condições de vida e trabalho da população, insalubridade, horas

excessivas de trabalho, bem como a má alimentação e a falta de saneamento. A falta de condições salubres nas empresas chama a atenção de médicos, economistas e escritores (CÂMARA *et al.*, 2010). Muitos dos estudiosos estavam interessados na mortalidade e na relação com a raça, classe social e ocupação, entre eles Virchow.

No século XIX tornam-se insuficientes o combate químico, para a cura de doenças com base na teoria unicausal. Com o desenvolvimento do modelo científico, essa teoria não era suficiente, surgindo então a concepção multicausal. Surgem avanços em relação a doenças infecciosas e parasitárias (febre amarela, doença de chagas dentre outras) (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

O modelo ecológico multicausal defende a interação complexa com o meio ambiente. As relações entre hospedeiro e meio se dão no plano ecológico, ou seja, medidas devem se desenvolver sem a necessidade de alterar a organização social. Na década de 60 aumentam as críticas ao modelo ecológico, reconhecendo a importância da interação entre o biológico e o social (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

A compreensão sobre o processo saúde e doença traz de modo significativo evoluções, com crescentes críticas aos modelos de intervenção decorrentes destas formas de explicar o fenômeno do adoecer (teoria unicausal, modelo ecológico), bem como o modelo de intervenção do setor saúde, predominantemente um modelo clínico curativo, baseado na visão mecanicista. Este modelo, contudo, já não revelava capacidade para compreensão da complexidade do processo saúde-doença em um contexto de crescente industrialização e urbanização nas sociedades contemporâneas (CÂMARA *et al.*, 2010).

A conceituação sobre saúde e doença reclamava um novo paradigma, pois a saúde é resultante do equilíbrio do ser humano, envolvendo aspectos físicos, psicológico, e na sua capacidade de adaptar-se ao meio ambiente natural e social. As tentativas de conceituar saúde ao longo da história, não significam verdades absolutas, pois as percepções de saúde e doença do homem estão relacionadas por todo um contexto de diferenças econômicas, sociais, dentre outras. Este novo paradigma emerge com a Promoção da Saúde, que define saúde como resultante da qualidade de vida (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

A ideia de promoção da saúde tem antecedentes que remontam aos níveis de prevenção de Leavell e Clark que envolvem promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e a reabilitação dos doentes. Para isto são necessárias as ações estruturais do Estado com ações de educação em saúde (WESTPHAL, 2007).

A promoção da saúde, na prevenção primária, corresponde a medidas gerais de educação que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida da população, através de

hábitos alimentares saudáveis, a não ingestão de drogas e bebidas alcoólicas, a prática regular de exercícios físicos e a qualidade do ambiente de trabalho saudável. A proteção específica envolve as vacinas e até mesmo a adesão ao uso do preservativo no caso das doenças sexualmente transmissíveis.

A prevenção secundária envolve os indivíduos sadios potencialmente em risco, para a identificação precoce dos doentes sem sintomas e por fim os doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados. A prevenção terciária envolve aqueles indivíduos com sequelas de acidentes ou doenças cujo objetivo é a recuperação do equilíbrio funcional e a reinserção desse indivíduo no ambiente de trabalho. Portanto, o indivíduo para adquirir um completo bem estar físico, mental e social, deve ser capaz de identificar, realizar e satisfazer as necessidades, que envolvem mudar ou se adaptar ao meio. (WESTPHAL, 2007).

As iniciativas de promoção da saúde como um processo de produção social da saúde ocorrem no contexto do desenvolvimento social e econômico das regiões com o objetivo da qualidade de vida das populações, mediante políticas públicas, através da promoção dos ambientes de trabalho saudáveis, do desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes, da reorientação dos serviços de saúde dentre outros (WESTPHAL, 2007).

O relatório Lalonde (relatório produzido em 1974 no Canadá, sob o título: Uma Nova Perspectiva Da Saúde Dos Canadenses), reconheceu a ênfase em assistência médica e que a mesma não é suficiente para melhorar a saúde da população. Lalonde propôs um novo conceito de saúde, o marco de referência principal da promoção da saúde foi: a procura pela equidade, visando superar a pobreza e lograr um desenvolvimento sustentável; a promoção da responsabilidade social com o "empoderamento" e aumento da capacidade de se atuar no campo; a ênfase em políticas relativas a tabaco, álcool, saúde da mulher e à criação de ambientes favoráveis (BUSS, 2000).

A primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde em 1986, aborda requisitos de condições primordiais para se ter saúde, dentre elas podemos citar: alimentação, renda, paz, justiça social, ecossistema, dentre outros. A saúde é fator fundamental para o desenvolvimento social e pessoal que dimensionam a qualidade de vida do homem. As ações de promoção da saúde têm como fundamento a defesa da saúde, através de fatores políticos, econômicos e sociais que interferem na saúde do indivíduo de forma negativa ou positiva (BACKES *et al.*, 2009).

A II Conferência Internacional sobre a promoção da saúde surgiu em 1988 com o tema central: a promoção da saúde e políticas públicas saudáveis, destacando a importância de políticas voltadas para a saúde. A III Conferência Internacional sobre a promoção da saúde,

foi realizado em 1991, cujo tema central era a promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde, ressaltando que inúmeras pessoas vivem em condições ambientais inseguras e desfavoráveis, vivendo em pobreza extrema. Esta conferência focou a importância de cada um de nós na criação de ambientes seguros e favoráveis, o que inclui os ambientes de trabalho, como promotores da saúde e não como meros espectadores (WESTPHAL, 2007).

A IV Conferência Internacional sobre a promoção da saúde foi realizada em 1997 e o tema era promoção da saúde no século XXI. A mesma abordou a necessidade de se avaliar os determinantes da saúde, necessários para identificar os problemas do século XXI. A V Conferência foi realizada em 2000, o tema central era a promoção da saúde: rumo à equidade. O documento relatou a importância de se resolver problemas de maior magnitude, ou seja, os problemas de saúde pública; relatou também o reconhecimento da responsabilidade por parte dos governantes nas políticas de saúde e a necessidade da descentralização das estratégias em todos os setores sociais (WESTPHAL, 2007).

Em 2005, foi realizada a VI Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, com o tema: a promoção da saúde em um mundo globalizado. O documento buscou identificar as ações necessárias para identificar os fatores determinantes da saúde, defendendo como requisitos o desenvolvimento global das políticas e laços capazes de capacitar as comunidades para a melhoria social (WESTPHAL, 2007).

Portanto, promoção da saúde significa promover direitos de viver com dignidade, é promover a vida, levando em consideração as diversas culturas e valores em que a população está distribuída. Por meio do conhecimento sobre a importância de se desenvolver hábitos saudáveis de vida, de manter um ambiente laboral em condições favoráveis para o não adoecimento do trabalhador dentre outros.

A saúde no Brasil se organiza pelo SUS e é resultado de um processo de lutas do movimento Sanitário Brasileiro intensificado a partir dos anos 70 e 80, em paralelo com a redemocratização brasileira (RONCALLI, 2003). Em decorrência de transformações promovidas pelos movimentos de reforma do Estado, em 1990 mudaram o padrão e o mecanismo de inserção e permanência no mercado de trabalho, gerando postos de trabalho mal remunerados, condições desfavoráveis para um ambiente laboral.

As mudanças promovidas neste período levaram a alterações na legislação trabalhista, por meio de emendas constitucionais, projetos de leis, dentre outros. Em função das iniciativas de desregimentalização do trabalho, o tema saúde do trabalhador volta a ganhar destaque por iniciativa do movimento sanitário.

1.2 Saúde Do Trabalhador

Com a diminuição do trabalho rural e o surgimento da industrialização, muitos dos trabalhadores rurais tiveram que abandonar suas terras, vender por preços abaixo do valor para migrarem para a zona urbana. Considerando mão de obra barata, a produção era a garantia de permanência no trabalho, dessa forma as jornadas eram extensas e o ambiente de trabalho era, na maioria das vezes, a causadora de doenças incapacitantes e mortes no trabalho (MANFRED, 1988).

Para Schliling(1981) a medicina do trabalho surge na Inglaterra na metade do século XIX. Para Mendes e Dias (1991), o consumo da força trabalhadora é resultante de um processo acelerado que tem como consequência: a falta de humanização no trabalho, o trabalhador não era prioridade e sim a produção. O trabalhador podia ser substituído a qualquer momento, desde que deixasse de produzir.

Na década de 30, o Estado recebe fortes pressões por partes de militares e também intelectuais para a criação de serviços na área de saúde pública, criando-se então o Ministério da Educação e Saúde em 1931. Como marco da medicina são criados na década de 1930, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais são divididos por categorias profissionais e não mais por empresas, como na proposta de formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs (COHN; ELIAS, 2003).

Os recursos dos IAPs eram arrecadados dos próprios salários dos trabalhadores, além da contribuição de empregadores e governo, criados para gerar um fundo de recursos necessários para pagar aposentados e pensionistas, além de cobrir serviços de assistência médica, sendo administrado por um conselho, com participação de representantes dos próprios trabalhadores (COHN; ELIAS, 2003).

A medicina do trabalho tinha como protagonista o médico, que tinha a responsabilidade de prevenir o acidente, tendo sobre si toda a responsabilidade do dano ocorrido, tirando da empresa toda a responsabilidade enquanto empregador. Na contratação de funcionários, avaliava-se com critério o perfil do trabalhador, pois deveria ser de inteira confiança da empresa, com o propósito de defender a instituição a qualquer custo, modelo esse que se expandiu devido a transnacionalização da economia.

Contudo, sabemos que a responsabilidade de prevenir o acidente e acima de tudo de se ter saúde é de todos e, várias partes estão envolvidas neste processo, como o governo, setor saúde, instituições voluntárias, as autoridades locais e mídia. Os profissionais na área da saúde devem mediar informações sobre o processo de saúde e doença. As estratégias de saúde

devem levar em consideração na formulação das políticas de saúde, os valores culturais, econômicos e políticos de cada região (BACKES et al.,2009).

Em relação à intervenção do Estado, tem características econômicas e políticas, dando suporte para as políticas sociais e nacionais. Para o cenário político nacional de algum modo havia a necessidade de construir aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos. A política de saúde era implementada de forma fragmentada, cabendo ao Ministério da Saúde as ações de natureza coletiva (imunização, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária). As ações de natureza médico-assistencial (exames, consultas, cirurgias) era responsabilidade da Previdência Social, por meio dos seus institutos (IAPs e posteriormente INPS e INAMPS). Uma das consequências sobre a população é o fato de não conseguirem eliminar as doenças parasitárias e infecciosas, a alta taxa de mortalidade infantil e mortalidade geral (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2010).

Os hospitais privados na década de 1950 já estavam montados, com fins lucrativos, setores interessados na formação do mercado nesta área pressionavam cada vez mais o Estado para o seu financiamento, defendendo claramente a privatização. Apesar das pressões dos médicos de redes privadas, a saúde era fornecida pelos serviços próprios dos institutos, ou por meio de convênio com serviços privados. Com aumento do processo de incorporação tecnológica a saúde precisava assumir seu papel no sistema capitalista (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2010).

Por meio da recomendação 11245, a Organização Internacional do Trabalho (1966) expõe que a medicina do trabalho é um serviço que tem como objetivo assegurar a segurança no local de trabalho e prevenir todos os riscos a que o trabalhador possa estar sujeito, contribuindo com o bem estar físico e mental dos trabalhadores, através de ações que favoreçam o trabalhador como: adaptação física e mental desses trabalhadores, adequação para o melhor setor, compatível com sua aptidão.

A Constituição de 1988 atende a grande parte das reivindicações do movimento sanitário, prejudicando conseqüentemente os interesses hospitalares. O grande marco da constituição foi a aprovação do direito à saúde como dever do estado, acabando com as discriminações existentes entre urbano/e rural, segurado/e não segurado. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão em relação a sua fiscalização e produção. Em relação à saúde do trabalhador, não foi contemplado o direito de se negar a trabalhar em condições insalubres (Teixeira, 1989).

Para Mendes e Dias (1991) a consciência multiprofissional e a necessidade de intervir no ambiente laboral, refletem a influência das escolas de saúde pública, onde já vinham sendo

estudados os grandes problemas de saúde que agora são denominadas de ocupacionais, principalmente nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos (Michigan e Harvard), com ênfase para as questões ecológicas.

No Brasil, só chegou mais tarde em São Paulo com a inserção da saúde ocupacional nas grades curriculares de graduação, especialização, mestrado e doutorado, produzindo efeitos positivos em outras universidades e nos departamentos de Medicina Preventiva e Social das escolas de Medicina (MENDES; DIAS, 1991).

Devido ao grande número de acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao processo laboral, afastamento por doenças incapacitantes, a saúde ocupacional que favorecia praticamente as empresas, sofre fortes pressões pelos trabalhadores (NOGUEIRA, 1984).

Rigotto (1990) relata em seu trabalho "A saúde do trabalhador como campo de luta", questionamentos dos trabalhadores sobre a saúde, doença, qualidade de vida no ambiente laboral, e a denúncia dos trabalhadores, levaram alguns países a exigirem a participação destes nas questões de saúde, levando assim a saúde do trabalhador a se constituir em espaço de disputas políticas.

As políticas de saúde na década de 80 e a construção do projeto da reforma sanitária fazem parte de uma agenda de lutas que tem como consequência o fim do regime ditatorial e o retorno à democracia. Com isso outros atores começaram a participar das políticas de saúde, os interesses que outrora eram apenas dos técnicos, agora são vinculados à conquista das liberdades democráticas. Isto por meio das entidades de sociedade civil, estudantes, movimentos sociais e urbanos, profissionais da área da saúde, dentre outros (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2010).

As principais propostas debatidas pessoais foram: a saúde como direitos de todos e dever do Estado, a descentralização das decisões para os estados e municípios, a reestruturação do setor por meio da Estratégia Unificada de Saúde, a integralização da assistência prestada ao indivíduo, bem como a universalização do acesso aos serviços de saúde. Afinal, não há democracia sem os direitos indispensáveis para a qualidade de vida do ser humano (NOGUEIRA, 2005).

A saúde do trabalhador, ancorada no discurso sanitário, surge com novas abordagens e concepções no Brasil e se expressam na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador também em 1986. O termo saúde do trabalhador passa a ser tratado como um conjunto de conhecimentos, por meio de disciplinas de medicina social, saúde coletiva, psicologia, enfermagem do trabalho dentre outras, aliada ao saber do trabalhador e intervenções sobre seu ambiente de trabalho (NARDI, 1997).

Na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, o tema discutido foi a saúde como direito inerente à cidadania. Foi de extrema importância, pois introduziu a discussão da saúde na sociedade, saindo da análise setorial para a sociedade. A promulgação da Constituição de 1988 representa extensão dos direitos sociais em meio à tamanha crise vivida, inclusive pelos altos índices de desigualdade social (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2010)

Mesmo após 20 anos da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador até hoje existe a dificuldade de implantação desta política no país devido à baixa cobertura do sistema de proteção social, deficiências históricas nas políticas públicas e sociais e fragmentação do sistema social, que impactam negativamente sobre as políticas públicas em defesa da Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Deparamos, ainda, com diversas questões quando se indaga acerca da contribuição acadêmica sobre assuntos relacionados ao mundo do trabalho e das propostas de ação para a proteção da saúde dos trabalhadores, e isto graças a inúmeros trabalhos na área. A preocupação por parte dos próprios trabalhadores e empregadores faz da questão saúde do trabalhador uma verdadeira perspectiva em crescimento (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Portanto, as políticas públicas no campo da saúde constituem ações implementadas pelo Estado, cujo interesse deve ser a qualidade de vida dos trabalhadores, sua saúde física e mental. A Renast (Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador) faz parte desta política de proteção à saúde do trabalhador (BRASIL, 2006).

A Renast é uma rede articulada pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, que tem como atribuição a garantia à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. Sendo composta por centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (BRASIL. RENAST, 2006).

A saúde do trabalhador, por meio da problematização do desenvolvimento de estratégias políticas, fez surgir dentre outras estruturas institucionais, o Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), que são unidades de saúde pública que fazem parte do SUS (Sistema Único de Saúde) e atendem trabalhadores autônomos, desempregados que tenham problemas de saúde relacionados à atividade profissional que exercem ou que já exerceram (BRASIL, 2006)

Após a definição ampliada de saúde na Constituição de 1988 e Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 1990, a saúde do trabalhador vem sendo incorporada às ações do sistema único de saúde - SUS. As ações voltadas para a saúde do trabalhador incluem o meio ambiente, uma

vez que os riscos gerados pelo trabalho podem afetar o meio ambiente e a população (BRASIL, 1990).

A saúde do trabalhador constitui uma área de saúde pública que tem como prioridade intervir nas relações entre trabalho e saúde, pelas das ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes de trabalho, que ocasionam as doenças e acidentes. Também se preocupa com o atendimento, diagnóstico, reabilitação do trabalhador acidentado e em particular em reinseri-lo no ambiente de trabalho, tudo isto por meio das ações de promoção e proteção do trabalhador (BRASIL, 1990).

O objetivo da saúde do trabalhador, portanto, pode ser definido como a compreensão de fatores que levam ao adoecimento e alternativas de intervenção para melhoria da qualidade de vida no trabalho, prevenindo as doenças relacionadas ao trabalho, rompendo com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal a um agente específico ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho (BRASIL, 1990).

A saúde do trabalhador deve contribuir com o desenvolvimento das ações de saúde voltadas a grupos específicos da saúde, como: enfermeiros, médicos, odontólogos, farmacêuticos, e demais profissionais que atuam nesta área.

O trabalho da enfermagem vem sendo objeto de preocupação para muitos autores, pois a enfermagem é uma categoria com alto índice de estresse, vulnerabilidade a riscos inerentes ao trabalho realizado, número insuficiente de trabalhadores para grande quantidade de pacientes internados, turnos exaustivos, remuneração insuficientes além dos riscos submetidos aos fatores químicos, físicos, ergonômicos, mecânicos que podem causar acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2011).

1.3 A ENFERMAGEM E O MUNDO DO TRABALHO

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida, individual e coletiva, atua com autonomia, responsabilidade de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão, atuando na promoção, proteção e recuperação da saúde. Atua como parte da equipe de saúde, seguindo os preceitos do SUS, por meio da universalidade, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde (LUCAS, 2004).

Para BRASIL (1995), o enfermeiro é um profissional de curso superior, capaz de atender o indivíduo com honestidade, respeitando o ser humano em sua individualidade,

capaz de lhe prestar assistência com qualidade durante a infância, adolescência e fase adulta (BRASIL, 1995).

A enfermagem é livre para atender com autonomia, liberdade segundo os preceitos, exercendo a profissão com justiça, compromisso, equidade, responsabilidade, honestidade, lealdade e competência. Fundamentando suas relações no direito, na prudência, na solidariedade e na diversidade de opinião (LUCAS, 2004).

