



RENATA CRISTINA SOBRAL

**FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO NO TRABALHO
E A SÍNDROME DE BURNOUT**

CAMPINAS
2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

RENATA CRISTINA SOBRAL

FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO NO TRABALHO
E A SÍNDROME DE BURNOUT

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Sérgio Roberto de Lucca

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA PELA ALUNA RENATA CRISTINA
SOBRAL, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA.

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

So12f Sobral, Renata Cristina, 1975-
Fatores psicossociais de risco no trabalho e a síndrome de burnout / Renata
Cristina Sobral. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Sérgio Roberto de Lucca.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Estresse. 2. Trabalho. 3. Riscos psicossociais. 4. Esgotamento profissional.
I. Lucca, Sérgio Roberto de, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Psychosocial risk factors at work and burnout syndrome

Palavras-chave em inglês:

Stress

Work

Psychosocial risk

Burnout, Professional

Área de concentração: Epidemiologia

Títuloção: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sérgio Roberto de Lucca [Orientador]

Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Pedro Fernando Bendassolli

Carlos Roberto Silveira Correa

Valmir Antonio Zulian de Azevedo

Data de defesa: 13-02-2015

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

RENATA CRISTINA SOBRAL

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

Sérgio de Lucca

2. PROF(A). DR(A). LILIANA ANDOLPHO MAGALHÃES GUIMARÃES

Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

3. PROF(A). DR(A). PEDRO FERNANDO BENDASSOLI

Pedro Fernando Bendassoli

4. PROF(A). DR(A). CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORREA

Carlos Roberto Silveira Correa

5. PROF(A). DR(A). VALMIR ANTONIO ZULIAN DE AZEVEDO

Valmir Antonio Zulian de Azevedo

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 13 de fevereiro de 2015

RESUMO

Profissionais de enfermagem estão sujeitos à tensão emocional e adoecimento psíquico incluindo a Síndrome de Burnout (SB). O objetivo deste trabalho foi analisar a relação entre os fatores psicossociais de risco no trabalho e a ocorrência de Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. O estudo é transversal, quanti-qualitativo. Aplicou-se um questionário sociodemográfico; o Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey para avaliar a SB; o Health and Safety Executive – Indicator Tool (HSE-IT) e o Grupo Focal como ferramenta de avaliação dos fatores psicossociais de estresse na organização do trabalho. Utilizou-se regressão logística e análise de conteúdo. Foi encontrada prevalência de SB de 5,8% em 281 profissionais de enfermagem, sendo de 6,3% entre os auxiliares e técnicos, associados com idade, tempo de hospital e profissão e número de empregos e 2,6 % entre os enfermeiros, associados com tempo de hospital e número de empregos. O grupo focal complementou os resultados do HSE-IT, identificando outros fatores de estresse não presentes nesse instrumento e revelando que a vulnerabilidade à SB não está na profissão, mas na organização do trabalho. Com isso conclui-se que o tradicional modelo de associação da SB à profissão de enfermagem é insuficiente para explicar sua gênese, sugerindo a intervenção na organização do trabalho com vista a eliminação dos principais estressores ocupacionais em favor da promoção e preservação da saúde.

Palavras chaves: Estresse, Trabalho, Riscos psicossociais, Esgotamento Profissional.

ABSTRACT

Nurse practitioners are subject to emotional stress and mental illness including Burnout Syndrome (SB). The objective of this study was to determine the association between sociodemographic characteristics and SB and identify occupational stressors perceived by nurses in a hospital in the state of São Paulo. The study is cross-sectional, quantitative and qualitative. It was applied a sociodemographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey to assess the SB and the Health and Safety Executive - Indicator Tool (HSE-IT) as an evaluation tool of psychosocial stressors in the work organization; and the Focus Group to assess these same factors from the perspective of nursing professionals, according to HSE methodology. We used logistic regression and analysis of content. We found a prevalence of 5.8% in SB 281 nursing professionals, and 6.3% among the assistants and technicians associated with age, hospital time and occupation, and number of jobs and 2.6% among nurses, associated with hospital time and number of jobs. The focus group confirmed the HSE-IT results, identifying other stress factors not present in it and revealing that the vulnerability to SB is not in the profession, but in work organization. Thus it appears that the traditional SB association model to the nursing profession is insufficient to explain its genesis, suggesting the intervention in work organization in order to eliminate major occupational stressors for the promotion and preservation of health.

Keywords: Stress, Work, Psychosocial risk, Burnout, Professional

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT	ix
AGRADECIMENTOS	xv
LISTA DE FIGURAS	xix
LISTA DE TABELAS	xxi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xxiii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos	9
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 O trabalho no setor da saúde	11
3.2 O trabalho em hospital.....	14
3.3 O trabalho dos profissionais de enfermagem	18
3.4 Os riscos psicossociais no trabalho	22
3.5 O trabalho e a síndrome de <i>Burnout</i>	25
3.6 Engagement e Coping: o enfrentamento ao burnout	33
4. MATERIAL E MÉTODO	35
4.1 Método.....	35
4.2 Instituição estudada	35
4.3 População do Estudo.....	40
4.4 Coleta de dados.....	41
4.5 Controle de vieses	52