Dentro da área da saúde é vasto o campo de atuação e funções do enfermeiro. No contexto brasileiro a atuação da enfermagem passa despercebida, sem que as pessoas notem o seu verdadeiro valor, para o desenvolvimento das políticas de saúde. Não se pode negar que a enfermagem é imprescindível, para se manter uma assistência de qualidade (BARBOSA *et al.*, 2004).

As relações de trabalho, ou seja, aspectos trabalhistas e organizacionais e no cotidiano do trabalho envolvem subjetividades, são fontes de contentamento ou da insatisfação no ambiente de trabalho. Alguns aspectos merecem atenção como: a jornada de trabalho, divisão manual e intelectual, a questão de gênero no trabalho, o tamanho da empresa (pequena, média e grande porte), características da empresa, o salário e a forma de pagamento, os horários, estrutura física da instituição, tipos de contratos de trabalho (aqueles que garantem ou não a estabilidade do funcionário), serviços de saúde, instalações sanitárias, locais para refeições e condições ambientais (condições salubres de trabalho), folga e intervalo, perspectiva de ascensão, mecanismos de controle dos trabalhadores, exigências de conhecimentos técnicos e qualificação (HAAG *et al.*, 2001).

A enfermagem é uma das profissões na área da saúde em que a Síndrome de Burnout tem forte prevalência, devido ao fato de que os enfermeiros vivenciam um cenário de grande instabilidade e insegurança. Isto se dá pelo fato de que convivem com uma ausência ou inadequada hora de repouso, além da falta de tempo para a realização de outras atividades do cotidiano (BRASIL, 2001).

Quando se fala de processo de trabalho não podemos esquecer que as formas de atividade laboral favorecem ou não o adoecimento profissional, dependendo de cada tipo de cargo ou ocupação. Cada categoria tem sua especificidade, seu nível de complexidade, seu passado histórico, suas conquistas incorporadas à legislação, ao sistema repressivo e aos fatores que prejudicam especificamente o processo laboral.

Em consequência da busca pela produtividade a qualquer custo, o trabalho levou o ser humano aos limites do seu próprio corpo, com isto a fadiga, o estresse, a desesperança,

depressão, problemas respiratórios e cardiovasculares acometeram o trabalhador (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2008).

Os fatores que mais estressam ou que trazem esgotamento ao profissional de enfermagem se destacam em algumas categorias: funcionamento organizacional que se refere ao caráter burocrático das instituições de saúde, relacionamento interpessoal seja entre colegas do mesmo nível hierárquico, superiores e até mesmo subordinados resultando em conflitos internos, excesso de trabalho afetando negativamente o profissional de enfermagem, acerca do seu contexto de trabalho e associando-se principalmente ao déficit de recursos humanos (ARAÚJO, 2003).

O exercício da enfermagem é marcado por múltiplas exigências, como o fato de lidar com a dor, o sofrimento, morte e perdas que se associam com as condições desfavoráveis do trabalho e da baixa remuneração. Esses fatores elevam o índice da SB nos profissionais de enfermagem causando assim um desgaste psíquico, físico e emocional (ARAÚJO, 2003).

Para Paganeni (2011), o trabalho do enfermeiro é complexo e envolve capacidades e habilidades diferentes e necessárias.

Os fatores prejudiciais do ambiente são as condições organizacionais ou técnicas existentes nos locais de trabalho, que podem levar ao adoecimento, sequelas ou mortes relacionadas à atividade laboral. Os fatores nocivos do ambiente classificam-se em: ergonômicos ou mecânicos: que são aqueles relacionados a uma má postura do trabalhador ou o não ajustamento da máquina ao operador; físicos: pressões, vibrações, temperaturas excessivas, radiações, umidade entre outros; químicos: é o perigo a que determinado indivíduo está exposto ao manipular produtos orgânicos e inorgânicos (gases, vapores, sólidos, líquidos com efeito irritante ou tóxico; biológico: animais daninhos, plantas venenosas, vírus, bactérias, protozoários (HAAG *et al.*, 2001).

Portanto o conhecimento em educação para a saúde, saúde ambiental e o relacionamento interpessoal, deve ser utilizado pelo enfermeiro profissional em sua atuação nos ambientes de trabalho, sejam eles: as fábricas, hospitais, universidades, instituições governamentais e em outros ambientes laborais (LUCAS, 2004).

Segundo Faustino e Egry (2002), é necessário repensar o processo de trabalho em saúde, por meio de novas práticas, particularmente nos estudos de trabalho dos enfermeiros.

Após o conteúdo exposto fica evidente a relação do homem com o trabalho e que o ambiente laboral pode influenciar de forma negativa ou positiva sobre a saúde ou adoecimento do homem. Para manutenção da saúde é necessário um conjunto de fatores e um deles é a manutenção da qualidade de vida no ambiente laboral. Várias são as patologias

associadas a uma má qualidade de vida no trabalho e dentre elas podemos citar os problemas respiratórios, cardiovasculares, além dos problemas de ordem mental.

Os trabalhadores de enfermagem ao prestarem assistência ao paciente estão sujeitos a várias doenças relacionadas ao trabalho, devido os riscos químicos, físicos, ergonômicos dentre outros, isto se dá devido a carga horária exaustiva, multiplicidade de empregos, vulnerabilidade de riscos inerentes ao próprio trabalho. Devido a estes fatores a enfermagem está exposta a vários problemas como: estresse, hipertensão arterial, doenças de ordem mental, úlceras, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, estando relacionado com os fatores genéticos e hereditários de cada indivíduo (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Para Ribeiro *et al.*, 2011 a enfermagem está sujeita a infecção de microrganismos como o vírus da hepatite B (transmitida pelo vírus HBV), Síndrome da imunodeficiência adquirida- AIDS (transmitida pelo vírus HIV), além da hepatite C (transmitida pelo vírus HCV), devido a procedimentos da própria prática de enfermagem, como o caso de acidentes com material perfuro- cortante. Também pode estar exposta a dermatite e urticária ocupacional, para aqueles que fazem uso constante do material de equipamento individual.

Percebe-se que as dores lombares são as causas de grandes queixas de profissionais de enfermagem, isto se dá devido a postura em pé adotada pela enfermagem, além disso, esta categoria está sujeita a poluição ambiental, depressão e a Síndrome de Burnout (SB) caracterizada como a síndrome do esgotamento profissional, causada pela fadiga mental e física do trabalhador em decorrência das inter-relações no trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2011).

O alto número de trabalhadores de enfermagem com Síndrome de Burnout vem sendo preocupação de muitos autores e isto se revela devido a uma grande quantidade de trabalhos da SB e a enfermagem.

Meneghini, Paz e Lautert (2011) identificaram os fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem, analisando assim que a maior parte dos profissionais possui conflitos pessoais e laborais que justificam o estresse laboral e em consequência disso evoluindo para a síndrome de Burnout. As variáveis apontadas no trabalho foram: a sobrecarga no trabalho (atribuída tanto na quantidade, quanto a qualidade excessiva de demanda).

Foi realizado um estudo com enfermeiros que atuam em ambientes hospitalares, tendo como objetivo avaliar a ocorrência da SB em enfermeiros e traçar seus possíveis fatores associados, como os fatores ocupacionais e sócio-demográficos. Participaram da pesquisa 145 enfermeiros que trabalham em um hospital filantrópico. Os resultados mostraram que 31% dos sujeitos com idade entre 18 e 25 anos apresentaram alto nível de desgaste emocional, e

28% dos sujeitos com idade entre 26 e 30 anos apresentam nível alto de despersonalização. Em função do sexo observou-se que 32% dos indivíduos do sexo masculino e 16% do sexo feminino, apresentaram nível alto nas dimensões despersonalização e desgaste emocional. A classificação dos resultados obtidos por dimensão de Burnout em função do estado civil sugere que os viúvos estão mais sujeitos à SB, bem como os sujeitos do ensino médio completo apresentaram maior frequência (SILVA; LOUREIRO, PERES 2008).

Um outro estudo foi desenvolvido com trabalhadores da equipe de saúde da família, do município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, tendo como objetivo compreender a SB vivenciada por estes trabalhadores. Tiveram como participantes 86 trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município. Participaram do estudo 86 trabalhadores e destes 30 (34,9%) tinham formação superior; 31,4% formação técnica; e 33,7% ensino médio (ACSs); sendo 73 (84,9%) do sexo feminino; 58 (68,2%) com companheiro; e 59 (69,4%) tinham filhos. O foco do trabalho foi de identificar os trabalhadores esgotados dos não esgotados. Como forma de solucionarem os problemas, os profissionais esgotados utilizaram formas de enfrentamento direcionado às emoções, ou seja, recursos pessoais. Enquanto que os não esgotados resolviam os problemas no ambiente de trabalho com a própria equipe. Os pesquisadores concluíram que os fatores desencadeantes para a SB, foram os que estavam vinculados a problemas relacionais e organizacionais (TRINDADE et al, 2010).

Beresin (2009) verificou e avaliou a presença da SB em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar, com uma amostra de 17 enfermeiros, sendo aplicado um questionário elaborado pelas próprias autoras e o inventário de Burnout de Maslach. Como resultado, 76% da equipe eram enfermeiros do sexo feminino, quanto ao tempo de atuação profissional 59% preferiram trabalhar de cinco a dez anos no resgate hospitalar. Dos 17 enfermeiros estudados, foi avaliado baixa, média e moderada redução da realização profissional bem como a exaustão emocional e despersonalização. Quanto aos níveis de dimensões de Burnout, verificou-se que 76,47% dos enfermeiros apresentaram baixo/moderado nível de despersonalização e exaustão emocional, acompanhado de reduzida realização profissional. A conclusão dos autores é que para se ter a presença da SB são necessárias altas pontuações despersonalização, exaustão emocional e reduzida realização profissional e nesta amostra não há presença da SB.

Também foi avaliada a qualidade de vida no trabalho (QVT) e a presença da SB entre profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital escola no interior do Paraná. Foi predominante a categoria de enfermagem (52,8%), do sexo feminino (66,0%), casados (67,9%), com idade média de 42,4 anos. Os resultados mostram

que a população estudada está com alta satisfação no trabalho, mesmo que o ambiente laboral desses trabalhadores (UTI) proporcione fatores que contribuam para a não QVT, como: o contato próximo e contínuo com pacientes graves, uso abundante de tecnologias sofisticados e complexidade do cuidado (SCHMIDT et al, 2013).

Fogaça et al, 2008, realizaram um trabalho de revisão bibliográfica sobre estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout em enfermeiros e médicos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. As fontes de dados utilizadas foram: Medline, LILACS e Scielo. Os resultados mostraram que trabalhos sobre o tema identificaram alterações importantes que acometem enfermeiros e médicos intervencionistas como: elevados níveis de cortisol, desejo de abandonar o trabalho, Burnout, dentre outros fatores. Os profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, pela própria natureza da profissão e procedimentos realizados, são expostos ao estresse e à SB. Estes dados são de extrema importância, pois nota-se a necessidade de se realizar outros trabalhos, com a finalidade da prevenção e medidas de intervenção. Os descritores utilizados foram: esgotamento profissional, unidade de terapia intensiva neonatal, enfermagem, Estresse/Etiologia, Médicos.

Um outro estudo de revisão foi realizado com base na análise e interpretação de artigos, teses e dissertações produzidas entre 1990 a 2001, com o objetivo de diferenciar o estresse da síndrome de Burnout e estabelecer a relação desses com o trabalho da enfermagem. Embora haja consenso entre os autores sobre a existência do estresse com a Síndrome de Burnout, diversas controvérsias estão presentes. Burnout é um esgotamento profissional, que acarreta consequências negativas para o cliente, trabalho e organização. Estresse refere-se a um esgotamento pessoal, que acarreta prejuízo para a vida pessoal, contudo pode ou não estar relacionada com o ambiente laboral. É um processo contínuo que resulta em problemas emocionais e práticos no trabalhador e para a organização. O trabalho da enfermagem é propenso tanto para o estresse como para a SB, causando adoecimento e sofrimento (MUROFUSE et al, 2005).

Oliveira, Caregnato, Câmara (2012), avaliaram a presença e os fatores associados à Síndrome de Burnout entre os acadêmicos de enfermagem de uma Universidade privada no Rio grande do Sul, com uma amostra intencional de 42 estudantes dos sétimo e oitavo semestres, matriculados no primeiro semestre de 2011. A amostra representou 16,3% da população pesquisada. Quanto aos índices de Burnout verificou-se que o maior índice foi quanto à eficácia profissional, seguida pela exaustão emocional e descrença. Como conclusão

o que foi observado entre os estudantes é que a Síndrome de Burnout não está presente entre os mesmos, nem os fatores associados à mesma.

Jodas e Haddas (2008), investigaram os sinais e sintomas da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de um hospital universitário, correlacionando com os fatores predisponentes. A amostra foi realizada com 61 trabalhadores de enfermagem, utilizando um estudo descritivo quantitativo, utilizando um questionário auto-aplicável, juntamente com o instrumento Malasch Burnout Inventory. Para a análise dos dados realizou-se a somatória de cada dimensão (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, utilizando pontos de corte (baixo, médio e alto).

Os resultados nos mostram que dos 61 trabalhadores que participaram do estudo, 8,2% apresentaram a SB, sendo todos do sexo feminino, 54,1% possuíam alto risco para o desenvolvimento da SB, e 37,7 possuíam baixo risco para as manifestações da SB. Os pesquisadores concluíram que uma unidade de Pronto Socorro é um local que possui suas particularidades, e isto se dá pela tensão dos tipos de pacientes que dão entrada na unidade (pacientes em situações de emergência e urgência), bem como os procedimentos que são realizados. Sendo necessário o desenvolvimento de ações com o intuito de minimizar os fatores desencadeantes para as manifestações da SB (JODAS, HADDA, 2008).

Um outro estudo foi realizado com o trabalho do enfermeiro docente e a Síndrome de Burnout, tendo como objetivo identificar e analisar as causas do desgaste profissional no enfermeiro docente, assim como avaliar a SB em uma amostra de enfermeiros professores de um curso técnico de enfermagem do Centro Estadual de Educação Tecnológica do Estado de São Paulo, através do MBI-ES (Malasch Burnout Inventory- educatory survey (EBISUI, 2008).

A mesma autora refere que a coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foi elaborada um entrevista semi-estruturada, com um instrumento conhecido como MBI-ES, específico para professores, visando traçar o perfil do grupo pesquisado e seus hábitos de vida e dados relativos à atividade profissional. Já na segunda etapa foram coletados dados de docentes de enfermagem, de um curso técnico de enfermagem, por meio de questões abertas. Como resultado a pesquisa mostra que 3,1% apresentaram a Síndrome de Burnout; 15,3% estão em alto risco; 38,5% estão em médio risco; e 43,1% em baixo risco para o desenvolvimento da SB.

1.4 SÍNDROME DE BURNOUT (SB)

Em 1969, Bradley publicou um artigo que se utilizava da expressão *staff burn-out*, propondo medidas para o enfrentamento do desgaste profissional, apesar de ter sido atribuído a Freudenberg, em 1974, o primeiro artigo sobre a *burn-out*, difundindo-se posteriormente o interesse a partir de seus estudos em 1981 (BARBOSA *et al.*, 2004).

Freudenberg descreveu o burnout como um "incêndio interno" resultante de vários fatores dentre eles a tensão produzida pela vida moderna, atingindo de forma significativa o indivíduo em seu ambiente de trabalho (FARBER, 1991).

Por definição, burnout é um sofrimento psíquico relacionado ao meio laboral. Estando associado a alterações fisiológicas decorrentes do estresse (tendo este maior risco para o desenvolvimento de alterações neuroendócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipidemia, hiperglicemia, hipoglicemia, infecções dentre outros). O abuso do álcool e a adesão de substâncias ilícitas, transtornos ansiosos como a síndrome do pânico e a depressão também são frequentes, além de implicações socioeconômicas (queda da produtividade e o abandono de especialidade) (CARLOTTO, 2002).

Sabe-se que, mesmo sendo considerado como doença relacionada ao trabalho e apesar da primeira publicação sobre o tema ter sido realizada na década de 60, passando a se consolidar na década seguinte, muitos profissionais não têm conhecimento sobre a Síndrome de Burnout, (BARBOSA *et al.*, 2004).

Em 1996, quando da Regulamentação da Previdência Social, a SB veio a ser incluída no anexo II, como um dos agentes patogênicos causadores de doenças ocupacionais, abrindo as portas para o conhecimento dos profissionais, contudo, mesmo aqueles que devido a sua ocupação deveriam conhecê-la o suficiente para encaminhar, orientar, diagnosticar para melhor intervir, não o fizeram (BARBOSA *et al.*, 2004).

Inicialmente a expressão Burnout era usada como uma gíria pelos profissionais de saúde quando queriam se referir a um estado debilitado em pessoas usuária de drogas. Mas em 1974, o psiquiatra Herbert Freudenberg passou a usar o Burnout para identificar um estado avançado de estresse diretamente ligado ao ambiente de trabalho (WILTENBURG, 2011). Em sentido literal a expressão Burnout significa “queimar para fora”, pois é formada da junção de duas palavras inglesas *burn* (queimar) e *out* (fora) (WILTENBURG, 2011).

Para Carneiro (2010) a SB surge como resposta estressora do meio laboral, constituído de três dimensões que são independentes (despersonalização, baixa realização profissional e

consequentemente exaustão emocional). A despersonalização faz com que esse trabalhador trate as pessoas como objeto. A exaustão emocional nada mais é do que a falta de energia, entusiasmo. Na baixa realização profissional o trabalhador se avalia de forma negativa, não se valoriza como profissional com sucesso.

O processo da Síndrome de Burnout é individual. Sua evolução pode levar meses, anos e até mesmo décadas. Seu surgimento é cumulativo com progressão para severidade, visto que muitas vezes não é percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar em seu adoecimento ou pelo fato de que a Síndrome de Burnout é muitas vezes confundida com a depressão ou o estresse (CARLOTTO, 2002).

A referência à Síndrome, por vezes, ocorre por meio de outras denominações como: desgaste profissional, neurose profissional, estresse assistencial, evidenciando em maior incidência entre os cuidadores de pessoas, estresse ocupacional, estresse laboral para assimilar ao mundo do trabalho (BARBOSA *et al.*, 2004).