4.6 Aspectos Éticos	53
4.7 Estudo Piloto.....	54
5. RESULTADOS	55
5.1 Variáveis sociodemográficas	55
5.2 Fatores de Riscos Psicossociais no Trabalho – HSE-IT.....	56
5.3 Fatores de Riscos Psicossociais no trabalho - Grupo focal	59
5.4 A Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem.....	68
6. DISCUSSÃO	73
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXO 1: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido	101
ANEXO 2: Questionário sociodemográfico	103
ANEXO 3: Avaliação do Estresse	105
ANEXO 4: Burnout	107
ANEXO 5: Transcrição da entrevista com o staff do Hospital Estadual de Sumaré (HES)	109

A todos os profissionais de saúde pela capacidade inesgotável de colocar o outro em primeiro lugar;

Aos profissionais de enfermagem que historicamente representam o cuidado por amor;

Às minhas inspirações e motivação: Yuri, Mariana e Celso.

AGRADECIMENTOS

No percurso de construção de um estudo, faz-se necessário que o apoio ocorra, mas em especial que a travessia não seja um ato solitário do pesquisador. Agradeço a contribuição e existência de cada um de vocês.

Ao Dr. Sérgio Roberto de Lucca pelo aceite em ser meu orientador, pelas longas conversas, olhar rigoroso e dedicado na definição e rumo da pesquisa. Pelo apoio, parceria e incentivo nas diversidades. Minha imensa gratidão ao profissional e pessoa.

Aos meus amados filhos Yuri Sobral Dias e Mariana Dias, pela paciência em dividir momentos de estudo com o papel de mãe.

A Celso Stephan, com quem vivenciei um grande encontro nos espaços acadêmicos e que tenho fortalecido a convicção que é no exercício do amor que o ser humano efetua sua humanidade.

A todos os professores da Pós Graduação em Saúde Coletiva pela contínua formação de profissionais com olhar crítico e dedicação.

A Joyce de Paula Wilden da Silva, por abrir as portas do Hospital Estadual de Sumaré, possibilitando a aproximação com o mundo do trabalho dos profissionais de enfermagem.

A Thais Helena Messias Lima, auxiliar administrativo da gerência de enfermagem pelo auxílio na operacionalização nas visitas ao hospital.

A todos os profissionais de enfermagem do Hospital Estadual de Sumaré pela rápida aceitação da proposta de pesquisa e por contribuir no questionário, nos grupos focais e nos corredores ao mostrar a prática cotidiana da profissão e suas vicissitudes. Este trabalho não teria sido concretizado sem vocês!

A Celso Stephan e Maurício Bonesso Sampaio, pelas contribuições nos tratamentos estatísticos.

À meu pai José Roberto, minha mãe Cicera e irmãos Michele, Rafael, Rodrigo e Marlon pelo carinho e suporte familiar.

Aos amigos Ana Carolina Lemos Pereira, Elisabete Lucoveic, Ehidée Isabel Gómez La Rotta, Sérgio Camargo, Harriet White, Luciana Bonato, Verônica Luz, Delourdes Barbara Santos, Tiago Oliveira, Théo Dias, Efigênia Mantovani, Beatriz Correa, Aline Zanatta e Tatiane Costa Teófilo que tornaram a jornada mais suave ao longo do doutorado.

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.

Almásy: Why... why are you so determined to keep me alive?

Hana: Because I'm a nurse.

.
. .
. .
. .
. .
. .
. .
. .

Hana: [bent] I need morphine. A lot. And a pistol.

in "The English Patient"

Michael Ondaatje

Yes, madam: yet I cannot choose but laugh,
to think it should leave crying and say 'Ay.'...

Nurse in "Romeo and Juliet"
William Shakespeare

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Absenteísmo em percentual de horas perdidas do total de horas dos profissionais de enfermagem no HES – São Paulo, 2012.	2
Figura 2: Organograma parcial do Hospital Estadual de Sumaré/SP - 2014	36
Figura 3: Esquema de pesquisa do desencadeamento da SB.	74
Figura 4: Escores do HSE-IT – Enfermeiros.	75
Figura 5: Escores do HSE-IT - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fatores psicossociais de risco no trabalho - exemplos.	24
Tabela 2: Distribuição dos sujeitos da pesquisa por sexo – n(%).	55
Tabela 3: Idade dos entrevistados (anos) dos grupos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem.	55
Tabela 4: Tempo médio de trabalho dos profissionais da saúde. Hospital público, Sumaré-SP, Brasil 2013.	56
Tabela 5: Consistência interna do questionário HSE profissionais de enfermagem – Alpha de Cronbach.	57
Tabela 6: Distribuição das freqüências de respostas dos auxiliares e técnicos no HSE-IT.	57
Tabela 7: Distribuição das freqüências de respostas dos enfermeiros no HSE-IT.	58
Tabela 8: Distribuição das freqüências dos profissionais de enfermagem no HSE-IT.	59
Tabela 9: Consistência interna das dimensões/domínios do questionário MBI - Alpha de Cronbach.	69
Tabela 10: Estatísticas descritivas dos domínios do MBI-HSS entre auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros.	69
Tabela 11: Distribuição das três dimensões com os respectivos percentuais em cada categoria profissional. Sumaré-SP, 2013.	70
Tabela 12: Distribuição dos três domínios do <i>Burnout</i> com os respectivos percentuais em cada categoria profissional. Sumaré-SP, 2013.	70
Tabela 13: Correlação entre os domínios de <i>Burnout</i> e variáveis sociodemográficas – Regressão logística.	71
Tabela 14: Scores do HSE-IT.	74