De modo geral, a maior parte dos autores concorda que a síndrome burnout está relacionada ao meio laboral, e que de forma crônica traz consequências para o ser humano, seja no meio social, familiar ou em nível profissional (revista eletrônica 2003). Inicialmente a Síndrome de Burnout era denominada "A Síndrome do Assistente Desassistido", pois a atenção direcionada aos trabalhadores de serviços de assistência era ineficaz (PEREIRA, 2002),

Pode-se definir a Síndrome de Burnout como uma reação à tensão emocional crônica oriundo de uma sobrecarga relacionada diretamente ao trabalho. O interesse pelo trabalho é então minimizado independente do esforço pessoal realizado (KEBIAN, 2010). Profissionais como cuidadores e outros que prestam serviços similares são os mais afetados pela Síndrome de Burnout (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Para Meneghini, Paze Lautert (2011) a definição mais consolidada para a SB é a que se refere à tensão emocional, relacionada a partir do contato direto com situações que envolvem atividades diárias de cuidado, os problemas e dores decorrentes destas situações.

No entendimento de Codo e Vasques Menezes (1999), o trabalhador arma ou simula uma desistência de trabalhar, mesmo estando ativo no meio laboral, isto devido ao fato de não suportar estar no ambiente de trabalho, tendo, contudo que permanecer neste por diversos motivos, com ênfase sobre as dificuldades financeiras por dívidas e empréstimos assumidos.

Outra definição proposta para a SB é que esta é uma resposta ao estresse laboral crônico que gera o desgaste profissional que acarreta na desistência de continuar trabalhando, pois a satisfação e o sentido em continuar se esvaem (MATUBARO, 2012).

Jodas e Haddad (2008) afirmam que a Síndrome de Burnout é resultante da interação psicológica, biológica e sociocultural. Fatores individuais como a predisposição genética, experiências socioeducacionais e até mesmo fatores ambientais, como locais, pessoas e condições de trabalho, aumentam a probabilidade de desenvolvimento e manutenção da síndrome (BARBOSA *et al.*,2004).

Contudo, para que haja uma melhor compreensão devem-se abordar algumas diferenças conceituais para evitar associações indevidas. Há quem possa confundir Burnout com o estresse ou mesmo com a depressão.

Diferença entre Burnout e o Estresse: O estresse apresenta-se por uma alternância entre aspectos positivos e negativos e nem sempre está associado a atividades laborais. Já o Burnout caracteriza-se basicamente por aspectos negativistas e estão diretamente ligados a condições relacionadas ao trabalho (SANTOS, 2009).

Diferença entre Burnout e Depressão: na pessoa depressiva os sentimentos de culpa e derrota são prevalentes enquanto no portador de Burnout são o desapontamento e a tristeza, os sentimentos de maior presença (SANTOS, 2009).

Ao se falar das diferentes conceituações da SB, não podemos nos esquecer dos fatores desencadeantes e que pelo conhecimento dos conceitos e dos fatores de risco, podemos combater com melhor exatidão, na prevenção da síndrome de Burnout.

A Síndrome de Burnout é caracterizada como um conjunto de sinais e sintomas psíquicos e físicos, relacionado à não adequação ao ambiente laboral, com intensa carga emocional e pode estar associado a frustrações em relação ao meio laboral ou a si mesmo. Os principais sinais e sintomas da SB, no que diz respeito ao comportamento são: nervosismo e irritabilidade, isolamento e relação defensiva em relação aos demais (LACAZ, 2000).

A humanização da assistência não faz parte das características de quem apresenta a Síndrome de Burnout, pois a desumanização é um sintoma que diferencia a SB do estresse, pois a pessoa com esta síndrome passa a tratar o outro como se fosse algo sem importância. Emocionalmente, torna-se mais instável, muitas vezes a própria equipe de trabalho percebe que esse profissional mudou, tornou-se "desagradável" (ARENDET, 2001).

As dores de cabeça conhecida por cefaléia são decorrentes das doenças psicossomáticas, insônia, palpitações, problemas circulatórias, cardiovasculares, problemas estomacais como a gastrite, infarto e por consequência até a morte. Nos aspectos profissionais, este trabalhador pode apresentar prejuízos em seu rendimento diário, tornando se este menos frequente e também menos cuidadoso. Pode apresentar perda de motivação e

criatividade, sentindo menos simpatia por outros trabalhadores e clientes, sentindo menos otimismo quanto à avaliação de seu futuro (DIAS, 1991).

Observar os principais sintomas da Síndrome de Burnout também é essencial para se evitar futuras confusões. Dentre os principais sintomas podemos destacar:

Fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, distúrbios do sistema respiratório, alteração de memória, baixa autoestima, incapacidade de relaxar, apresenta, ainda, sintomas como transtornos cardiovasculares, dificuldades na aceitação de mudanças, diminuição da iniciativa, agressividade e tendências ao suicídio (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Segundo Santos (2009) posteriormente a relação de sintomas foi aprimorada e foram incluídas as seguintes características: As manifestações comportamentais que envolvem um consumo elevado de álcool, café e drogas, irritabilidade, aborrecimento constante, agressividade, distanciamento de familiares e pacientes, esgotamento emocional, sintomas físicos que englobam mal-estar geral e fadiga, além da dificuldade de concentração.

Vale destacar que o portador da síndrome nem sempre apresenta todos os sintomas. Pode ocorrer de somente a associação de alguns destes se manifestar (SANTOS, 2009).

Para Carlotto e Palazzo (2006) podem-se observar os seguintes sinais e sintomas:

Desgaste Emocional: O trabalhador se sente cansado de acordar todas as manhãs para o trabalho, se sente angustiado por ter que lidar com pessoas diretamente, se sente desgastado com o ambiente de trabalho, sentindo-se no limite de suas forças.

Realização Profissional Deficiente: Acredita que não consegue atender de forma adequada, não se sente forte o bastante para lidar com pessoas e seus problemas, não acredita em seu crescimento profissional, se sente apático ao lidar diretamente com pessoas.

Despersonalização: Trata as pessoas e os colegas de trabalho com indiferença e frieza, se sente culpado pelos resultados negativos do ambiente de trabalho, sente que exerce influência negativa na vida das pessoas.

Para Carneiro (2010), se caracteriza a Síndrome de Burnout pela presença de sintomas psíquicos, físicos, defensivos e comportamentais.

Sintomas Psíquicos: Irritabilidade, nervosismo, distrações e faltas no emprego, sentimento de alienação, solidão, adiamento e atrasos de tarefas, falta de concentração, diminuição dos rendimentos, aumento de erros, insatisfação com tudo, alterações da memória, paranóia, reclamações mais frequentes que o habitual e piora na organização de trabalho.

Sintomas Físicos: Distúrbios do sono, constipação, diarreia, disfunções sexuais, problemas cardiovasculares, alterações respiratórias, distúrbios hormonais, erupções cutâneas,

náuseas, vômito, cefaleia, ganho de peso, tensões musculares, supressão do sistema imune, dores crônicas, dor torácica e fadiga.

Sintomas Defensivos: Isolamento, autoafirmação sobre si mesmo, sensação de onipotência, falta de interesse pelo trabalho.

Sintomas Comportamentais: Dificuldades de aceitar o novo, irritabilidade, aumento do consumo de substâncias como álcool e droga, falta de energia ou iniciativa para as atividades diárias, explosividade.

Segundo Paganini (2011), a Síndrome de Burnout apresenta-se hoje como um dos grandes problemas psicossociais. A comunidade científica, entidades governamentais, empresariais e sindicais europeias têm se interessado e se preocupado com a SB, devido às grandes consequências, sejam elas de nível individual, coletivo e também organizacional.

Burnout deve ser considerado uma consequência do estresse ocupacional geralmente relacionada ao cuidado humano direto, contínuo e emocional (NOGUEIRA, 2007). Nos primeiros estudos realizados sobre Burnout o maior número de casos identificados foi em profissões como trabalhadores sociais, enfermeiros e professores. Posteriormente outras áreas de atuação foram sendo agregadas e o grupo se expandiu consideravelmente (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Alguns autores acreditam que a SB presente em enfermeiros, tem como fatores de risco a jornada excessiva de trabalho, excesso de enfermeiros por pavilhão, sobrecarga de trabalho e de funções, ausência de material para a realização de procedimentos, ambiente de trabalho inadequado, a falta de comprometimento e reconhecimento da equipe de trabalho, desvalorização profissional (instabilidade e maus salários), bem como a falta de motivação e perspectiva de crescimento na empresa (MARSILLAC, 2010).

Meneghini, Paze Lautert (2011) relatam que a maior incidência é na atividade laboral hospitalar, devido ao alto índice de tensão, de riscos ocupacionais, dificuldade de relacionamento interpessoal, excesso de carga horária e estresse relacionado a situações desgastantes, levando à cronificação do estresse ocupacional que se denomina Síndrome de Burnout.

Para as instituições, os efeitos do Burnout se fazem sentir tanto na alta rotatividade dos profissionais, absenteísmo, o aumento do número de acidentes ocupacionais, diminuição da qualidade de trabalho, denegrindo assim a imagem da mesma e consequentemente o prejuízo financeiro que acaba sendo inevitável (BARBOSA et al., 2004).

Devido à falta de preparo por parte dos profissionais, a pessoa em Burnout é diagnosticada e tratada de forma incoerente, ou errônea, pois é tratada como em estresse ou

depressão, o que não o beneficia, pois as dificuldades apresentadas estão relacionadas à vida pessoal e não o que verdadeiramente representa. (BARBOSA et al., 2004).

As várias expressões de Burnout, bem como as dificuldades referentes aos conceitos, além do agravante da expansão territorial, faz do Brasil, assim como em outros países, o difícil diagnóstico; isto devido à ausência ou a falta de conhecimento dos profissionais sobre a síndrome, tornando necessária a expansão do tema a todos os trabalhadores (BARBOSA *et al.*, 2004).

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Com base nos sinais e sintomas apresentados é que será elaborado um questionário, para avaliar a presença ou não desta Síndrome de Burnout, além disso, serão avaliadas as seguintes variáveis: sexo, titulação, vínculo empregatício (público-privado), tempo de inserção no mercado de trabalho, quantidade de vínculos empregatícios, carga horária de trabalho, dentre outros.

2.1. TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa sobre a prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros ativos da região do Vale do São Patrício, no ano de 2014. A metodologia descritiva visa descrever as características de um fenômeno, de uma determinada população ou simplesmente estabelecer a relação entre as variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coletas de dados, assumindo em geral a forma de levantamento de dados, por meio da observação sistemática ou da aplicação de questionários (ALYRIO, 2008).

2.2. Local Do Estudo

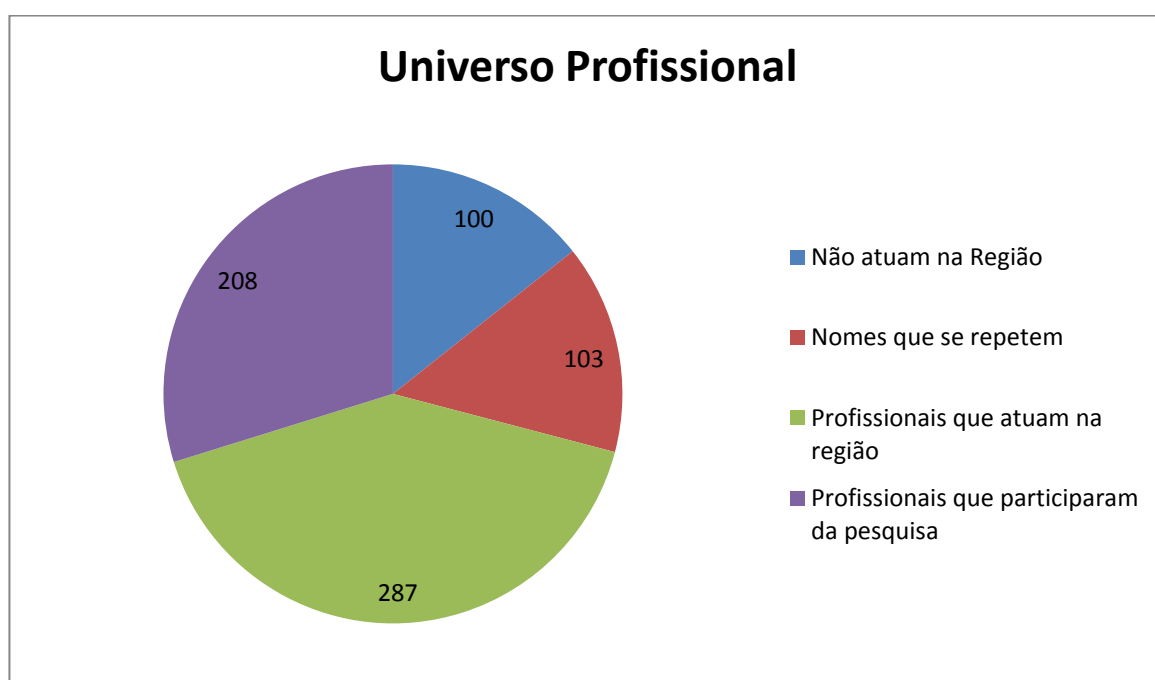
A coleta de dados foi realizada em todas as cidades do Vale de São Patrício/GO. O Vale de São Patrício está localizado no centro goiano, na mesorregião de Goiânia e microrregião de Ceres, geograficamente possui situação privilegiada, com menos de 200km

de distância da capital e de fácil acesso à Anápolis, Brasília e Norte do Estado. É constituída de 23 municípios: Barro Alto, Carmo do Rio Verde, Ceres, Goianésia, Guaraíta, Guarinos, Hidrolina, Ipiranga de Goiás, Itapaci, Itapuranga, Morro Agudo de Goiás, Nova América, Nova Glória, Pilar de Goiás, Rialma, Rianápolis, Rubiataba, Santa Isabel, Santa Rita do Novo Destino, São Luiz do Norte, São Patrício e Uruana, abrangendo uma área de 35.978,3 km², com uma população de 318.694 habitantes, sendo 232.173 urbana e 86.521 rural. (FONTE: IBGE, 2012).

2.3. População e Amostra Do Estudo

O COREN Conselho Regional de Enfermagem (Órgão de classe dos enfermeiros) repassou uma lista com um universo de 490 enfermeiros na Região do Vale de São Patrício. Deste total, foi observado que 100 enfermeiros não fazem parte mais da Região em estudo, 103 fazem parte daqueles nomes que se repetiam mais de duas ou três vezes, Com a depuração destes 203 nomes, chegou-se a um universo de 287 profissionais. Apenas 79 questionários não foram respondidos. Os respondentes que formaram a população amostral foram, portanto, de 208 profissionais, que representam 72,4% da população universo.

Gráfico 01 - Universo Profissional



Fonte: A Autora

2.4. Os Instrumentos De Coleta De Dados

2.4.1. O Maslach Burnout Inventory (MBI)

Foi utilizado o questionário Maslach Burnout Inventory (MBI), que Segundo Gil-Monte e Peiró (1999):

É o instrumento mais utilizado para se avaliar a Síndrome de Burnout (SB). O MBI-ED (*Maslach Burnout Inventory* ou “MBI forma ED”) é composto de 22 questões, auto-aplicáveis, desenvolvidas em três eixos, a saber: Cansaço emocional; Despersonalização; Realização Profissional, não levando em consideração os antecedentes e as consequências. É o instrumento mais utilizado para avaliação da Síndrome de Burnout adaptado para a pesquisa com enfermeiros. “MBI forma ED”. Este questionário é basicamente igual ao MBI, a única diferença é a substituição do termo cliente para o termo enfermeiro, com o objetivo de melhorar adaptação do enfermeiro no ambiente de trabalho, prevenindo assim doenças oriundas do meio laboral. (GIL, Monte e Peiró, 1999. p. 62)

O MBI avalia como o sujeito vivencia o ambiente laboral por meio das seguintes dimensões: identificação pessoal, onde se analisam os aspectos pessoais relativos ao trabalho do enfermeiro, como: a natureza institucional dos vínculos, a quantidade de vínculos empregatícios, a carga emocional do trabalho, a natureza da função e aspectos relativos à vida social (lazer, cultura, relações familiares), permitindo um melhor conhecimento sobre as várias dimensões da vida pessoal e profissional desses indivíduos.

O MBI avalia como os indivíduos vivenciam seu trabalho, os mesmos são divididos em três blocos. O primeiro se refere à exaustão emocional; contendo nove itens. O segundo à despersonalização; contendo cinco itens e o terceiro se refere à baixa realização profissional, conforme quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1. Itens avaliados no MBI

DIMENSÃO	ITENS AVALIADOS
EXAUSTÃO EMOCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sinto-me esgotado emocionalmente por meu trabalho 2. Sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho 3. Quando me levanto pela manhã, e enfrentarei outro dia de trabalho sinto-me cansado 4. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço

	<p>5. Meu trabalho me deixa exausto</p> <p>6. Sinto que estou trabalhando em demasia</p> <p>7. Sinto que atingi o limite de minhas possibilidades</p>
DESPERSONALIZAÇÃO	<p>1. Creio que trato alguns alunos como se fossem objetos impessoais;</p> <p>Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais</p> <p>2. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho</p> <p>3. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente</p> <p>4. Sinto-me frustrado em meu trabalho</p> <p>5. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns alunos que atendo; Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo</p> <p>6. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse</p> <p>7. Sinto que os alunos culpam-me por alguns de seus problemas;</p> <p>Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas</p>
REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	<p>1. Posso entender com facilidade o que sentem meus alunos; Posso entender com facilidade o que sentem meus pacientes</p> <p>2. Lido de forma eficaz com os problemas dos alunos; Lido de forma eficaz com os problemas de meus pacientes</p> <p>3. Sinto que influencio positivamente a vida de outros através de meu trabalho</p> <p>4. Sinto-me com muita vitalidade</p> <p>5. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para meus alunos; Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para meus pacientes</p> <p>6. Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com os alunos; Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com os pacientes</p> <p>7. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão</p>

Fonte: a autora

As respostas são apresentadas por uma escala de frequência do tipo Likert de sete pontos, que vão de 0 a 6, conforme o quadro abaixo .

Quadro 2. Escalas LICKERT e seus significados

Escola	Sentimentos em relação ao trabalho
0	Nunca
1	Uma vez ao ano ou menos
2	Uma vez ao mês ou menos
3	Algumas vezes ao mês
4	Uma vez por semana
5	Algumas vezes por semana
6	Todos os dias

Fonte: CODO & VASQUES-MENEZES (1999)

Baixos escores de realização profissional e altos escores de despersonalização e exaustão emocional indicam alto nível de Burnout. Os escores são divididos, conforme a dimensão, a saber, para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 19 a 26, nível moderado e menor que 19, baixo nível. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 10 indicamos alto nível; de 6 a 9, nível moderado e menor que 6 nível baixo. Em relação à baixa realização profissional, os escores são inversos, assim, de 0 a 33 alto nível; de 34 a 39 nível moderado e maior ou igual a 40 baixo nível baixo, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Média para identificação dos níveis das dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

DIMENSÃO	NÍVEL ALTO	NÍVEL Moderado	NÍVEL BAIXO
Exaustão emocional	Maior ou igual a 27	19 a 26	Menor que 19
Despersonalização	Maior ou igual a 10	6 a 9	Menor que 6
Baixa realização Profissional	0 a 33	34 a 39	Menor ou igual a 40

Fonte: TUCUNDUVA et al (2006)

2.4.2-O Questionário Sócio-Funcional (QSF)

O questionário Sócio-Funcional (QSF) elaborado pela autora no Apêndice abrangeu as diferentes esferas da vida pessoal e profissional do enfermeiro. É composto por seis domínios:

identificação pessoal, aspectos sociais, natureza da função, natureza institucional e natureza emocional.