LISTA DE ABREVIATURAS

A/T	Auxiliares e técnicos de enfermagem
AIC	Akaike Information Criterion
BIRD	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP
CEP	Comitê de Extensão e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DE	Despersonalização
E	Enfermeiros
EE	Exaustão Emocional
FPRT	Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho
FUNCAMP	Fundação de Desenvolvimento da Unicamp
GF	Grupo focal
HES	Hospital Estadual de Sumaré
HSE	Health and safety executive – indicator tool
IHAC	Hospital Amigo da Criança
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
RP	Realização Profissional
SB	Síndrome de Burnout
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância

1. INTRODUÇÃO

A motivação para o estudo nasceu da experiência profissional como psicóloga, da trajetória acadêmica e dos encontros desta autora com importantes personagens.

Na sua experiência com a clínica, em dez anos de atuação na área da psicologia, percebeu o crescimento dos casos de estresse relacionado ao trabalho. Pacientes em busca de um tratamento individualizado, mas que revelavam a necessidade de intervenções no ambiente de trabalho.

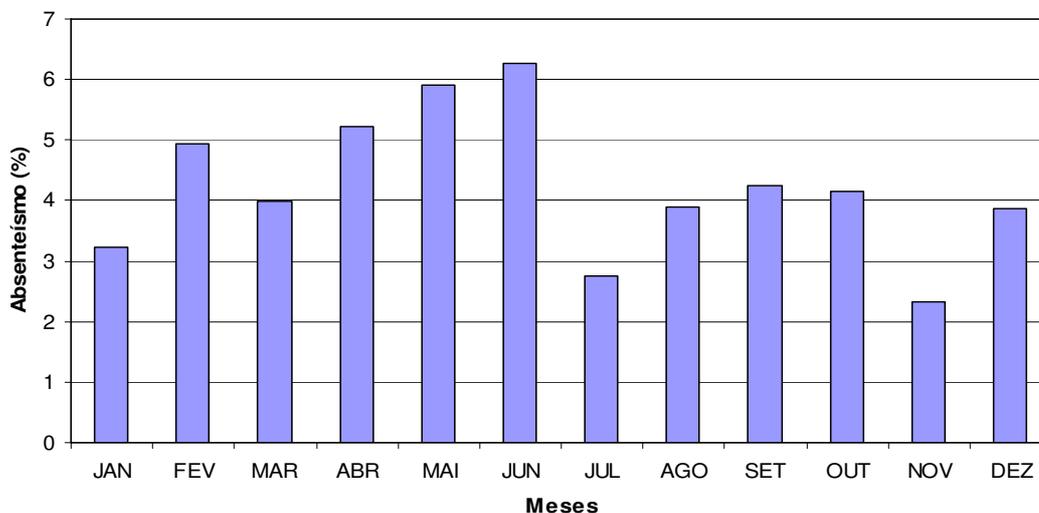
Também nas empresas, onde trabalhou como psicóloga organizacional ou mesmo consultora, a constante procura dos funcionários por uma orientação no enfrentamento do estresse chamou sua atenção para a possibilidade que o mesmo tivesse suas raízes na relação do sujeito com o trabalho.

Durante o mestrado, ao pesquisar a percepção dos gestores de saúde municipais sobre um Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador, repete-se o mesmo cenário de adoecimento pelo estresse relacionado ao trabalho, em especial entre profissionais da saúde, que buscaram na oportunidade um espaço para discutir o problema.

E finalmente, logo após o mestrado, contatos do professor Sérgio de Lucca e da pesquisadora com o responsável pelo setor de pesquisa científica e com a gerência de enfermagem do Hospital Estadual de Sumaré (HES), abriram a possibilidade de verificar mais um ambiente que vivenciava o estresse no trabalho.

O sintoma organizacional relatado pelo staff do HES foi o elevado absenteísmo entre seus profissionais, que superava o nível aceitável de 2,7% de Bispo, demonstrado na figura 1.

Figura 1: Absenteísmo em percentual de horas perdidas do total de horas dos profissionais de enfermagem no HES – São Paulo, 2012.



Para conhecer as causas e gerenciar esse elevado absenteísmo, foi criada no HES uma comissão, formada pela gerente e supervisores de enfermagem. A falta de informações precisas sobre o motivo das faltas, seja pela deficiência dos relatórios emitidos pelo SESMT, seja pela diversidade dos atestados apresentados, foi um impeditivo para o diagnóstico das causas do absenteísmo, mas foram percebidas certas características com relação a ausência dos funcionários: predominância no período noturno, em especial entre quem tinha dois empregos, em jovens que atuavam na UTI, em novos profissionais que vinham do mercado de trabalho com déficit na formação, sobrecarga de trabalho e a pressão sofrida particularmente nos processos de avaliação da Acreditação Canadense.

Essas características delinearam um conjunto de pistas que, somadas aos conhecimentos prévios dos pesquisadores, apontavam para o estresse e

características da organização do trabalho, ou seja, aos riscos psicossociais a que poderiam estar sujeitos esses profissionais de enfermagem.

Em toda essa trajetória, entretanto, fica evidente a importância do trabalho na vida do ser humano como elemento central e estruturante. Para Freud (1):

“... Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana... A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida...”

Dejours (2) afirma que, embora o trabalho seja um fator estruturante na vida das pessoas, é necessário que haja espaço para a discussão que leva a pensar, agir e criar estratégias de transformação e melhoria na organização do trabalho, no sentido de evitar o sofrimento que também pode residir nessa relação.

Ao pensar sobre o trabalho dos profissionais da saúde, impossível não correlacionar com o histórico do trabalho.

No final do século XVIII o mundo passa por transformações com a Revolução Industrial, quando a gradativa substituição da utilização da força manual pela força das máquinas configura a transição do feudalismo para uma nova forma de organizar e pensar a produção: o sistema capitalista. O novo sistema incrementa e consolida o trabalho assalariado e faz surgir o mercado de trabalho como uma instituição essencial ao funcionamento da economia, sendo entendido de forma genérica como a compra e venda de força de trabalho, lócus de trabalhadores e empresários que se encontram e se confrontam, interagindo e determinando, com ou sem a presença do Estado, o nível de salários, de

empregos e as condições do trabalho, além do outros aspectos relativos à relação capital versus trabalho (3).

Livre das amarras da moral religiosa, onde era visto como atividade concreta destinada à subsistência, o trabalho torna-se propriedade individual, abstrato. Adam Smith (4) introduz a linguagem econômica no modo de ver o trabalho, que passa a ser responsável por geração de valor e identidade pessoal.

Surge o conceito de “homem econômico”, mescla entre individualismo e positivismo, que tem como resultante personas independentes, com desejos próprios, sonhos e necessidades, marcados pela soberania da razão na determinação do comportamento (5); trabalhadores que buscam no desenvolvimento profissional identidade, reconhecimento e um sentido na vida.

A sociedade contemporânea, em contrapartida colhe uma instabilidade pela qual o trabalho não tem mais potencialidade estruturante. Sem limites, sem ética, e com uma supervalorização do conhecimento em contradição a uma sociedade de excluídos. Apropria-se da dimensão intelectual dos indivíduos, através de modelos de gestão perspicazes, distanciando a subjetividade do exercício de uma vida autêntica e autodeterminada, sob a supremacia do capital em detrimento do ser humano (3).

Antunes (3) nos lembra do grande salto tecnológico vivenciado nos anos 80, no qual o fordismo e o taylorismo deixam de ser únicos e mesclam-se com outros processos produtivos (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo e toyotismo), onde o cronômetro e a produção em série e de massa são substituídos pela flexibilização da produção, por novos padrões de busca pela produtividade e por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado, cujos

desdobramentos refletem nos direitos do trabalhador. A implementação de novas tecnologias gerou excedentes na força de trabalho, conseqüente expansão do desemprego estrutural, informalização e precarização do trabalho, dando condições para que empreendedores escolhessem à vontade sua mão-de-obra.

Nesse cenário, como dito por Seligmann-Silva (6): “Foi possível verificar que os fios que tecem a dominação fabricam, ao mesmo tempo, o sofrimento, na medida em que a dominação esmaga a identidade e aprisiona a alma no medo”. Para a autora o trabalho tanto poderá fortalecer a saúde quanto vulnerabiliza-la, seja coletivamente ou no plano individual.

Dejours (7) afirma que a crise do emprego – ou a falta deste – e a precarização do trabalho forjam nos indivíduos o medo que reforça condutas de obediência, de submissão, fragilização da ética, quebra de reciprocidade e de solidariedade nas relações humanas. Ressalta o autor que o trabalho é um elemento fundamental de promoção da saúde, mas que pode também causar sofrimento e desencadear doenças, seja pela sua práxis ou pela sua ausência, e, por conseguinte, uma questão de saúde pública.

As transformações ocorridas na sociedade refletem-se também, de maneira significativa, no trabalho no campo da saúde, que se obriga a responder a uma pluralidade de necessidades e demandas por intervenções tecnológicas de alta complexidade, envolvendo uma diversidade de relações e com alta pressão por resultados (8).

Os trabalhadores da saúde têm adoecido de modo massivo, sistemático e em um processo crescente, no âmbito mundial (9,10), de modo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década de

valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde. Porém, com sistemas de notificação precários, burocratizados e dados subnotificados (11), não se percebem políticas públicas que visem intervir no problema de modo contundente (10,12).

Alguns estudos sobre o estresse dos trabalhadores da saúde mostram, por vezes, o adoecer como natural e esperado devido à especificidade do fazer (9,10,13–17). Até mesmo os trabalhadores vinculam o adoecimento ao trabalho (18), naturalizando o fenômeno do estresse como atributo da profissão.