Ele é constituído por 17 questões que têm por finalidade verificar a influência dos fatores sócio-funcionais e dados demográficos para a manifestação da Síndrome de Burnout. É organizado pelos seguintes eixos: identificação pessoal: composto por doze itens; Aspectos sociais: composto por três itens; natureza da função: composto por dois itens (Apêndice I).

O banco de dados teve as seguintes variáveis: sexo: masculino e feminino, idade: 20 a 60 anos. Em relação à titulação, será dividido em grupos, sendo eles: graduado, com pós graduação *lato sensu* e pós graduação *stricto sensu*. Quanto ao vínculo empregatício serão explorados vínculos públicos ou privados. Em relação ao tempo de inserção no mercado de trabalho, será subdividido nos respectivos grupos: até 05 anos, 05-10 anos, 10-15 anos e acima de 15 anos. Quanto à quantidade de vínculos empregatícios os grupos de subdivisão serão; 1, 2, 3 e mais de 3. A jornada de trabalho será catalogada considerando os grupos: até 20hs semanais, de 20 a 40hs semanais, 40 a 60hs semanais, 60 a 80hs semanais e mais de 80hs semanais.

2.5. O Processo De Coleta De Dados

Os questionários foram enviados por via eletrônica, juntamente com os TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para os diversos enfermeiros ativos da Região Do Vale Do São Patrício/GO. Os enfermeiros foram convidados por via eletrônica (via e-mail), e informados por 10 auxiliares devidamente treinados sobre o preenchimento do questionário sócio funcional e o Malasch Burnout Inventory (MBI), os 10 auxiliares entregaram os questionários por e-mail e pessoalmente. Na ocasião, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, o tema e a importância de se avaliar a presença da síndrome de Burnout entre os enfermeiros, bem como a prevenção, identificando assim os fatores de risco mais relevantes para um diagnóstico precoce e conseqüentemente um tratamento adequado. As medidas para observância sobre o sigilo da pesquisa foram informadas a todos os participantes.

2.6-Sistematização e Análise dos Dados

Os procedimentos adotados na sistematização dos dados consistiram na criação de formulários eletrônicos, utilizado no google doc, para entrada e organização dos dados. O lançamento destes dados gerou uma planilha com a consolidação destes, configurando o banco de dados de onde foram extraídas as tabelas do trabalho e realizados os cruzamentos entre os escores de avaliação da SB e as variáveis demográficas e sócio-funcionais. Os questionários receberam codificação alfanumérica, segundo o volume de número dos respondidos, variando de Q 001 a Q 208. A construção do banco de dados foi submetida à crítica e validada por especialista.

A análise dos dados foi dividida em três aspectos Sócio-Demográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível de qualificação profissional). Aspectos Sócio-funcionais (tipo de vínculo, número de vínculos, carga horária, locais de atuação, satisfação com remuneração). E os aspectos relativos à Síndrome de Burnout foram avaliados observando a situação dos respondentes frente aos escores estabelecidos pelo MBI. Procurou-se observar a prevalência da Síndrome de Burnout nesta população e relacionar esta prevalência com as outras variáveis, em particular aquelas relativas a aspectos da vida laboral.

2.7-Aspectos Éticos

O trabalho está de acordo com as Normas da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa- CONEP, órgão responsável por pesquisas envolvendo seres humanos, com o numero 642370 do dia 16/05/2014.

Os questionários foram identificados com o nome do sujeito, para o e-mail da autora. Esses questionários foram devolvidos em um prazo estipulado de 30 dias, para autora. Após ter recolhido todos os questionários enviados, estes tiveram a identificação pessoal substituída por um código alfa numérico (aleatoriamente como Q-001 a Q-208), com o objetivo de garantir o sigilo da fonte de informação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado em três seções, que contemplam as dimensões e variáveis estudadas. Estas seções estão distribuídas de acordo com os seguintes aspectos: sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade-nível de qualificação profissional, estado civil), aspectos Sócio-Funcionais (quantidade de vínculo empregatício, tempo de inserção no mercado de trabalho, carga horária trabalhada, locais de atuação, satisfação com remuneração) e aspectos relativos à Síndrome de Burnout (dados capturados segundo o MBI).

3.1. Características Sócio-Demográfica Da População Estudada

A feminilização é uma característica forte do setor saúde, representando atualmente cerca de 70% de todo o contingente de trabalhadores de saúde do país (MACHADO, VIEIRA E OLIVEIRA, 2006). Em algumas profissões este processo de feminilização é bastante marcante. É o caso da enfermagem que é composta quase integralmente por mulheres, apesar de os homens estarem ingressando cada vez mais neste cenário. Para os mesmos autores a enfermagem, assim como a medicina, é uma profissão comprometida com o ser humano, cujo atendimento de qualidade atravessa barreiras políticas, sociais, econômicas e culturais, sendo uma profissão de utilidade inquestionável para a saúde pública como para a sociedade de forma geral. Os dados disponibilizados pelo Cofen mostram que a equipe de enfermagem representa força inquestionável no setor saúde e conhecê-la representa uma atitude importante para o desenvolvimento de políticas públicas e educação no Sistema Único de Saúde.

Os resultados do presente trabalho mostraram uma predominância do sexo feminino conforme a tabela 1 (84,1%), refletindo assim uma tendência no mercado de trabalho no campo da enfermagem. Estes números são bastante compatíveis com a composição da força

de trabalho nesta área no país, com as mulheres representando 87,24% dos profissionais de enfermagem (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ 2011).

Tabela 1 – Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo sexo, 2014.

Sexo	Frequência	Percentual
Feminino	175	84,1%
Masculino	33	15,9%
Total Geral	208	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Conforme a tabela 2 observa-se um predomínio da faixa etária entre 20 e 30 anos (56,7%); seguidas pelos grupos etários de 31 a 40 anos (34,1%); 41 a 50 anos (8,7%); com menor participação do grupo de 51 a 60 anos (5%).

Coincidentemente, uma pesquisa feita em 2011 sobre as características da Enfermagem na América Latina mostra que os profissionais de enfermagem no Brasil são essencialmente jovens, representando para a pesquisa um total de 63,23% na faixa etária de 26 a 45 anos de idade (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ 2011).

A conscientização da importância de o jovem ingressar em uma universidade vem acontecendo cada vez mais cedo. A transição entre a universidade e o mercado de trabalho traz consigo as dificuldades e facilidades pelas quais o jovem se submeterá. A conquista da independência financeira, da aquisição de bens materiais dentre outros aspectos fazem com que muitos jovens se antecipem na decisão da entrada em uma universidade, almejando assim um futuro promissor (MELO; BORGES, 2007).

Tabela 2– Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo idade, 2014.

Idade	Total	Percentual
20 a 30	118	56,7%

31 a 40	71	34,1%
41 a 50	18	8,7%
51 a 60	1	0,5
Total Geral	208	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

A qualificação no mercado profissional sem dúvida nos dias atuais é um diferenciador fundamental, pois não se trata apenas de mais um curso e sim a busca pelo conhecimento. Conhecimento para aprimorar as atividades desenvolvidas, melhorar habilidades e segurança durante a jornada de trabalho (DIEESE, 2011).

A pesquisa nos mostra uma tendência para a qualificação, por meio dos dados (tabela 3) percebe-se que a maioria dos enfermeiros têm ou estão fazendo alguma pós-graduação. Um dos motivos seria mais oferta de profissionais que postos de trabalho, isto se dá em várias profissões da saúde e a enfermagem não está fora deste cenário, fazendo com que os enfermeiros busquem o diferencial pela qualificação profissional (MACHADO et al 2006).

Para entender como essas mudanças acontecem no setor saúde é relevante nos lembrar sobre as características do trabalho em saúde. Os serviços de saúde geram serviços ou produtos não materiais, que não podem ser armazenados ou estocados. O trabalho em saúde é consumido em ato por uma ação, e para que esta seja realizada são necessárias técnicas e saberes de uma pessoa ou equipe (MARTINS E DAL POZ, 1998).

Os profissionais de saúde têm vivenciado um mercado exaustivo, competitivo, com mudanças tecnológicas como é o caso de novos medicamentos, aparelhos e inclusive a informática. Dessa forma o impacto ocorre tanto em nível de tecnologias materiais como tecnologias imateriais (saberes e técnicas) (MARTINS E DAL POZ, 1998).

Dois estudos realizados apontam tendências de organização de trabalho frente às mudanças tecnocientíficas do trabalho em saúde. O primeiro realiza um estudo em hospitais públicos e privados e analisa a utilização de equipamentos de ponta e como essas inovações os afetam. E o segundo que partiu do princípio que as transformações da ciência e técnicas da medicina tornaram mais intensas as relações entre ela e a sociedade. As duas pesquisas demonstraram mudanças nos processos e nas relações de trabalho, com ênfase na qualificação profissional e na formação de profissionais nessa ótica (MARTINS E DAL POZ, 1998).

O mercado em saúde em especial para os profissionais de enfermagem tem sido influenciado por aspectos relacionados à globalização da economia, com novos quesitos e exigências para o exercício profissional, trazendo como um dos efeitos a precarização dos

vínculos trabalhistas. O cenário atualmente é uma diminuição do número de vagas, porém poucos profissionais capacitados para o preenchimento das mesmas. O profissional que não tem qualificação demora um tempo maior para a oportunidade do primeiro emprego, ele perde a possibilidade de chegar a uma determinada empresa preparado para atuar diretamente no cargo a que foi designado (DIEESE, 2011).

A qualificação profissional no cenário do mercado de trabalho é uma ferramenta que contribui sobremaneira na vida profissional, pois tem se tornado um diferenciador na seleção de candidatos a uma determinada vaga (ARRUDA, 2007).

Tabela 3 – Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo qualificação profissional, 2014.

Nível de qualificação profissional	Feminino	Masculino	Total geral	Percentual
Somente Graduação	32	08	40	19,23%
Especialização em Andamento	13	04	04	8,18%
Especialização	127	21	148	71,15%
Mestrado em Andamento	02	0	02	0,96%
Doutorado em Andamento	01	0	01	0,48%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

3.2. Características Sócio-Funcionais Da População Estudada

Em relação ao tipo de vínculo empregatício e tempo de inserção no mercado de trabalho é notório que o vínculo público exclusivo possui um número considerável (56%); seguido dos casos de duplo vínculo (público e privado) que abrange mais de um terço dos profissionais investigados (37%). Esta situação demonstra a importância do SUS como o

principal campo de trabalho para os profissionais de saúde, que neste caso alcança 93%. Os profissionais com vínculo privado exclusivo representam uma pequena parcela (7%).

É notável que o mercado de trabalho se destaca pelo grande número de profissionais ligados ao setor público. Segundo Machado, Oliveira e Moyses (2010), no ano de 1992 os municípios totalizavam 41,6% do total dos empregos públicos no setor saúde. Já em 2005 esse número aumenta para 68,8%. Assim, percebemos que os dados desta obra reforçam a ideia já apresentada em outros trabalhos acadêmicos, que demonstram a prevalência de empregos públicos no setor saúde.

O perfil da assistência à saúde no país vem por meio da expansão sendo ampliado sem precedentes dos empregos municipais, ou seja, a municipalização é a grande marca do SUS. Em 1992, o setor estadual passou a ser responsável por 315.328 empregos e o municipal por 306.505 empregos. Após a década de 1990, quando o setor municipal assume a liderança dos empregos públicos, totalizando cerca de um milhão de empregos (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2010).

A pesquisa confirma uma tendência de inserção na esfera pública, após vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhadores, gestores e usuários do sistema têm uma nova forma de pensar, produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que a integralidade, universalidade, participação da comunidade e a equidade tornam-se essência do SUS. Algumas tendências merecem destaque como: feminização da força de trabalho, qualificação da equipe, municipalização dos empregos, flexibilidade dos vínculos entre outros (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2010).

Ao se avaliar o tempo de inserção no mercado de trabalho, os resultados nos mostram que 117 enfermeiros estão inseridos no mercado de trabalho de 1 a 04 anos, o que corresponde a 56,25%; 61 enfermeiros estão no mercado de 05 a 10 anos, o que corresponde a 29,32% dos entrevistados; 21 enfermeiros de 11 a 15 anos correspondente a 10,09% dos participantes; seguidos de 6 participantes que correspondem a 2,88% para um período entre 16 e 20 anos; e finalizando estão somente 03 enfermeiros com um período no mercado de trabalho acima de 20 anos que representam 1,45% dos participantes da pesquisa, conforme Tabela 4.

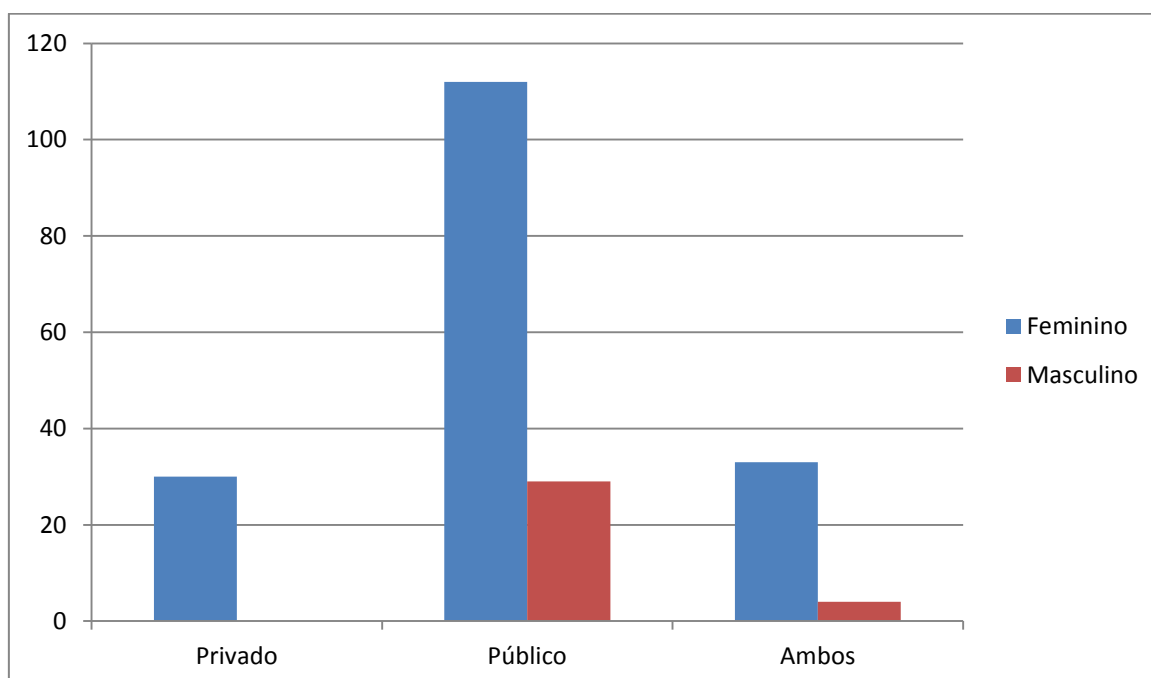
A questão em destaque é o fato de que mais de 85% dos profissionais tem até 10 anos de inserção no mercado de trabalho, dado compatível com a estrutura etária destes profissionais.

Tabela 4– Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo natureza do vínculo empregatício, 2014.

Tipo de vínculo	Feminino	Masculino	Total geral	Porcentagem
Privado	30	0	30	7%
Público	112	29	141	56%
Ambos	33	4	37	37%
Total Geral	175	33	208	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Gráfico 02 – Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo natureza do vínculo empregatício, 2014.



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 5- Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo tempo de inserção no mercado de trabalho, 2014.

Tempo de inserção no mercado de trabalho	Feminino	Masculino	Total geral
1 a 4	105	12	117
5 a 10	51	10	61
11 a 15	13	08	21

16 a 20	5	1	6
Acima de 20	1	2	3
Total Geral	175	33	208

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

O tipo de vínculo nos mostra uma quantidade considerável de profissionais que estão inseridos no mercado de trabalho de forma não regularizada, ou seja, existe a dificuldade dos municípios em regularizar a situação destes profissionais, em que a maior parte dos profissionais de enfermagem possui vínculo temporário.

O tipo de vínculo temporário exclusivo atinge 51,92% (conforme tabela 6) dos profissionais da amostra investigada, o que deixa claro que a precarização dos municípios na contratação desses profissionais tem relação com a alta quantidade de profissionais inseridos no mercado de trabalho, além do fato de muitos locais estarem saturados, fazendo com que este cenário se torne rotineiro entre os municípios da região do Vale de São Patrício e em outras regiões do Brasil.

Para Guimarães (2008), a precarização se dá pela desregulamentação e perda dos direitos dos profissionais, tal situação demonstra quão grave está a situação de recursos humanos na área da saúde, marcada pelos baixos salários, diferentes formas de contratos, jornadas de trabalho com multiplicidade de empregos, são fatores que influenciam negativamente sobre a organização do trabalho da enfermagem, refletindo na qualidade da assistência prestada. Este processo de precarização da atividade profissional tem se intensificado neste início de século, implicando condições diferenciadas de trabalho, condições estas que variam de grandes espaços rodeados por grandes tecnologias a lugares rudimentares para a atuação da enfermagem.

Já para Souza (2011) a diversidade de vínculos no país se dá dentre outros fatores, pelo processo de descentralização, que se deu em condições adversas, que teve consequências sobre a qualidade do atendimento nos serviços públicos, sendo argumento pra alta contratação de profissionais por vínculo temporário, representando menor ônus para esfera federal.

É o que nos mostra várias pesquisas, como é o caso de estudo que teve como objetivo avaliar os aspectos profissionais relacionados à qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de estratégia de saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul. Os resultados mostram o impacto negativo do tipo de vínculo empregatício inseguro em relação ao instrumento de avaliação da qualidade de vida dos enfermeiros da região (FERNANDES et al, 2012).

Ao se considerar que a proposta da estratégia de saúde da família requer estabilidade profissional no serviço, os dados foram significativos, pois a forma segura do vínculo empregatício proporciona condições mais dignas e seguras para que o enfermeiro possa com tranquilidade e segurança exercer suas atividades diárias (FERNANDES et al, 2012).