Esse estudo resulta da combinação de algumas oportunidades:

- A demanda do Hospital Estadual de Sumaré (HES) por uma solução ao elevado absenteísmo, abrindo as portas de uma instituição de saúde à investigação do processo de adoecimento de seus profissionais de enfermagem, categoria que vivencia cotidianamente fortes exigências emocionais (19).
- O interesse demonstrado pelos profissionais de enfermagem do HES pela pesquisa e seu entusiasmo com o espaço aberto;
- Possibilidade de realizar a pesquisa em um hospital, uma vez que é a unidade de saúde que mais influencia as concepções e formações profissionais para a rede e linhas de cuidado em saúde. Local de maior concentração de profissionais de enfermagem no Brasil, com 70% de trabalhadores. Além de se caracterizar pela dimensão relacional a dor, sofrimento e morte, na qual as atividades e tarefas são desempenhadas de forma recíproca e interdependente, dando ampliada problematização para o caráter coletivo da relação saúde-trabalho (20);
- A importância do tema na agenda da saúde pública. Um estudo da Organização Internacional do Trabalho - OIT revela que em todo o mundo 160 milhões de pessoas sofrem de males associados ao trabalho. Pelo

menos 2,2 milhões de indivíduos morrem por ano em decorrência de doenças laborais e acidentes provocados pelas más condições de trabalho (21). Entre as enfermidades estão os transtornos mentais, distúrbios osteomusculares, cardiopatias, dores crônicas e problemas circulatórios. No Brasil o transtorno mental é a terceira maior causa de afastamento do trabalho dos trabalhadores formais e adoecimento atualmente (22);

- A parceria entre a pesquisadora e seu orientador, ambos com o olhar voltado à saúde do trabalhador, sob diferentes, ângulos – o da psicologia e o da medicina no trabalho, na busca de converter conhecimento em ações.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre os fatores de risco psicossociais no trabalho e a ocorrência de Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os principais fatores de riscos psicossociais no hospital público estudado;
- Verificar a prevalência da Síndrome de Burnout e sua associação com as variáveis sociodemográficas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O trabalho no setor da saúde

Apesar de ser um fenômeno global, os órgãos de gestão de serviços de saúde, tanto nos níveis locais e regionais quanto nacionais e internacionais, têm centralizado suas discussões no processo de trabalho em saúde, mas sem implementar políticas públicas que garantam ou promovam a saúde destes trabalhadores (9,10,12,23).

O trabalho na área da saúde compartilha características do processo de produção com o setor terciário da economia (serviços), mas ao mesmo tempo apresenta características específicas. De acordo com Pires (24) é um trabalho que não visa a produção de bens, mas cujo produto, denominado serviço de saúde, é a própria realização da atividade e se completa no ato de sua realização.

A prestação do serviço na saúde visa demandas de saúde individuais e coletivas, e como ferramenta de assistência, pode assumir diferentes formas de atenção, tais como: a realização de consulta, exame diagnóstico, cirurgia, aplicação de medicamentos, ações preventivas, individuais ou coletivas, ações de cuidado e/ou conforto, orientações etc. Essa assistência é realizada por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas visando investigação, prevenção, cura e reabilitação (24).

Especificamente em uma instituição hospitalar, o trabalho é compartimentalizado, tendo em vista que cada categoria profissional se organiza e presta sua assistência separada dos demais. O médico, geralmente, é o elemento central do processo assistencial institucional.

A ação maior do trabalho em saúde, no entanto, vai além dos procedimentos técnicos e conhecimento, engloba atitudes e comportamentos que visam aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios de lidar com as crises do viver e do morrer. Não se limita na busca pela cura e sim em ações de cuidar (25). O objeto do campo da saúde, segundo Merhy (16), não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir. O cuidado até recentemente foi considerado algo natural, simplista, visto como ajudar, socorrer, assistir, o que historicamente era função do gênero feminino (25). Entretanto, trata-se de um processo, um modo de se relacionar com alguém, que envolve confiança mútua. Não é necessariamente recíproco, tampouco um negócio. É mais que um ato, é uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento com o outro (26).

Tradicionalmente, o cuidar é executado via técnicas e procedimentos, privilegiando instrumentos e materiais a serem usados em algum ponto ou área de um corpo qualquer, fortalecendo a preocupação com o desempenho das ações em detrimento da relação humana. Quadro acentuadamente agravado pelas pressões e avanços tecnológicos, que podem expressar cuidados equivocados (25). Os equívocos ocorrem porque o modo de operar os serviços de saúde está vinculado a diferentes objetivos, interesses, redes de relações, como constitutivas do modo como se produz o cuidado, definida em muitos sentidos pelos processos e tecnologias de trabalho, submetidos a uma racionalidade médica hegemônica e ao sistema capitalista. (16)

Essa racionalidade, dentro do contexto capitalista impõe uma nova lógica mercantil na saúde, de incorporação desregulada de equipamentos, medicamentos, procedimentos e especialidades de saúde, visando lucratividade. (27)

A força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização traduzida pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa através de problemas como: falta de planejamento dos serviços, descontinuidade dos programas assistenciais, intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, baixa remuneração, alta rotatividade, inadequação de pessoal e, precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários. (20)

Para Santos (20), esse cenário também sofre com a desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço. Essa desestruturação da atividade é perceptível nos processos de trabalho em saúde, centrado no trabalho vivo, conceitualmente definido pelos seguintes componentes: matéria-prima (usuário); instrumentos de trabalho (tecnologia leve/dura/leve-dura); homem (trabalhador em saúde/operador do cuidado) e produto (trabalho em saúde/ atos de saúde/produção do cuidado). (16)

Segundo Merhy, há três tipos de tecnologias em saúde: leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves são as das relações interpessoais, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, responsabilização, entre outros. As leve-duras são os saberes bem estruturados, como a clínica médica, o saber da enfermagem, o taylorismo, a epidemiologia etc. Já as tecnologias duras são os equipamentos, máquinas, normas prescritas e as estruturas organizacionais.

É no encontro entre os serviços e os usuários que está a riqueza da intensa atividade de cuidado, composta por uma diversidade complexa, e ao mesmo tempo potente, perceptível no cotidiano dos trabalhadores. (16)

3.2 O trabalho em hospital

O hospital é o lugar que emana um convite para nos debruçarmos sobre o conhecimento dos processos gerenciais do cuidado e o impacto deste na saúde mental dos profissionais da saúde, pois conforme Campos (13), ainda que nele [...] ocorra uma ênfase em processos curativos que operam sobre o corpo (biológico), é um espaço de trocas intersubjetivas e sociais.

O hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso ao longo de sua história, desde a incumbência de retirar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, com a racionalidade de que o foco de intervenção era o meio ambiente até a nobre função de salvar vidas, deslocando para o corpo do indivíduo a sua práxis. (28,29).

Segundo Foucault (29), no final do século XVIII a transformação do hospital em instrumento de cura e intervenção terapêutica ocorre ao longo da seguinte trajetória: organização dos hospitais marítimos no século XVII, por meio da disciplina; separação da administração eclesiástica, onde o médico deixa de ser um funcionário dos sacerdotes e dos religiosos, tornando-se presença constante no Hospital, mentor da criação de um sistema diário de visitas e atenção específica aos pacientes; criação do sistema de registro e identificação do paciente (amarrando-se uma etiqueta no punho); diário evolutivo do paciente (postado na cabeceira da cama), onde são anotados os diagnósticos,

medicamentos e tratamentos aplicados; instituição de reuniões mensais para discussão de patologias, tratamentos, êxitos ou a ocorrências de contaminações epidêmicas nas dependências do Hospital.

Já nesta época o hospital era considerado "um objeto complexo de que se conhecem mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doença e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las". (29) (p 100)

O século XIX cria o hospital moderno em consonância com o nascimento da medicina moderna, cuja prática do saber médico é vinculada à racionalidade científica (30). O hospital moderno disseminou a hegemonia médica e movimentos de resistência a esta hegemonia, com a instalação de corporativismos vários (29). Sua missão, paulatinamente, transcende a de cuidar de doentes, assumindo a nova missão de incorporar tecnologias; no início artesanal e, no século XX, industrialmente produzidas. No entanto, somente na metade do século XX, "com a produção industrial de quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas, próprias do hospital contemporâneo". (30) (p27)

Na contemporaneidade, Campos (13) ressalta que a gestão hospitalar tem predomínio de duas vertentes:

- Gestão teórico-operacional – influenciada pela qualidade total e por algumas de suas variantes metodológicas, vê o hospital como empresa, valoriza a avaliação de resultados e gestão com base em evidências. Preocupa-se com a satisfação do cliente, com métodos de padronização de procedimentos, objetivando aumentar a produtividade e a eficiência;
- Gestão com base em acreditação e na verificação sistemática da qualidade dos processos e resultados da produção – oriunda dos Estados Unidos da América, de uma escola denominada de *management care*, voltada para

diminuir a autonomia do médico e de outros profissionais de saúde, mediante a adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação médico-paciente.

Um ponto em comum entre os dois modelos de gestão, segundo o autor, seria a busca pelo controle do trabalho em saúde, valendo-se de métodos disciplinares e normativos, apostando pouco ou quase nada na modificação de valores ou de posturas dos profissionais, não impedindo que os trabalhadores vivenciem dificuldades que causem sofrimento, de ordem física e mental (13).

Ocorre que o trabalho realizado nas organizações hospitalares é majoritariamente coletivo, cujo propósito é o desenvolvimento de atividades destinadas a atingir o produto final que é a assistência ao paciente. Por ser coletivo o trabalho exige a comunicação entre os membros da equipe e também entre esses e os que recebem seus cuidados, estabelecendo uma rede de relações sociais que é produzida e reproduzida pelas várias estratégias dos profissionais e dos pacientes. Entretanto, há uma nítida divisão técnica do trabalho: os profissionais que cuidam diretamente dos doentes e aqueles que prescrevem e dão sustentação ao processo de cuidar. Os profissionais atuam de forma complementar, porém nem sempre harmoniosamente, uma vez que o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. (24).

Uma explicação, segundo Santos (20), é a de que os profissionais de saúde executam atribuições, normas e rotinas prescritas durante a formação profissional e agem em conformidade com as diretrizes, protocolos institucionais, lei do

exercício profissional e construtos profissionais internalizados. Para o autor, o conhecimento em saúde não é pela determinação da organização in loco, há um ente superior a ela, que é a instituição e a categoria profissional a que se pertence.