Cotta et al (2006) relatam em seu estudo sobre a organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa de saúde da família, que a forma de contratação dos profissionais da ESF é feita de forma desigual, em que grande parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem foi contratada por concurso público (66,66%), médicos (25%), por concurso público e enfermeiros (100%) foram contratados de forma temporária, convites ou simplesmente ocupação de vaga disponível.

Tabela 6- Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo forma de contratação profissional, 2014.

Forma de contratação profissional	Quantidade	Total geral	Percentual
CLT	45	45	21,63%
CLT, Contrato Temporário	30	30	14,42%
CLT Efetivo	02	02	0,96%
Comissionado	05	05	2,40%
Contrato Temporário	108	108	51,92%
Efetivo	18	18	8,65%
Total Geral	208	208	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Conforme a tabela 7, a maior parte dos enfermeiros (58,7%) possui apenas 01 emprego; 36,5% possuem até dois empregos; e 4,8% possuem até três empregos. Assim, como a questão salarial, a jornada de trabalho do profissional enfermeiro não é regulamentada. Sendo que esta varia entre 30hs/semanais, normalmente na esfera pública e de 40 à 44hs/semanais, adotada normalmente no ambiente hospitalar. Uma carga horária extensa faz com que este profissional não tenha disponibilidade para uma outra atividade laboral. Apesar de o País estar em luta pela regulamentação das 30hs/semanais o cenário atual é este

(BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ 2011). A opção por apenas um vínculo pode estar ligada ao fato de que o profissional esteja exausto pela carga horária, pelo número de pacientes em leitos de hospitais que normalmente é desproporcional ao número de enfermeiros, baixos salários e inadequadas condições de trabalho, falta de segurança no ambiente de trabalho, contribuindo para a escassez de profissionais no mercado além da opção de um posto de trabalho (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ 2011).

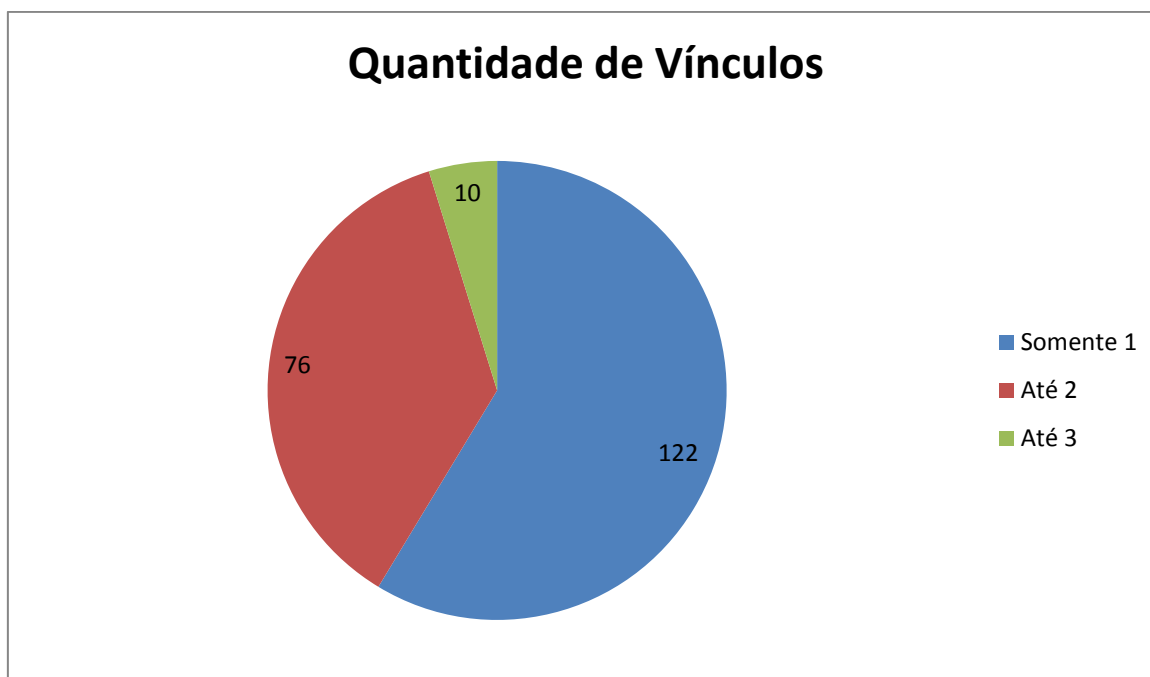
Segundo GUIMARÃES (2008), a opção por um vínculo empregatício está muito mais ligada à precarização do trabalho em saúde no Brasil, ou seja, à redução de postos de trabalho, baixos salários, alto índice de doenças relacionadas ao trabalho, postos de trabalho inadequados, além da competitividade entre os profissionais.

Tabela 7– Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a quantidade de vínculos empregatícios, 2014.

Quantidade de vínculo	Total	Percentual
Somente 1	122	58,7%
Até 2	76	36,5%
Até 3	10	4,8%
Total Geral	208	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Gráfico 03– Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a quantidade de vínculos empregatícios, 2014.



Os resultados da pesquisa nos mostram que um número considerável de enfermeiros faz 40hs/semanais (tabela 8), ou seja, (49,5%), o que nos confirma mais uma vez o fato da maior parte dos profissionais possuírem somente um emprego. Dados compatíveis com uma pesquisa realizada, em 2003, sobre a empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil que mostra que 53% dos enfermeiros realizam uma carga horária de 31 a 40hs/semanais (BRASIL, 2006).

O fato de a carga horária dos profissionais de enfermagem não estar regulamentada, faz com que a forma de contratação desse profissional seja feita em negociação no ato da contratação. Além disso, a insatisfação com padrões de remuneração e as formas de vínculo dominantes não motivam e/ou possibilitam ter mais vínculos, com mais carga horária. (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ, 2011).

Ao longo da história a enfermagem tem sofrido modificações no processo de trabalho, vivenciando uma rotina de trabalho desgastante, ocasionando principalmente prejuízos físicos, mentais e psicológicos, devido muitas vezes esse profissional trabalhar por uma carga horária exaustiva. Segundo alguns autores o trabalho nada mais é do que a forma de reproduzir sua própria existência (SILVA et.al 2006).

A forma de produzir trabalho com qualidade depende de como esse profissional se encontra, ou seja, condições que favoreçam o seu adoecimento fazem com que sua assistência não tenha qualidade. Qualidade esta que se perde com as condições insalubres de trabalho, insatisfação salarial, carga horária extensa dentre outros. Esta nova realidade de trabalho para

a equipe de enfermagem trouxe consigo a necessidade de novas especialidades para que este profissional atue em mais de um lugar e, conseqüentemente, aumente sua carga horária. A perspectiva que vem se abrindo é a de procura de outras atividades por profissionais fora a assistência a saúde, como é o caso da docência (FILHO, 2008).

O excesso de emprego e, conseqüentemente, a alta carga horária de trabalho trazem consigo prejuízos para a saúde do ser humano de forma devastadora, prejuízos esses que não se limitam à saúde física, mas psicológica, social e familiar. A carga horária exaustiva leva o indivíduo a ter problemas circulatórios, problemas respiratórios, dores de cabeça (cefaléia), insônia, ansiedade, vertigem, agressividade, irritabilidade, depressão dentre outros (SILVA et.al 2006).

Para Lacaz (2000), vários são os problemas relacionados a uma carga horária extensa como: ansiedade, estresse, medo, cefaléia, problemas estomacais como úlceras e gastrite, problemas circulatórios como a angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, dentre outros como a insônia, nervosismo, isolamento, irritabilidade e relação defensiva em relação aos demais.

Segundo Carneiro (2010), os problemas relacionados a uma jornada extensa podem ser citados como: tensões musculares, constipação, ganho de peso, dor torácica, falta de ar também conhecida como dispnéia, sensação de fadiga constante, a falta de interesse pelo trabalho é progressiva, acompanhada pelo aumento do consumo do cigarro e álcool, além da falta de iniciativa para realizar atividades que antes eram rotineiras.

Coincidentemente para Santos (2009), as características são esgotamento emocional, dificuldade de concentração, nervosismo, comportamento agressivo e arredio levando ao distanciamento dos clientes e ou pacientes, elevado índice de auto medicação, aumento da ingestão de alimentos, café e álcool.

Tabela 8 – Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a carga horária de trabalho, 2014.

Carga horária	Total	Percentual
20hrs	10	4,8%
30hrs	24	11,5%
40hrs	103	49,5%
60hrs	34	16,3%
80hrs	29	13,9%

Acima de 80hrs	8	3,8%
Total Geral	208	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

A educação é o desenvolvimento do raciocínio crítico, é a busca pelo conhecimento, ela é capaz de transformar um indivíduo, a família ou uma comunidade. Para se ter educação é necessário uma discussão política, econômica e social de uma nação, seja ela qual for. A formação profissional é resultante de um conjunto de informações ou atividades repassadas por meio de conhecimentos específicos de uma profissão.

Há um crescente número de enfermeiros que atuam na docência, seja ela de nível técnico ou superior. É sabido que nos anos 80 emergiu, no quadro da reforma educacional, a formação e a profissionalização de professores, dentro de um conjunto de mudanças sociais, políticas e econômicas (PEREIRA, 2004).

A docência hoje é um campo vasto para a atuação da enfermagem, lugar onde o profissional atua de forma dinâmica, com autonomia, ministrando disciplinas diversas como: Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização, Urgência e Emergência, Psiquiatria, História da Enfermagem, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Pública dentre outros (GERMANO, 2003).

Várias são as ofertas para quem está na docência, fora o fato de estar sempre se qualificando, buscando novos conhecimentos e ter o prazer de repassar aos alunos. A maior parte das escolas de ensinos oferece como forma de contratação os concursos públicos, carteira assinada, os processos seletivos. As universidades oferecem os planos de carreira, onde o profissional tem a chance de crescimento dentro da empresa e melhora salarial (PEREIRA, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como a Docência também é um campo de atuação da enfermagem com grande número de profissionais inseridos, como pode ser visto na tabela abaixo. Em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF surge como uma forma de reorientação de um modelo de atenção à saúde, por meio da rede básica. Ele surge em meio à frustração do modelo anterior, ou seja, o modelo tecnicista/hospitalocêntrico, quem não atendia às necessidades da população (ROSA, LABATE, 2005).

Neste novo modelo de atenção, a saúde vê o ser humano em sua totalidade, bio/psico/social, agindo de forma humanizada sobre o seu adoecimento e principalmente

sobre a prevenção da mesma. Modelo esse que visa atender o indivíduo e a comunidade através da promoção, prevenção e recuperação da saúde (RIBEIRO, 2004).

A equipe da ESF trabalhando de forma adequada é capaz de resolver 85% dos problemas de uma comunidade, prestando um atendimento de bom nível, capaz de promover a saúde e prevenir doenças, evitando locomoção e internações desnecessárias, melhorando a qualidade de vida do indivíduo, da família e comunidade (ROSA, LABATE, 2005).

O enfermeiro atua na ESF como coordenador desta estratégia de atenção por meio dos programas como: Hanseníase, Tuberculose, DST/AIDS, Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, além das campanhas existentes. A forma de contratação desse serviço é por meio de contratos e concursos públicos (MENDES, 2001).

Portanto reconhecer a enfermagem enquanto trabalho é reconhecê-la como social que se relaciona em vários campos da saúde, crescendo em resposta às demandas sociais, em um contexto histórico e também social e acompanhando as emergências de mudanças da sociedade (MARQUES, SILVA, 2004).

Tabela 9– Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a distribuição por local de trabalho, 2014

Área de Atuação	Feminino		Masculino	
APH- Atendimento pré-hospitalar fixo (UPA)	12	5,76%	12	5,76%
APH-Atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU)	56	26,92%	18	8,65%
Centro de Referência em Saúde do trabalhador	2	0,96%	1	0,48%
Docência	142	68,26%	9	4,32%
ESF- (Estratégia de Saúde da Família)	122	58,65%	9	4,32%
Hospitalar (Centro Cirúrgico)	25	12,01%	0	0
Hospitalar (enfermaria)	69	33,17%	15	7,21%
Hospitalar (Ginecologia/Obstetricia)	12	5,76%	0	0
Hospitalar (Urgência)	59	28,36%	21	10,09%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Em relação à satisfação profissional frente à remuneração, os resultados nos mostram que 3 avaliaram ótima sua remuneração (1,45%); 68 consideram satisfatórios (32,69%); 107 consideram a sua remuneração insatisfatória (51,44%); e 30 avaliam como ruim (14,42%). É provável que grande parte desta insatisfação salarial seja geral, visto que a questão salarial não está regulamentada por lei, conforme Tabela 10.

Um estudo realizado em uma instituição de saúde pública nos confirma a insatisfação salarial dos enfermeiros, sendo este incompatível com a função exercida pelos mesmos, o que foi demonstrado é que além do status ser baixo por parte dos enfermeiros na instituição, o valor do salário também é baixo (FERREIRA, 2011).

Vieira, Batista e Cardoso et al. (2000), também desenvolveram uma pesquisa sobre motivos de insatisfação do profissional enfermeiro e outra vez os resultados nos mostram que a questão salarial é um fator predominante de insatisfação entre eles, pois de 52 participantes, 84,6%, pelas seguintes justificativas: O salário é incompatível com a carga horária, o salário não atende as necessidades profissionais e pessoais.

Segundo Carneiro (2010), a questão de insatisfação salarial não é tão alta, porque para os professores universitários o motivo de maior insatisfação é a relação professor-aluno. Segundo relato dos mesmos o professor deve-se manter criativo para manter a atenção dos alunos e existe como fator negativo a falta de livros para os docentes e discentes dificultando ainda mais o trabalho criativo. O professor tem que concorrer com excesso de informações com que o aluno tem por meio das redes sociais, e muitas vezes os alunos usam isso como forma de testar o conhecimento do professor.

De acordo com Barreto, Krempel, Humerez (2011), várias questões afetam a profissão como: falta de autonomia profissional, falta de segurança no ambiente laboral, altos níveis de estresse no trabalho, insatisfação salarial, sobrecarga de trabalho, o que leva o profissional a ter multiplicidade de empregos, excesso de pacientes por turno, ambientes de trabalho desfavoráveis (locais insalubres para o desenvolvimento da prática do cuidar), a precariedade dos tipos de contrato, sendo a maioria contrato temporário, carga horária extensa, alto índice de periculosidade no ambiente de trabalho, a falta de recursos materiais para a execução de procedimentos, dentre outros fatores que levam os enfermeiros a estarem insatisfeitos com a profissão.

A falta de concurso público traz consigo a insegurança de um futuro profissional, em alguns municípios percebe-se a saturação da profissão, as universidades soltam cada vez mais profissionais no mercado de trabalho, e os municípios não valorizam o profissional, pois a

forma de contratação deixa o profissional sem garantias de férias, décimo terceiro ou até mesmo de carteira assinada. Esses e outros fatores trazem a falta de legitimidade e reconhecimento social (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2010).

Tabela 10 – Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo a satisfação com a remuneração, 2014.

Nível de satisfação profissional	Feminino	Masculino	Total geral	Percentual
Ótimo	3	0	3	1,45%
Satisfatório	62	6	68	32,69%
Insatisfatório	87	20	107	51,44%
Ruim	23	7	30	14,42%
Total Geral	175	33	208	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

O mercado profissional apresentou nas últimas décadas um grande crescimento para os profissionais de saúde em especial para a enfermagem que se mostra predominantemente feminina, refletindo assim uma tendência no mercado de trabalho no campo da enfermagem.

A mulher vem conquistando seu espaço ao longo dos tempos deixando o seu papel exclusivo de dona de casa, para provedora do lar. Várias são os locais de predominância feminina, dentre elas podemos citar a enfermagem. A pesquisa nos mostra como resultado que isto está acontecendo cada vez mais cedo, ou seja, uma população de enfermeiras no Brasil predominantemente jovens.

A qualificação profissional sem sombra de dúvidas é um fator predominante. A disputa no mercado de trabalho vem crescendo ao longo dos anos e isso dentre tantos motivos, podemos citar a precarização do trabalho em saúde, em especial para a enfermagem que vem se qualificando cada vez mais, devido à concorrência no mercado de trabalho e a própria precarização do serviço, além de terem que concorrer com a grande rapidez das novas informações divulgadas pela internet e outros meios de comunicação. Os que não executam estas atividades tornam-se obsoletos.

A criação, cada vez maior, de centros de ensino superior faz com que o profissional enfermeiro se qualifique para se manter no mercado de trabalho, os mesmos levam o trabalho para casa, ficam altas horas trabalhando fora do seu período de trabalho, diminuindo assim a sua qualidade de vida, sua convivência familiar.

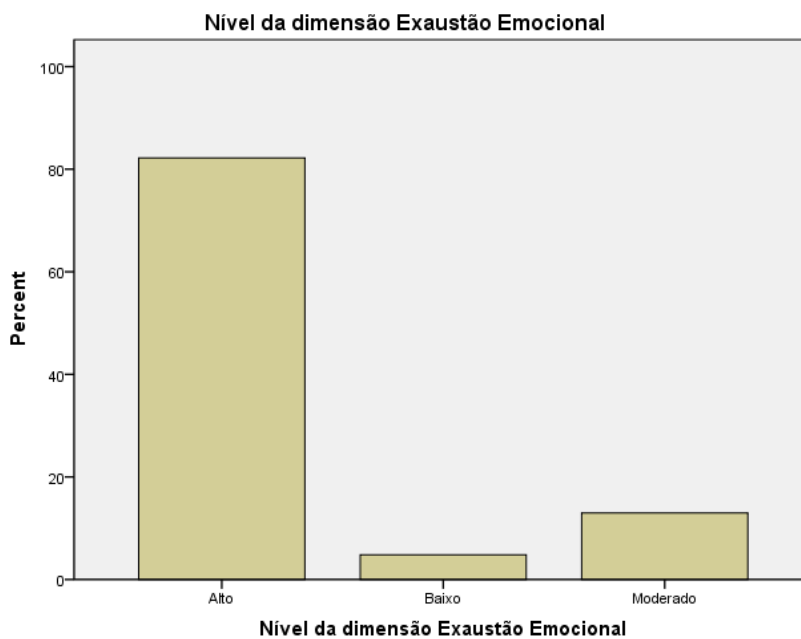
A insatisfação salarial fica evidente dentre outros fatores com a carga horária extensa, a forma de contratação temporária é predominante para os profissionais de enfermagem, deixando-os inseguros e insatisfeitos com a instabilidade e sujeitos a vários problemas de saúde como: problemas cardiovasculares, respiratórios, circulatórios, psíquicos dentre outros.