A interdependência entre as atividades executadas e as profissões envolvidas extrapola os processos coletivos de trabalho e a necessidade de integração e comunicação contínuas sobre as tarefas executadas. Ela avança para o objeto do cuidado pelos vocábulos cliente/paciente/usuário, que representam situações e sentidos específicos desta relação para os seus diferentes momentos. Sob este aspecto, o profissional é:

[...] um cuidador sob constante tensão. Seu objeto de trabalho é uma pessoa doente. Alguém atingido na integridade física, psíquica e social; vulnerável na sua autoestima. Alguém que expressa sofrimento. [...] o profissional de saúde, no seu cotidiano, vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática (31) (p33)

A heterogeneidade no coletivo dos trabalhadores impõe uma organização do trabalho configurada em: divisão técnica e social do trabalho (categorias profissionais, autonomia, escalas, turnos, jornadas etc.), prescrição do trabalho (normas, rotinas protocolos, comissões, diretrizes etc.) e assimetria. (31)

Os comportamentos dos profissionais nestas organizações dividem-se em regrados e não regrados, pois as regras geram pactos e prescrições com sentido tácito, internalizadas por estes. Tais profissionais têm princípios culturais de valores básicos já estabelecidos, mesmo frente aos conflitos, quando isto satisfaz

a conveniência - ou, quando as exigências permissíveis aumentam as posições hierárquicas, na verdade, lidam com os pares, havendo maior tolerância hierárquica. As decisões podem endurecer ou se flexibilizar, pois muitas regras prejudicam a ação profissional e acabam por si só sendo inócuas e só estimulam os modos e estratégias defensivas de negociações e de neutralização das estratificações de poder. (28)

Segundo Neumann (32) trata-se de um contexto que apresenta outras particulares características: atividades ininterruptas, apesar de haver diferenciação entre os serviços, concentração do maior contingente de atividades no período da manhã e predominância de trabalhadores do sexo feminino, principalmente na enfermagem, que acabam por fazer jornada tripla, considerando dois locais de trabalho para complementar a renda e o trabalho doméstico realizado em sua residência.

Envolto a estas relações que confluem em atividades diretas e indiretas, a falta de reconhecimento é apontada como uma questão crucial a ser considerada (20). Outro motivo de insatisfação diz respeito à hierarquia de poder e prestígio dos médicos em detrimento dos demais profissionais da saúde. (32)

Sem contar que o profissional de saúde em organizações hospitalares está exposto a diferentes estressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem estar, dos quais podemos citar: as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos biológicos, químicos, ergonômicos e psicossociais (33).

3.3 O trabalho dos profissionais de enfermagem

Apesar de ser uma atividade social muito antiga, a enfermagem como profissão surgiu na Inglaterra no século XIX. Institucionalizou-se, no movimento de nascimento da clínica, juntamente com a transformação do hospital enquanto instrumento de cura. Sua função constitutiva é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. (34)

É uma profissão predominantemente relacionada ao sexo feminino pela relação que tem com o ato de cuidar, papel que historicamente foi exercido pela mãe. Mas, segundo Winnicott (35), essa função materna original de acolher, conter e responder às demandas físicas e psíquicas do bebê é transferida culturalmente ao cuidador na figura dos profissionais de enfermagem quer sejam eles do sexo feminino ou masculino.

O trabalho é realizado em equipe, seja através da prestação de cuidados integrais, cujas atividades são ampliadas e possibilitam uma visão mais global das necessidades dos pacientes ou de cuidados funcionais, que são desenvolvidos por tarefas de acordo com os níveis de complexidade e de competência profissional. O enfermeiro detém controle do processo de trabalho da equipe, cabendo o papel de executores aos técnicos e auxiliares de enfermagem. (24)

A estruturação da equipe de enfermagem é formada por uma dicotomia entre a concepção e a execução das tarefas, característica da divisão técnica do trabalho, tal como a divisão em classes sociais (enfermeiros com curso superior e melhor remuneração), que segundo Pires (24) mantém em sua organização do trabalho uma cisão entre o saber e o fazer, estruturada hierarquicamente no cumprimento de rotinas, normas e regulamentos. (32)

Vale destacar que a conjuntura do trabalho sofreu metamorfoses profundas nas últimas décadas, caracterizada pela precarização das condições e das relações de trabalho, como dito por Peres, Santos e Carvalho. (36)

A jornada de trabalho é exaustiva, principalmente pelo fato de uma grande parte dos profissionais de enfermagem trabalhar em mais de um emprego, na tentativa de melhorar a renda familiar, devido salários baixos, contribuindo também para a sobrecarga e condições de trabalho insatisfatórias. (32)

Além disso, esclarece Pitta (28) que o ambiente hospitalar é insalubre, com inadequação de equipamentos e a exposição a riscos biológicos, químicos e ergonômicos e psicossociais.

A equipe de enfermagem se depara com a falta de preparo para enfrentar suas demandas emocionais, as dos pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde e de suas famílias, já que interage com eles de modo mais direto e contínuo, por permanecer mais tempo na organização. Confrontam-se diariamente com a dor e o sofrimento alheio e a morte dos pacientes, sem suporte algum, expostos a cargas psíquicas, que somadas às outras condições ruins de trabalho podem proporcionar sofrimento mental importante. (28,33)

Na tentativa de enfrentamento das questões emocionais provocadas ao lidar com o trinômio vida/doença/morte, estratégias defensivas são utilizadas, conforme classifica Pitta: (28)

1. Fragmentação da relação técnico-paciente – busca-se parcelar as tarefas no sentido de reduzir os tempos de contato com o paciente. Quanto mais o técnico se aproximar do paciente, maior a possibilidade de angústia e ansiedade frente ao processo saúde-doença;

2. Despersonalização e negação – todos são iguais. Existe uma "ética" implícita de que todos devem ser tratados da mesma forma, não existindo doente ou doença que se individualize e personifique;
3. Distanciamento e negação de sentimentos – os sentimentos devem ser controlados e as diferenças individuais reduzidas;
4. Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas – a eterna procura por rotina e padronização de condutas não tem justificativa apenas na economia objetiva de gestos e procedimentos. Este ritual cumpre a função de reduzir ansiedades e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em planejar o seu trabalho;
5. Redução do peso da responsabilidade – o peso psicológico da ansiedade gerada por uma decisão final e total feita por uma única pessoa é dissipado de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto.