3.3-Análise das Dimensões da Síndrome de *Burnout*

3.3.1 Exaustão Emocional (EE)

O nível de cansaço físico e mental está relacionado com a exaustão emocional, esta dimensão representa uma diminuição de energia, o que faz com que o profissional enfermeiro se encontre em extremo desânimo. De forma geral a exaustão emocional entre os enfermeiros da região do Vale de São Patrício representa um total de 82,2%, ou seja, um alto índice.

Gráfico 04 - Distribuição do nível de exaustão emocional entre profissionais de enfermagem do Vale do São Patrício, Goiás, 2014.



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Os resultados nos mostram uma predominância significativa do gênero feminino (79,4%), o que se justifica pelo fato de a maior parte dos enfermeiros serem do sexo feminino. Ao se tratar do quesito faixa etária, dois condicionantes estatisticamente relevantes no grupo que apresentaram alto nível para exaustão emocional foram: a faixa etária predominante é a de de 20 a 30 anos de idade, com um total de 89 enfermeiros (75,4%); seguida da faixa etária de 31 a 40 anos de idade, com um total de 65 enfermeiros (91,5%), portanto, profissionais jovens. Em se tratando do estado civil, o alto nível para exaustão emocional está presente nos enfermeiros que são casados, representando um percentual de (81,5%), o que justifica o fato de que as preocupações externas, ou seja, (casa, marido e filhos) influenciam ou até intensificam os problemas já existentes, principalmente se comparados a profissionais que são solteiros e que não possuem de tamanha proporção as preocupações, gastos financeiros dentre outros fatores.

Tabela 11-Distribuição da Exaustão Emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo sexo, 2014.

Nível de exaustão emocional por gênero	Alto	Baixo	Moderado	Total
Feminino	139	10	26	175
	79,4%	5,7%	14,9%	100,0%
Masculino	32	0	1	33
	97,00%	0%	3,0%	100,0%
Total Geral	171	10	27	208
	82,2%	4,8%	13,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 12 - Distribuição Da Exaustão Emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo faixas etárias, 2014.

Nível de exaustão emocional por	Alto	Baixo	Moderado	Total
---------------------------------	------	-------	----------	-------

Idade				
20 a 30 anos	89	9	20	118
	75,4%	7,6%	16,9%	100,0%
31 a 40 anos	65	0	6	71
	91,5%	,0%	8,5%	100,0%
41 a 50 anos	16	1	1	18
	88,9%	5,6%	5,6%	100,0%
51 a 60 anos	1	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	171	10	27	208
	82,2%	4,8%	13,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

3.3.2 Exaustão emocional e sua relação com variáveis sócio profissionais

Ao se tratar da natureza do vínculo empregatício, a tabela 13 nos mostra que o vínculo público abrange a maior parte dos profissionais de enfermagem (111), perfazendo um total de 78,7% desses profissionais, ou seja, um alto índice de exaustão emocional, tendo como influência o fato da maior parte dos municípios não terem formas homogêneas de contratação. O alto nível para a exaustão emocional, também está relacionada com o tipo de contrato desses profissionais, em que 80,4% possuem como tipo de vínculo o contrato temporário. Contrato esse que não oferece ao servidor garantias trabalhistas.

A tabela 04 nos confirma a afirmação acima, em que 86 profissionais de enfermagem possuem como tipo de vínculo o contrato temporário, ou seja, a uma forte ligação de alto índice de exaustão emocional com a forma de contratação desses profissionais. A falta de concurso público, de estabilidade profissional faz com que haja alto nível de cansaço físico e mental levando à falta de energia e conseqüentemente um extremo desânimo por parte do profissional. A exaustão emocional relaciona-se com o fato de que existem muitos profissionais no mercado de trabalho, a qualificação profissional é inquestionável e em contrapartida a gerência ou o próprio município não oferece remuneração adequada. Os dados sobre satisfação com a remuneração indicam esta provável relação.

A dificuldade do município em regularizar a situação desses profissionais por meio do concurso público traz consigo a insegurança e a instabilidade profissional, deixando os

profissionais a mercê de contratos temporários que se iniciam e terminam no final de cada ano, sem férias, décimo terceiro ou carteira assinada; esta é a atual situação da maior parte dos profissionais, inseridos nos municípios (BRASIL, 2006).

Para Machado, Oliveira, Moyses (2010), o Sistema Único de Saúde mesmo após longos anos de implantação é uma porta de entrada para a maior parte dos profissionais de enfermagem, o campo é vasto e o profissional tem uma maior chance de emprego. Dentre o vasto cenário de atuações podemos citar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Municipais e Privados (ginecologia, obstetrícia, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, pronto socorro, clínica médica, geriatria, dentre outros), Estratégias de saúde da Família (ESF), Docência dentre outros locais.

Tabela 13 - Distribuição do Nível de Exaustão Emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo tipo de vínculo Profissional, 2014.

Nível de exaustão emocional por natureza de vínculo	Alto	Baixo	Moderado	Total
Público	111	8	22	141
	78,7%	5,7%	15,6%	100,0%
Privado	24	2	4	30
	80,0%	6,7%	13,3%	100,0%
Ambos	36	0	1	37
	97,3%	,0%	2,7%	100,0%
Total	171	10	27	208
	82,2%	4,8%	13,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 14 - Distribuição dos Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo forma de contratação profissional, 2014.

Nível de exaustão emocional por forma de contratação	Alto	Baixo	Moderado	Total
CLT	34	5	6	45
	75,6%	11,1%	13,3%	100,0%

CLT, Contrato temporário	29	0	1	30
	96,7%	,0%	3,3%	100,0%
CLT, Efetivo	2	0	0	2
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Comissionado	4	0	1	5
	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
Contrato temporário	86	5	16	107
	80,4%	4,7%	15,0%	100,0%
Contrato temporário, Comissionado	1	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Efetivo	15	0	3	18
	83,3%	,0%	16,7%	100,0%
Total	171	10	27	208
	82,2%	4,8%	13,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Ao se avaliar a carga horária trabalhada percebe-se que 76 enfermeiros fazem uma carga horária de 40 hs/semanais (tabela 15) e o alto índice de exaustão emocional está neste grupo, perfazendo um percentual de 73,8% do total de profissionais deste grupo (103). Quando os mesmos foram questionados sobre a quantidade de vínculo empregatício, os resultados apontam que (84,4%), possuem somente um emprego

Um outro estudo, realizado em 2003, sobre empregabilidade dos enfermeiros no Brasil coincidentemente traz esta tendência, em que (53%) dos enfermeiros realizam uma carga horária de 31 a 40 horas/semanais. Já um outro estudo realizado em 2011, cujo o tema é: Cofen e a Enfermagem na América Latina, nos mostra que a jornada de trabalho da enfermagem não foi regulamentada ou regularizada por lei. A carga horária varia entre 30 horas/semanais e 44 horas/semanas, valendo a livre negociação entre empregador e empregado. Existe um Projeto de Lei Nº 2295/2000 a ser votado no Congresso Nacional, pela regulamentação das 30horas/semanais (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ 2011).

Uma carga horária elevada faz com que o profissional não atinja dentro da empresa as expectativas esperadas, pois o mesmo se encontra em um cansaço físico, psíquico e emocional. Começam a surgir problemas como cefaleia, náusea, vômito, visão turva,

problemas circulatórios, respiratórios, depressão, irritabilidade, nervosismo, prisão de ventre, ansiedade, manifestações comportamentais que envolvem consumo elevado de café, álcool e drogas, diminuição do rendimento pessoal, aborrecimento constante, impaciência (SANTOS, 2009).

Tabela 15 - Distribuição da exaustão emocional entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo carga horária trabalhada, 2014.

Nível de exaustão emocional por carga horária trabalhada	Alto	Baixo	Moderado	Total
20hs	10	0	0	10
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
30hs	20	0	4	24
	83,3%	,0%	16,7%	100,0%
40hs	76	7	20	103
	73,8%	6,8%	19,4%	100,0%
60hs	28	3	3	34
	82,4%	8,8%	8,8%	100,0%
80hs	29	0	0	29
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Acima de 80hs	8	0	0	8
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	171	10	27	208
	82,2%	4,8%	13,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Os resultados também apontam uma forte ligação entre alto nível de exaustão emocional com a variável local de trabalho, ou seja, 59 profissionais de enfermagem que atuam na assistência possuem índices altos para exaustão, com um percentual de 78,7%; seguido da área de coordenação com 34 profissionais totalizando um percentual de 81,0%. Tanto a assistência como a coordenação exigem do profissional grande esforço físico e mental.

A enfermagem é uma profissão estressante e esse fato se relaciona com o trabalho com pessoas que sofrem algum mal, seja ele de origem física ou psíquica, pois as mesmas

demandam atenção, compaixão, dedicação e simpatia. O enfermeiro lida diretamente com pessoas, e por vezes pode sentir-se cansado, exausto, irritado e deprimido; sentimentos esses que podem ser incompatíveis com o desempenho profissional, levando o mesmo à ansiedade e frustração (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Nos últimos tempos tem se buscado cada vez mais qualidade na assistência, e por isso as inovações tecnológicas e a modernização nas instituições hospitalares têm sido foco de fonte de desgastes destes profissionais. Lidar com equipamentos caros e sofisticados, a responsabilidade do manejo do aparelho, além da responsabilidade com o próprio profissional, faz com que se confirmem os resultados apresentados na tabela 16. Um estudo realizado em 2009 com enfermeiros que trabalham em Unidades de Terapia intensiva mostram como resultado o estresse de lidar diretamente com pessoas, pacientes críticos que necessitam de atenção redobrada (PRETO, PEDRÃO, 2009).

Já a coordenação também possui suas peculiaridades, pois além da assistência à coordenação também possui índices altos de exaustão emocional, visto que 34 profissionais possuem esta função, com um percentual de 81,0%.

Diferentemente da assistência, a coordenação exige muito mais do que qualidade no atendimento e sim espírito de liderança, clareza nas regras e rotinas padronizadas, ela atribui função a cada membro da equipe, assim como a investigação contínua sobre condições insalubres no ambiente de trabalho, além da provisão de ferramentas adequadas para o ambiente de trabalho. O profissional enfermeiro que está na coordenação exerce toda a parte burocrática o que envolve relatórios mensais, fechamento de folha de pagamento dentre outros.

Foi realizado um estudo com 48 enfermeiros, em que o objetivo foi avaliar nível de estresse entre profissionais que ocupam cargo de gerência e cargo de assistência. Diferentemente desse estudo a pesquisa mostrou que os enfermeiros assistenciais obtiveram maiores escores de estresse em relação aos gerenciais. Neste estudo os enfermeiros assistenciais apresentaram mais queixas em relação a distúrbios do sono e repouso. De acordo com a literatura, os enfermeiros de forma geral (independentemente se for gerência ou assistência) se queixam de disfunções musculares, seguidas do sono. Neste estudo foi comprovada esta questão, pois a maioria dos enfermeiros assistenciais trabalha no período noturno, fato que desarmoniza o relógio biológico, enquanto que todos os gerentes da instituição trabalham no período da manhã.

Tabela 16 - Distribuição da Exaustão emocional entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo setor de atuação, 2014.

Nível de exaustão emocional por local de trabalho	Alto	Baixo	Moderado	Total
Administrativo	4	0	0	4
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Assistencial	59	7	9	75
	78,7%	9,3%	12,0%	100,0%
Assistencial/coordenação	13	1	1	15
	86,7%	6,7%	6,7%	100,0%
Coordenação	34	0	8	42
	81,0%	,0%	19,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 17 - Distribuição da Exaustão Emocional entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo nível de satisfação salarial, 2014.

Nível de satisfação profissional	Alto	Baixo	Moderado	Total
Ótimo	68	8	13	89
	76,4%	9,0%	14,6%	100%
Satisfatório	66	1	8	75
	88,0%	1,3%	10,7%	100%
Insatisfatório	23	0	6	29
	79,3%	0,0%	20,7%	100%
Ruim	9	0	0	9
	100%	0,0%	0,0%	100%
Precário	5	1	0	6
	83,3%	16,7%	0,0%	100%

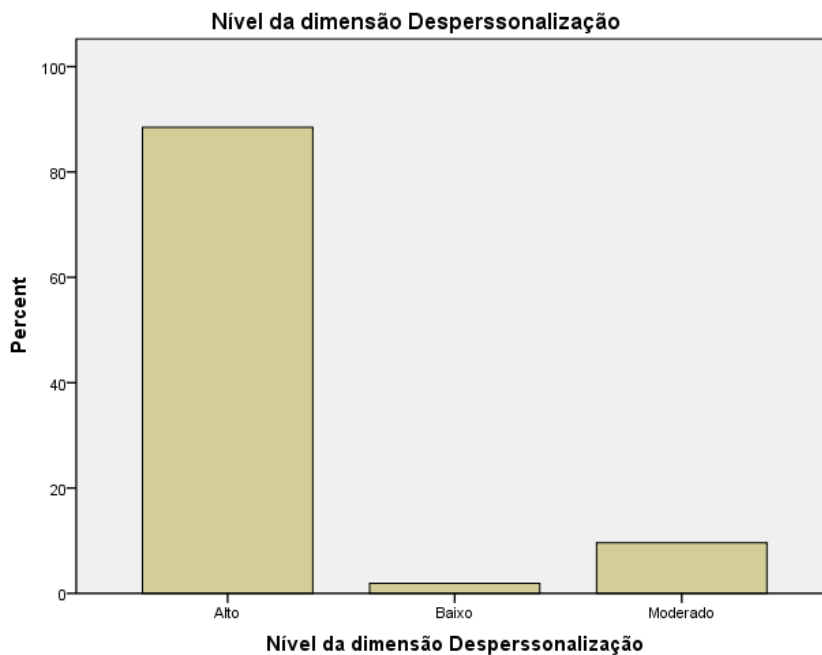
Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Contudo é notório que lidar diretamente com pessoas causa grande desgaste físico e mental nos profissionais de enfermagem e que de acordo com os resultados (tabela 16 e 17) fica claro a satisfação salarial por parte dos mesmos.

3.3.3 Análise de sinais de Despersonalização

Esta dimensão representa episódios persistentes ou recorrentes, caracterizados por sentimentos ou estranhamento de si mesmo, levando o indivíduo a tratar as pessoas e os colegas de trabalho com frieza. O mesmo se sente culpado pelos acontecimentos negativos ao seu redor, principalmente no ambiente laboral, tendo a sensação de influenciar de forma negativa as pessoas. De forma geral a despersonalização entre os enfermeiros da região do Vale de São Patrício representa um total de 88,5%, ou seja, um alto índice para esta dimensão.

Gráfico 05 - Distribuição do Nível de Despersonalização entre Profissionais De Enfermagem do Vale do São Patrício, Goiás, 2014.



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Os resultados da pesquisa nos mostram que 153 profissionais de enfermagem do gênero feminino (87,4%) apresentam alto índice para despersonalização (tabela 18), e (93,9%) do gênero masculino apresentam alto índice para despersonalização, ou seja, as diferenças estatísticas não são muito grandes se considerarmos a quantidade de mulheres frente a de homens, fato este que entra em contradição com algumas literaturas que garantem ser esta dimensão predominante no gênero masculino.

Em relação à faixa etária, a despersonalização apresenta concentração de casos no grupo entre 20 e 40 anos, com um total de 166 profissionais (79,80%) (tabela 19). Ao se tratar do estado civil destes profissionais (tabela 20) os resultados mostram que 89,1% são casados o que nos deixa claro a dificuldade da mulher na sua tripla jornada de trabalho, pois além das dificuldades vindas do ambiente de trabalho, ela possui outras preocupações como marido e filhos prejudicando e até intensificando problemas já existentes.

Vários trabalhos têm investigado a despersonalização entre os profissionais do sexo feminino, como é o caso de um estudo realizado com 282 técnicos de enfermagem que trabalham em três hospitais de Porto Alegre. Os resultados mostram que participantes do sexo feminino, casados e que trabalham de 20 a 30 horas semanais apresentam maior exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Os profissionais que possuem filhos possuem menor realização profissional e maior despersonalização. Os resultados apontam que as mulheres têm uma maior tendência à despersonalização por uma questão cultural, pois as mesmas estão associadas a comportamentos emocionais tais como a simpatia. O trabalho emocional exige estratégias psicológicas para lidar com tais situações e quando não alcançadas estas expectativas geram distanciamento e afastamento das relações interpessoais, como forma de evitar o sofrimento e decepções (CARLOTTO, 2011).

Na profissão de enfermagem esta proximidade com o paciente é fonte de tensão permanente, pois ao mesmo tempo em que se deve interagir e se envolver para assim tentar solucionar o problema, busca se distanciar para evitar problemas de envolvimento e sofrimento. Apesar do número crescente de homens inseridos na profissão de enfermagem, esta profissão é tradicionalmente vinculada ao gênero feminino em virtude das suas características do cuidar, além de que a mulher possui fora do seu horário de trabalho outros afazeres como casa, marido e filhos (CARLOTTO, 2011).

Coincidentemente para Jodas e Haddad (2009), a despersonalização em mulheres é inquestionável, pois em seu estudo dos 61 participantes do estudo, todos eram do sexo feminino (54,1%). Fatores como o não reconhecimento e incentivo ao desenvolvimento

profissionais estão relacionados com este diagnóstico. A forma organizacional de trabalho de unidades de Pronto Socorro gera intenso desgaste físico e mental nos profissionais, pois é um setor que gera sobrecarga e tensão ocupacional. Pacientes com dores agudas são atendidas neste setor, emergências clínicas, traumáticas, psiquiátricas, obstétricas e ginecológicas fazem com que o Pronto Socorro seja um local de grandes tensões. Portanto a despersonalização indica que o indivíduo vem alterando seus sentimentos e comportamentos tornando-se frio e indiferente com os colegas de profissão e usuários do serviço, tornando-se muitas vezes indiferente e irônico com certas situações.

Estudo desenvolvido em dezesseis equipes da Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria-RS mostrou que em relação ao sexo, a despersonalização prevaleceu no sexo feminino (84,9%). O mesmo mostrou a despersonalização presente em uma faixa etária cada vez mais jovem, com predomínio no grupo entre 30 e 39 anos de idade, confirmando a despersonalização presente em profissionais jovens (TINDADE, LAUTERT, 2010).

Tabela 18 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo o sexo, 2014.

Nível de despersonalização por gênero	Alto	Baixo	Moderado	Total
Feminino	153	4	18	175
	87,4%	2,3%	10,3%	100,0%
Masculino	31	0	2	33
	93,9%	,0%	6,1%	100,0%
Total Geral	184	4	20	208
	88,5%	1,9%	9,6%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 19 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo faixas etárias, 2014.

Nível de despersonalização	Alto	Baixo	Moderado	Total
----------------------------	------	-------	----------	-------

por Idade				
20 a 30 anos	100	4	14	118
	84,7%	3,4%	11,9%	100,0%
31 a 40 anos	66	0	5	71
	93,0%	,0%	7,0%	100,0%
41 a 50 anos	17	0	1	18
	94,4%	,0%	5,6%	100,0%
51 a 60 anos	1	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	184	4	20	208
	88,5%	1,9%	9,6%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 20 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo estado civil, 2014.

Nível de despersonalização por estado civil	Alto	Baixo	Moderado	Total
Casado	82	0	10	92
	89,1%	,0%	10,9%	100,0%
Separado	16	0	0	16
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Solteiro	77	4	9	90
	85,6%	4,4%	10,0%	100,0%
União estável	8	0	1	9
	88,9%	,0%	11,1%	100,0%
Viúvo	1	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	184	4	20	208
	88,5%	1,9%	9,6%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

3.3.4 Despersonalização e sua relação com variáveis sócio profissionais

Ao se tratar da natureza do vínculo percebe-se que 88,7% dos profissionais possuem o vínculo público como principal fonte de emprego, apresentando alto nível de despersonalização (tabela 21). O alto nível para a despersonalização está presente no tipo de contrato com a seguinte distribuição: Entre os que têm a CLT e o contrato temporário, são 29 profissionais (96,7%). Entre os celetistas, são 36 profissionais (80%) (tabela 22). Fato esse que justifica a despersonalização, visto que a forma de contratação dos municípios não é a mesma, trazendo insegurança entre profissionais.

O vínculo público sem dúvida é a forma de natureza de vínculo mais presente entre os profissionais de enfermagem. O SUS é a fonte de emprego desses profissionais, seja ele em ambiente hospitalar, em que é a maioria dos casos ou nas estratégias de saúde da família. O ambiente hospitalar é um local normalmente perigoso, insalubre e penoso, exigindo grande esforço físico e psicológico destes profissionais, fato este que explica o alto nível de despersonalização entre os profissionais de enfermagem. Para Sá, Silva e Funchal (2014) esse e outros fatores como a falta de crescimento dentro da organização, excesso de pacientes por turno, insatisfação salarial fazem com que o sentimento da despersonalização esteja presente, ou seja, o profissional se torna frio e indiferente aos problemas de pacientes e dos próprios colegas no ambiente laboral.

O ambiente hospitalar é um local que recebe pacientes críticos, pacientes que normalmente vêm de urgência, passaram ou vão se submeter a um processo cirúrgico (cesárea, retirada de cisto, cirurgias ginecológica, vascular, oftálmica, urológicas, traumáticas), situações estas que implicam um cuidado e atenção acentuada deste profissional. Fato esse que marca mais uma vez a despersonalização neste ambiente, o profissional deve oferecer cuidados, prestar assistência com qualidade, atender o indivíduo em sua complexidade, de forma holística e não fragmentada e ao mesmo tempo pode estar sujeito à despersonalização pela sobrecarga do trabalho já comentada anteriormente. Mesmo que a forma de contratação deste profissional seja CLT fica subentendido que ele mantenha contrato com outras instituições e o excesso de trabalho esteja contribuindo para a despersonalização (SÁ, SILVA, FUNCHAL, 2014).

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem de dois hospitais de médio porte de Cáceres-MT avaliou a presença da Síndrome de Burnout e a sua relação com os

aspectos laborais e os resultados mostraram que 63,12% dos profissionais de enfermagem possuíam apenas contrato temporário com a instituição. E ainda que os profissionais contratados eram os mais acometidos pela síndrome. Ou seja, o fato de o trabalhador ter contrato deste tipo deixa o profissional ainda mais ansioso, pois o mesmo não sabe se o contrato irá ser renovado ou não. O contrato nestas bases faz com que o profissional de enfermagem se sinta inseguro quanto às despesas familiares, compromissos financeiros, compromissos com filhos dentre outros fatores. A estabilidade no trabalho faz com que o profissional não se preocupe com o término do contrato, que normalmente se inicia e termina no início e final de cada ano (FRANÇA et al 2012).

Tabela 21- Distribuição do Nível da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo natureza do vínculo profissional, 2014.

Nível da despersonalização por natureza de vínculo	Alto	Baixo	Moderado	Total
Público	125	4	12	141
	88,7%	2,8%	8,5%	100,0%
Privado	24	0	6	30
	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
Ambos	35	0	2	37
	94,6%	,0%	5,4%	100,0%
Total	184	4	20	208
	88,5%	1,9%	9,6%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 22 - Distribuição do nível de Despersonalização entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo forma de contratação profissional, 2014.

Nível de despersonalização por forma de contratação	Alto	Baixo	Moderado	Total
CLT	36	1	8	45
	80,0%	2,2%	17,8%	100,0%
CLT, Contrato temporário	29	0	1	30
	96,7%	,0%	3,3%	100,0%

CLT, Efetivo	2	0	0	2
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Comissionado	4	0	1	5
	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
Contrato temporário	95	3	9	107
	88,8%	2,8%	8,4%	100,0%
Contrato temporário, Comissionado	1	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Efetivo	17	0	1	18
	94,4%	,0%	5,6%	100,0%
Total	184	4	20	208
	88,5%	1,9%	9,6%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

A tabela 23 nos mostra que o alto nível para a despersonalização está presente em 86,4% dos profissionais que realizam uma carga horária de 40 horas/semanais (89 profissionais de enfermagem). No que diz respeito ao local de trabalho percebe-se alto nível desta dimensão para profissionais que trabalham na assistência perfazendo um total de 78,7%, com 59 profissionais nesta categoria. Deixando clara a relação de uma carga horária extensa com a assistência prestada, fatores que justificam esta situação.

Os estudos que abordam a presença da Síndrome de Burnout e fazem relação com os fatores laborais apontam que a maior parte dos profissionais realiza uma carga horária de 40 horas semanais, contudo a síndrome e suas características (despersonalização) estão presentes em profissionais que realizam 30 horas semanais, já que os profissionais que fazem uma carga horária menor tendem a possuir um duplo vínculo empregatício. E é justamente o excesso de carga horária sobre o profissional que intensifica a presença da despersonalização neste profissional. Juntamente a esta carga horária extensa está o tipo de serviço, e a maior parte dos estudos confirma os dados aqui apresentados, em que a maior parte dos profissionais com alto nível de despersonalização trabalha na assistência (FRANÇA et al, 2012).

Lidar diretamente com o paciente e seus problemas traz grande desgaste para o profissional, pois implica uma tensão emocional, constante atenção e grandes responsabilidades sobre o mesmo. Assim a natureza do cuidar implica lidar com a angústia, medo, frustração de uma doença incurável, sofrimento e a morte de pacientes. Tal situação faz com que a assistência propicie o aparecimento de doenças como a Síndrome de Burnout, por

meio da despersonalização, em que o sentimento de indiferença e distanciamento são estratégias para evitá-la. (FRANÇA et al, 2012).

A enfermagem é considerada uma das áreas da saúde mais estressante, pois é uma profissão comprometida com o indivíduo, família e comunidade, A atuação da enfermagem é ampla e na grande maioria dos trabalhos os mesmos atuam na assistência. Alguns autores defendem a teoria de que a assistência de enfermagem no setor de oncologia gera grandes desgastes, visto que esses profissionais lidam com a morte de forma cotidiana, pois se trata de um local crítico (CAMPOS, 2005).

Já para Batista e Bianchi (2006) o setor de emergência tem sido um dos locais de maior adoecimento para a enfermagem, pois existe um número reduzido de profissionais. Alguns fatores são importantes para ressaltar os problemas que surgem no setor emergencial como por exemplo a realização de tarefas em pouco período de tempo, a carga horária exaustiva, a falta de experiência dos supervisores. Temos que ressaltar ainda a falta de material para realização de procedimentos, o ambiente físico inadequado para a execução das atividades diárias, dentre outros fatores. Todos esses itens fazem deste setor um local de grandes dificuldades e adoecimento o que inclui a despersonalização, onde o contato direto com pessoas críticas é inevitável e o profissional com o passar do tempo acaba se tornando frio e indiferente aos sofrimentos vivenciados.

Tabela 23 - Distribuição da Despersonalização entre Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo carga horária trabalhada, 2014.

Nível de despersonalização por carga horária trabalhada	Alto	Baixo	Moderado	Total
20hs	10	0	0	10
	100,0%	0%	0%	100,0%
30hs	20	2	2	24
	83,3%	8,3%	8,3%	100,0%
40hs	89	2	12	103
	86,4%	1,9%	11,7%	100,0%
60hs	30	0	4	34
	88,2%	0%	11,8%	100,0%
80hs	29	0	0	29
	100,0%	0%	0%	100,0%
Acima de 80hs	6	0	2	8

	75,0%	0%	25,0%	100,0%
Total	184	4	20	208
	88,5%	1,9%	9,6%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 24 - Distribuição da Despersonalização entre os Profissionais de Enfermagem da Região do Vale do São Patrício, Goiás, segundo setor de atuação, 2014.

Nível da despersonalização por local de trabalho	Alto	Baixo	Moderado	Total
Administrativo	4	0	0	4
	100,0%	0%	0%	100,0%
Assistencial	59	4	12	75
	78,7%	5,3%	16,0%	100,0%
Assistencial/coordenação	15	0	0	15
	100,0%	0%	0%	100,0%
Coordenação	41	0	1	42
	97,6%	0%	2,4%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Apesar de controvérsias em relação ao local de assistência da enfermagem em que há o maior índice de adoecimento (despersonalização), fica claro que independentemente do local da assistência, o próprio ato do cuidar e da assistência em si é um fator desencadeante para esta dimensão.

Percebe-se, portanto, que a despersonalização está ligada a fatores desencadeantes como uma carga horária extensa, local de trabalho inadequado para atividade laboral, bem como a falta de recursos materiais para a execução dessas atividades, os tipos de vínculos profissionais e as formas de contratação a que estão submetidos os profissionais.

3.3.5 Análise da Variável Realização Profissional

A realização profissional é um dos aspectos fundamentais do prazer e do sofrimento que o indivíduo sente em seu ambiente laboral. Contudo é importante analisar a realização profissional dentro do contexto dos psicoprazeres, que são proporcionados dentre outras fontes pelas próprias habilidades do indivíduo. Segundo Mendes (2003), a realização se refere a um estado de sentimentos de gratificação, identificação e afinidade com o ambiente de

trabalho. O presente trabalho nos mostra que 100% dos profissionais da região do Vale de São Patrício estão de alguma forma realizados profissionalmente.

Gráfico 06- Distribuição do nível de realização profissional entre profissionais de enfermagem do Vale do São Patrício, Goiás, 2014.



Os resultados nos mostram que 100% dos profissionais de enfermagem do sexo feminino possuem alto o nível para realização profissional, com um total de 175 profissionais e 100% dos profissionais do gênero masculino também possuem alto o nível para realização profissional, com um total de 33 homens. No quesito faixa etária e demais itens aqui trabalhados (carga horária, tipo de vínculo, natureza do vínculo, local de trabalho dentre outros) os profissionais de enfermagem da Região do Vale do São Patrício possuem um percentual de 100%, de realização profissional inclusive no item salarial, em que a maior parte considera ótima ou satisfatória a remuneração recebida.

A realização profissional é um fenômeno amplamente estudado e esse interesse nada mais é do que a influência que esta satisfação ou realização pode exercer sobre a qualidade no trabalho do indivíduo, podendo afetar sua saúde física, mental, comportamento social, tendo repercussões tanto no trabalho como já mencionado, como na vida pessoal e familiar do indivíduo. Portanto, os estudos na área de realização profissional tiveram início na década de 30 e desde então têm despertado o interesse de inúmeros pesquisadores (áreas distintas) e principalmente profissionais de saúde (MARTINES, PARAGUAY, 2003).

A realização profissional tem conceitos diferentes, dependendo do referencial teórico adotado. Os conceitos mais utilizados nas bibliografias fazem referência à realização profissional como sinônimo de motivação, como um estado positivo de bem estar no ambiente

laboral, sempre abordando esta relação com a saúde do trabalhador, ou seja, se o profissional possui realização no trabalho ele conseqüentemente terá uma melhor qualidade de vida no ambiente laboral, tendo uma chance elevada de se ter saúde e conseqüentemente repercute para uma melhor assistência prestada. Contudo a realização profissional resulta de uma avaliação contínua do indivíduo sobre o seu local de trabalho, ou seja, uma percepção de valores importantes no trabalho (MARTINES, PARAGUAY, 2003).

Apesar do alto índice de exaustão emocional entre os profissionais de enfermagem, percebe-se que o nível de satisfação salarial entre os que referem este estado (alta exaustão emocional) é alto. Destes, 68 consideram ótimo o nível de satisfação (76,4%), acompanhados de 66 profissionais de enfermagem que consideram satisfatório o nível de remuneração salarial (88,0%).

É mister saber que o nível de satisfação profissional independente da profissão a mesma está relacionada com vários aspectos, dentre eles podemos citar a qualidade de vida no ambiente laboral, equipamentos necessários para o bom funcionamento do serviço, estabilidade profissional e não podemos esquecer-nos da questão salarial. A valorização deste profissional por meio do salário é muito importante, talvez um dos itens de maior relevância.

O profissional enfermeiro é um profissional que executa suas atividades em muitas áreas como já mencionadas aqui. Contudo independente do setor o mesmo lida com seres humanos, com seus sofrimentos físicos, mentais, sociais e isto sobrecarrega o profissional, um trabalho desgastante e exaustivo que a longo prazo sem a devida intervenção pode interferir na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Muitas pesquisas mostram a insatisfação desses profissionais em relação à questão salarial, como é o caso de um estudo que foi realizado entre enfermeiros que trabalham na fundação da Santa Casa de Misericórdia do Belém. Obteve-se como resultado a insatisfação em relação ao salário, sendo este incompatível com o trabalho realizado pelos mesmos, sendo o salário considerado baixo em relação ao plantão, bem como o status do enfermeiro dentro da instituição. Os mesmos relatam que o enfermeiro é um profissional do qual se exige grande dedicação, pois o mesmo além de cuidar e zelar pela sua integridade física, analisará todas as necessidades básicas e específicas do indivíduo (NUNES et al, 2010).

Um outro estudo foi realizado com enfermeiros para avaliar nível de motivação e insatisfação entre os mesmos e a pesquisa mostrou que o fator salarial foi o quesito mais mencionado entre eles, antecedido pelas condições de trabalho, Notou-se também que o motivo de os mesmos em não abandonarem o trabalho é (fazer o que gosta, direito de

estabilidade adquirido pelo concurso público, compromisso com a população dentre outros fatores) (BATISTA et al, 2004).

Portanto percebe-se que em qualquer organização o reconhecimento, em seus vários aspectos, representa um elemento indispensável para o bom desempenho dos profissionais, sendo a motivação um dos fatores que fazem ou impulsionam as pessoas a fazerem algo, algo com excelência, com êxito e progresso profissional.

Para Batista et al (2005), a realização salarial é um assunto relevante pois é por meio dela que o profissional é valorizado, é por meio dele que o profissional realiza seus compromissos financeiros, mantém seus compromissos em dia, mantém a provisão de sua família, contudo sabe-se que outros fatores contribuem para a satisfação e realização deste profissional como a autonomia para a tomada de decisão, a possibilidade de crescimento profissional, reconhecimento pessoal, dentre outros fatores.

Para o mesmo autor não se pode restringir a dignificação do trabalho exclusivamente pela questão salarial, embora seja indiscutível sua importância, sendo um incentivo e motivação para o enfermeiro, pois proporciona melhores condições de vida e a possibilidade de fixação em um único emprego, aumentando a qualidade do serviço prestado.

Para Batista (2005), não se pode restringir a dignificação do trabalho somente por questões salariais, recursos humanos ou recursos materiais. Assim, percebe-se que outros itens devem ser analisados e avaliados como a satisfação do cuidar do outro, a auto satisfação do cuidar, o estímulo por parte dos pacientes em reconhecimento ao trabalho, reconhecimento da equipe e coordenação pelo trabalho prestado dentre outros fatores fazem com que o profissional se sinta satisfeito em relação à profissão.

Carneiro (2010) revelou que o sentimento de realização profissional não é tão baixo e que a maior dificuldade dos docentes é a interrelação professor-aluno. Segundo os docentes há pouco material ofertado, para eles e alunos, havendo dificuldades por parte dos docentes em manter a atenção dos discentes, tendo necessidades de métodos alternativos e criativos para chamar a atenção dos alunos para o conteúdo ministrado.

Um aspecto que demonstra o nível alto de realização destes profissionais é que estes têm buscado investir em sua formação profissional. Os dados desta pesquisa demonstram que 71% possuem formação em nível de Pós-Graduação (especialização) e que 8,1% estão em processo de formação. Este investimento sugere que há perspectivas profissionais para que ele seja feito. É possível, portanto, inferir que haja, sim, um alto nível de realização profissional entre enfermeiros (as) nesta região.

A quantidade de alunos procurando o curso de enfermagem como alternativa de curso superior vem aumentando, assim como a abertura de vagas e isto demonstra que mesmo em meio às dificuldades enfrentadas pela profissão o curso continua oferecendo boas possibilidades de realização profissional quando se consideram as oportunidades que a carreira possibilita. Além disto, existem os ganhos secundários como a própria assistência prestada, o cuidar de quem mais necessita, a valorização do próprio trabalho vinda do colega de profissão, de superiores e do próprio paciente e família.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo saúde doença é um conjunto de variáveis que fazem com que o indivíduo tenha saúde ou doença. Contudo, é importante salientar que estas definições mudam de uma sociedade para outra, de épocas diferentes, mas que possuem variáveis que influenciam sobre este processo como: habitação, renda, lazer, educação, saneamento básico, dentre outros fatores.

O termo saúde do trabalhador surge no Brasil em contraponto aos modelos e práticas de intervenção das relações saúde-trabalho, como a segurança e saúde ocupacionais. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora prioriza as relações informais, no qual se destaca como grupos de maior vulnerabilidade aqueles com maior chance de adoecimento no trabalho e os que estão mais predispostos a acidentes ocupacionais (BRASIL, 2012).

Vários são os problemas de saúde dos trabalhadores, entre eles destacamos o adoecimento devido ao ambiente laboral. Notamos que os enfermeiros estão sujeitos a vários

problemas, dentre eles podemos citar os problemas respiratórios, circulatórios, dores de cabeça, falta de ar, distúrbios do sono e a Síndrome de Burnout.

Por definição, Burnout é um sofrimento psíquico relacionado ao meio laboral, estando associado a alterações fisiológicas decorrentes do estresse (tendo este maior risco para o desenvolvimento de alterações neuroendócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipidemia, hiperglicemia, hipoglicemia, infecções, dentre outros). O abuso do álcool e a adesão de substâncias ilícitas, transtornos ansiosos como a síndrome do pânico e a depressão também são frequentes, além de implicações socioeconômicas (queda da produtividade e o abandono de especialidade) (CARLOTTO, 2002).

A enfermagem é uma das profissões na área da **saúde em que** a Síndrome de Burnout tem forte prevalência, pois os enfermeiros vivenciam um cenário de grande instabilidade e insegurança. Isto se dá devido ao fato de que convivem com uma ausência ou inadequada hora de repouso, além da falta de tempo para a realização de outras atividades do cotidiano (BRASIL, 2001).

A enfermagem lida diretamente com o paciente, e os seus problemas físicos e psicológicos são vivenciados pelo enfermeiro independente se o mesmo trabalha na assistência ou na docência. Contudo, o diagnóstico da Síndrome de Burnout tem sido lento apesar dos estudos na área, e é confundido com o estresse, depressão, esgotamento por conter características semelhantes.

Por meio do questionário Maslach percebe-se que o ambiente de trabalho e seus estressores são predisponentes para a Síndrome de Burnout, constituídos pela exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, tendo estes valores individuais e distintos além de preditivas para a síndrome.

A análise para exaustão emocional mostra um índice alto de mulheres jovens e casados, em que o contrato público é prevalente ao tipo de contrato temporário, mostrando que a maior prevalência para o alto nível para exaustão emocional é em quem realiza uma carga horária de 40 horas semanais e em enfermeiros que trabalham na assistência.

A análise para despersonalização traz alta taxa de mulheres e homens jovens e casados, pois as diferenças estatísticas não são relevantes no quesito gênero, sendo alta também para os profissionais que possuem contrato temporário, que realizam 40 horas semanais e que atuam na assistência.

Uma importante conclusão é que, pelo resultado do item realização profissional não é possível falar em Síndrome de Burnout entre os profissionais, mas na presença de alguns fatores de risco relacionados aos itens exaustão emocional e despersonalização.

Portanto, é necessário que seja feito um estudo sobre representação social entre estes profissionais para investigar melhor a questão relacionada à realização profissional.

A profissão de enfermagem possui características que intensificam os fatores predisponentes para a Síndrome de Burnout como a quantidade de pacientes por turno, carga horária extensa, falta de regulamentação do piso salarial, baixa remuneração, lugares insalubres para a execução das atividades diárias, além da falta de equipamentos necessários para o bom desempenho da profissão. Independentemente da área de atuação da enfermagem, seja pronto socorro, centro cirúrgico, obstetrícia, ginecologia, clínica médica ou serviço de atendimento móvel de urgência, a enfermagem realiza a assistência, ou seja, lida diretamente com problemas de origem física ou emocional do cliente.

Não é possível desvincular o trabalho do enfermeiro dos fatores estressores existentes dentro do ambiente laboral, mas há como amenizá-lo com a maior valorização do enfermeiro regularizando a questão do piso salarial, diminuindo assim as desigualdades entre um município e outro, incentivar a participação dos profissionais em cursos e especializações, incentivo a atividade física regular ou a implantação da mesma dentro da instituição por meio da atividade laboral, pois por meio de exercícios físicos regulares se previne doenças físicas e mentais, além de ter um momento de desvinculação da atividade laboral, e de ampliar as relações sociais.

É necessário que as instituições que empregam os enfermeiros se mobilizem na tentativa de prevenção e promoção da saúde desse trabalhador, e apoiando o crescimento profissional por meio de processos de formação/capacitação, aumentando assim a qualificação profissional. É importante que haja união entre os enfermeiros junto ao seu órgão de classe COREN (Conselho Regional de Enfermagem), para juntos lutarem pela regulamentação das 30 horas semanais e melhorias salariais, diminuindo assim as cargas horárias extensas, pois este fato poderá diminuir a probabilidade de duplicidade de empregos, e melhorar a qualidade de vida desses profissionais, promovendo o bem estar físico e emocional, além de gerar benefícios cognitivos e sociais para o indivíduo.

A qualidade de vida dos enfermeiros está relacionada com o grau de satisfação em relação a vários aspectos como: valorização social, valorização por parte de superiores, o fato de salvar vidas, de cuidar de pessoas que necessitam de assistência e não somente pela questão salarial, é claro que o lado financeiro é de fundamental importância, mas não é tudo. Sem uma enfermagem saudável, não existe e não existirá uma sociedade bem informada e atendida em suas demandas neste setor.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Rosa. **Saúde**. 1995. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2013.

ARAÚJO, T. M. et al. **Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2001.

BACKES, Marli Terezinha Stein. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BARBOSA, Maria Alves et al. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. *Revista Eletrônica de Enfermagem–Fen*, UFG, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

_____. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 5, p. 163-177, 2000.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça a saúde do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Brasília: COFEN, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Saúde do trabalhador.** Caderno de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Saúde do (a) Trabalhador(a):** Proposta para Consulta Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **RENAST.** Cosat – Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, ano 99, n. 165, Seção I, p. 46-51, 24 ago. 2012.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080. Acesso em: 8 maio 2013.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Setteet al. **Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde.** Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. 2010.

CARLOTTO, M. S. **A Síndrome de Burnout o trabalho docente.** *Revista Psicologia em estudo*, Maringá, PR, v. 7, n. 1, p. 21-9, jan./jun. 2002.

CARLOTO, M. S.; PALAZZO, L. S. **Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores.** Cadernos de Saúde Pública, 22(5), 1017-1026. 2006.

CARNEIRO, Rúbia Mariano. **Síndrome de Burnout: um desafio para o trabalho do docente universitário.** 36 f. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente)-Centro Universitário de Anápolis, Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado, UniEvangélica, Anápolis, 2010.

CODO, W. (coord). **Educação, carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

COFEN. 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>. Acesso em: 28 ago. 2013.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** São Paulo, Cortez, 2003.

DIAS, E. C. Fotografando os anos 80. In: BUSCHINELLI, J. et al. **Isto é trabalho de gente?: vidas, trabalho e saúde no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1991.

FARBER, B. A. **Crisis in education: Stress and Burnout in the american teacher.** São Francico: Jossey-Bass Inc. 1991.

FAUSTINO, Regina Lúcia Herculano; EGRY, E. Yoshikawa. **A Identificação de competências na formação do enfermeiro na perspectiva de mudança de modelo assistência.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 36, n. 2, jun. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2013.

FERNANDES, S. M.B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 2, n. 10, p. 414-27, 2008.

GIL-MONTE, P. R., PEIRÓ, J. M. **Validez Factorial Del Maslach Burnout Inventory en una muestra multi ocupacional.** Psicothema, España, v. 11, n.3, p. 679-89, 1999. Disponível em: <http://redalyc2.uaemex.mx/articulo.oa?idp=1&id=72711319&cid=37669>. Acesso em: 4 jun. 2013.

GREMAUD, Amaury Patrick; VASCONCELOS, M. A. S.; TONETO JUNIOR, Rudinei. **Economia brasileira contemporânea.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HAAG, Guadalupe Scarparo et al. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2 ed. Goiânia: AB, 2001.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves et al. **A Síndrome de Burnout nos estudos de enfermagem: uma revisão bibliográfica**. Revista Corpus et Scientia, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2010.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 5, p. 51-161. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100013. Acesso em: 11 maio 2013

LIMA, R. B.; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. **Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil: enfatizando o contexto neoliberal**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE, 1., 2010, Natal. **Anais...**, Natal, 2010.

LUCAS, Alexandre Juan, **O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional: com abordagem do perfil profissiográfico previdenciário (PPP)**. 2. ed. São Paulo: Íatria, 2004.

MANFREDI, S. M. **Trabalho, qualificação e competência profissional - das dimensões conceituais e políticas**. Educ. Soc. v.19 n.64 Campinas set. 1998.

MARZIALE, M. H. P. et al. **Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, n. 124 p. 109-119, Jul./Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000200010&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jun. 2013

MARSILLAC, João Pedro Ignácio. **Meio ambiente do trabalho saudável como direito fundamental**. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 11, 2010. Anais eletrônicos...-PUCRS, 09-12 ago.2010. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Direito/828 Acesso em: 10 maio 2013.

MASLACH, C. JACKSON, S. **The Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto, California: Consulting

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.; LEITER, M. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397-422, 2001.

MATUBARO, Kelly Cristina Alvaredo. **A Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: uma revisão bibliográfica**. 2012. Disponível

em:http://www.progep.ufpa.br/docsDSQV/SINDROME_DE_BURNOUT_profissionais_da_s_a%C3%BAde.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rev. Saúde Públ. São Paulo, v. 5, n. 25, p. 341-9, 1991.

MENEGHINI, Fernanda Adriana Aparecida; LAUTERT. **Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 2, n. 20, p. 225-33, abr.-jun. 2011.

MINAYO-GOMEZ, Carlos Francisco; THEDIM-COSTA, S. M. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, v.13,supl. 2, 1997.

MINAYO GOMEZ; Carlos Francisco; LACAZ, Antonio de Castro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Oct./Dec. 2005 .

MORAIS, P. R. et al. Psicobiologia do estresse e da síndrome de Burnout. In: M. Z. Brandão et al. (Orgs.) **Sobre comportamento e cognição: entendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas**. São Paulo: ARBytes 2004. v. 14, p. 96-110.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1997. p. 219-224.

NOGUEIRA, D. P. **Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.18, n. 6, p. 495-509, 1984.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de consolidar direitos no mundo globalizado. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 26, jul. 2005.

NOGUEIRA, Tatiana Sales. **Síndrome de Burnout em fisioterapeutas hospitalares**. 2007. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/tatianasales_2007.pdf. Acesso em: 8 abr. 2013.

O QUE é saúde do trabalhador?. Disponível em:
http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/cerest/gerados/saude_trabalhador.asp. Estado do Rio Grande do Norte.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Recomendación sobre los servicios de Medicina Del Trabajo em los lugares de empleo (Recomendación no 112 de la OIT adoptada en 24 de junio de 1959). In: CONVENIOS Y RECOMENDACIONES(1919-1966).Genebra, 1966.p. 1054-8.

PEREIRA, Ana Maria T. B. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR–RENAST. **Manual de gestão e gerenciamento**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 10 maio 2013.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. 2011. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 2, n. 46, p. 495-504, 2012. Disponível em: www.ee.usp.br/reensp. Acesso em: 11 set. 2013.

RIGOTTO, R.M. **A saúde do trabalhador como campo de luta**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1990.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. cap. 2, p. 28-49.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Tradução Marcos F. da Silva Moreira. São Paulo: Unesp, 1994.

SANTOS, José Wellington dos **A síndrome de Burnout**: uma análise social e psicodinâmica. 2009. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/psicologia13/pages/artigos/ART05-EDIC13-ANOVI-NOV2009.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2013.

SCHILLING, R.S.F. Developments in occupational health. In: SCHILLING, R.S.F. **Occupational health practice**. 2nd ed. London, Butherworths, 1981. p. 3-26.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Nescon, 2009.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de; OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncali da Costa. **O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos**. Natal: Editora da UFRN, 1998.

SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. **J Epidemiol Communit Health**, n. 52, p. 608-11, 1998.

TEIXEIRA, S. F.(Org.). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TOOMINGAS, A.; HASSELHORN, H. M. Impacto of occupational health harzards in health care work. In: HASSELHORN, H. M.; TOOMINGAS, A.; LAGERSTRÖM, M. **Occupational health for health care workers: A pratical guide**. Amsterdam: Elsevier, 1999. p. 1-5.

WESTPHAL, Marcia Faria. **Promoção da saúde e prevenção das doenças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Cap. 19.

WILTENBURG, Dinéia Cristina Distéfano. **Síndrome de Burnout: um sintoma mascarado?**.2011. Disponível em:<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2338-6.pdf> Acesso em: 8 abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde (Br). **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília,DF: Ministério da Saúde; FIOCRUZ; 1986.

ANEXOS A

Tabela 1. Itens avaliados no MBI-ED

Questionário Maslach Burnout Inventory (MBI)

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda 0 (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

0 = Nunca

- 1 = Uma vez ao ano ou menos
 2 = Uma vez ao mês ou menos
 3 = Algumas vezes ao mês
 4 = Uma vez por semana
 5 = Algumas vezes por semana
 6 = Todos os dias

N ^o	QUESTÕES	PONTOS
1	Sinto-me esgotado emocionalmente por meu trabalho	
2	Sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho	
3	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado	
4	Posso entender com facilidade o que sentem meus alunos Posso entender com facilidade o que sentem meus pacientes	
5	Creio que trato alguns alunos como se fossem objetos impessoais Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais	
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço	
7	Lido de forma eficaz com os problemas dos alunos Lido de forma eficaz com os problemas de meus pacientes	
8	Meu trabalho deixa-me exausto	
9	Sinto que influencio positivamente a vida de outros através de meu trabalho	

10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho	
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente	
12	Sinto-me com muita vitalidade	
13	Sinto-me frustrado em meu trabalho	
14	Sinto que estou trabalhando em demasia	
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns alunos que atendo Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo	
16	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse	
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para meus alunos Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para meus pacientes	
18	Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com os alunos Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com os pacientes	
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão	
20	Sinto que atingi o limite das minhas possibilidades	
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho	
22	Sinto que os alunos culpam-me por alguns de seus problemas Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas	

As respostas são apresentadas por uma escala frequência do tipo Likert de sete pontos, que vão de 0 a 6, conforme o quadro abaixo.

Tabela 2. Escalas LICKERT e seus significados

Escala	Sentimentos em relação ao trabalho
0	Nunca
1	Uma vez ao ano ou menos
2	Uma vez ao mês ou menos
3	Algumas vezes ao mês
4	Uma vez por semana
5	Algumas vezes por semana
6	Todos os dias

Fonte: Codo e Vasques-Menezes (1999)

Os escores são divididos, conforme a dimensão, a saber, para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 19 a 26, nível moderado e menor que 19, baixo nível. Para o alto índice de Burnout (escore inverso) são os altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional. Para a realização profissional, os escores são invertidos, assim, 0 a 33 alto nível; de 34 a 39 moderado e maior ou igual a 40 baixo nível. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 10 indicamos alto nível; de 6 a 9, nível moderado e menor que 6 o nível é baixo. Conforme a tabela 3.

Tabela 3. Média para identificação dos níveis das dimensões: exaustão emocional, despersonalização, e baixa realização profissional.

DIMENSÃO	Nível alto	Nível moderado	Nível baixo
Exaustão emocional	Maior ou igual a 27	19 a 26	Menor que 19
Despersonalização	Maior ou igual a 10	6 a 9	Menor que 6
Baixa Realização Profissional	0 a 33	34 a 39	Maior ou igual 40

O QSF

O questionário sócio-funcional é constituído por 20 questões que tem por finalidade além de levantar dados demográficos, verificar as possíveis influências dos fatores sócio-funcionais para a manifestação das dimensões referentes a Síndrome de Burnout . É organizado por 6 eixos: dos aspectos sociais (3 questões) ; da natureza da função , composto por 8 questões; da natureza 48 institucional com 6 questões e da natureza emocional da profissão; realização no trabalho; reconhecimento do trabalho; autonomia no trabalho; ambiente de trabalho aprazível; sentimentos de estresse, angústia, nervosismo, ansiedade; se pudesse recomeçar sua carreira, mudaria de profissão, além de um espaço para que pudessem fazer comentários e darem suas opiniões. Conforme a tabela 4.

Tabela 4. Itens avaliados no QSD **Categoria**

Variáveis

Aspectos demográficos

- 1- idade;
- 2- estado civil;
- 3- número de filhos;
- 4- intervalo de férias;
- 5- uso de medicamentos de uso contínuo;
- 6- compromissos além do trabalho

Aspectos Sociais

- 1- local da residência;
- 2- salário;
- 3- convívio familiar

Natureza da Função

- 1- nível de qualificação;
- 2- cargo;
- 3- tempo de serviço;
- 4- carga horária de trabalho;
- 5- número de disciplinas que leciona;
- 6- número de alunos por sala;
- 7- interferência da jornada de trabalho na vida pessoal;

8- leva serviço para casa

Natureza Institucional

- 1- planos de cargos e salários;
- 2- gestão administrativa;
- 3- material didático;
- 4- conflitos entre supervisores e professores;
- 5- leciona disciplinas fora da formação;
- 6- incentivo para atualização.

Natureza emocional

- 1- realização no trabalho;
- 2- reconhecimento do trabalho;
- 3- autonomia no trabalho;
- 4- ambiente de trabalho aprazível;
- 5- sentimentos de estresse, angústia, nervosismo, ansiedade;
- 6- se pudesse recomeçar sua carreira, mudaria de profissão.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO SÓCIO-FUNCIONAL (QSF)

Identificação Pessoal:

- 1- Gênero: () Masculino () Feminino
- 2- IDADE: () 20 – 30 anos () 31-40 anos () 41- 50 anos () 51 – 60 anos
() Acima de 60 anos
- 3- ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () União
Estável () Outros _____
- 4- TEM FILHOS? () Não () 1 filho () 2 filhos () 3 filhos () 4 filhos ou mais
- 5- Atua em qual area da enfermagem:
() hospitalar (enfermaria)

- hospitalar (Urgência)
 hospitalar (Centro Cirúrgico)
 hospitalar (Ginecologia/Obstetricia)
 ESF- (Estratégia de Saúde da Família)
 Docência
 APH-Atendimento pré-hospitalar movel (SAMU)
 APH- Atendimento pré-hospitalar fixo (UPA)
 Centro de Referência em Saúde do trabalhador
 6-Vínculo empregatício Público Privado Ambos

7-Quantos vínculos empregatícios possui? 1 2 3 () mais de três

8-Tempo de inserção no mercado de trabalho 1-4anos 05-10anos 11-15anos 16-20anos acima de 20anos.

9-Carga horária semanal: 20hs semanais 30hs semanais 40hs semanais 60hs semanais 80hs semanais mais de 80hs semanais.

10 INTERVALO DE FÉRIAS: 1 vez por ano 2 vezes por ano
 Mais de 2 vezes por ano Não costuma tirar férias

11 USA ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO (Calmantes, ansiolíticos, soníferos, etc.)? Sim Não Casualmente

12 TEM OUTROS COMPROMISSOS ALÉM DO TRABALHO, COMO LAZER, FAMÍLIA, AMIGOS E HOBBIES PESSOAIS? Sim Não
 Eventualmente

Aspectos Sociais:

Possui residência onde trabalha:

1- Sim Não

2- SALÁRIO: Ótimo Satisfatório Insatisfatório Ruim

3- CONVÍVIO FAMILIAR: Ótimo Satisfatório Insatisfatório
 Precário Ruim

4-

Natureza da Função:

NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO: Graduação Especialização
 Mestrado Doutorado PHD Especialização em andamento
 Mestrado em andamento Doutorado em andamento
 Outros: _____

CARGO: Enfermeiro
 Enfermeiro /Docente
 assistencial

- () Administrativo
- () Coordenação
- () Outros: _____