Costa, Vieira e Sena (37) apontam a existência de outras estratégias de defesa, em virtude das condições desfavoráveis presentes no ambiente de trabalho, tais como tornar-se indiferente ao processo laboral, optando pela fuga ao trabalho, que pode ocorrer por meio de atestados, licenças médicas ou simplesmente por faltas injustificadas que afetam os próprios trabalhadores, bem como as organizações. A esse fenômeno denominamos absenteísmo.

Outra face negativa da relação enfermeiro e trabalho chama-se presenteísmo, que significa estar fisicamente presente no ambiente de trabalho, porém, sem conseguir produzir como deveria, por razões de doenças. (38)

Para Maslach e Leiter (39) o esgotamento físico e emocional ocasionado pelas especificidades da profissão é um problema que excede o aspecto individual para o ambiente de trabalho, proporcionando uma erosão do compromisso com o trabalho, uma erosão das emoções e um problema de adequação entre o

indivíduo e o trabalho. O termo erosão, explicam Silva et al (40) remete a um processo gradual de perda, durante o qual o desequilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho torna-se cada vez mais acentuado.

Avellar, Iglesias e Valverde (41) em seus estudos descrevem os sentimentos fortes e contraditórios vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante dessa realidade de trabalho em relação aos pacientes: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade, ódio e ressentimento.

3.4 Os riscos psicossociais no trabalho

A nova configuração que o trabalho apresentou nas últimas décadas extrapolou o conceito de risco à saúde dos trabalhadores, fazendo com que os fatores de risco deixaram de existir apenas no campo físico, químico, biológico e ergonômico. Ao conjunto de novas características do trabalho (horários, sobrecarga, número insuficiente de trabalhadores, maior esforço mental, inovação tecnológica, volume de informação e toda a interface dessas com a vida social e pessoal do trabalhador) como causas de adoecimento mental, físico e social denominou-se riscos psicossociais. (42,43)

Em outras palavras, para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), risco psicossocial é a interação entre conteúdo do trabalho, organização do trabalho, gerenciamento e outras condições ambientais/organizacionais por um lado, e competências e necessidades dos empregados, por outro. (44)

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (42) afirma que os riscos psicossociais decorrem de deficiências na concepção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático,

podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como stresse relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão.

Apesar de serem chamados de emergentes na literatura, a preocupação com os riscos psicossociais não é nova. Na década de 1970, um fórum realizado pela *World Health Organization* (WHO), em Estocolmo, tinha como objetivo discutir a influencia dos riscos psicossociais na saúde, formular medidas e propor políticas de saúde. (45)

Na década de 1980 a OIT e a WHO publicaram um documento chamando a atenção para os efeitos adversos dos riscos psicossociais relacionados ao trabalho (46). No documento, as duas organizações apontaram que o crescimento e o progresso econômico não sujeitam-se apenas da produção, mas também das condições de vida e trabalho, saúde e bem estar dos trabalhadores.

A partir da década de 2000, os estudos sobre riscos psicossociais difundiram-se em parte, pelos efeitos midiáticos dos suicídios em grandes empresas, o que resultou num incremento da sua visibilidade. (47)

Desde então, houve um avanço significativo no conhecimento científico, com produção de um grande corpo de pesquisa empírica e teórica sobre as influências das interações entre esses elementos e seus efeitos na saúde. (48)

Contido na ideia de riscos psicossociais, estão os estressores emocionais, interpessoais e aqueles ligados à organização do trabalho, chamados de Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho (FPRT).

Segundo Guimarães (49) os FPRT podem ser entendidos como aquelas características do trabalho que são “estressoras”, isto é, que implicam em grande

exigência e são combinadas com insuficiência de recursos para seu enfrentamento.

A tabela 1 mostra alguns exemplos de FPRT.

Tabela 1: Fatores psicossociais de risco no trabalho - exemplos.

O conteúdo do trabalho	A falta de variedade ou ciclos de trabalho curtos, trabalho fragmentado ou sem sentido, baixo uso de habilidades, elevada incerteza, exposição contínua a pessoas por meio do trabalho
Carga de trabalho e ritmo de trabalho	Sobrecarga de trabalho ou sob carga, ritmo de máquina, altos níveis de pressão de tempo, continuamente sujeito a prazos
Agenda de trabalho	Turno de trabalho, trabalho noturno, horários de trabalho inflexíveis, horas imprevisíveis, longas horas ou horas que não permitem socialização
Controle	Baixa participação na tomada de decisões, falta de controle sobrecarga de trabalho, ritmo, turno de trabalho, etc
Ambiente & Equipamento	Disponibilidade de equipamento inadequado, adequação ou manutenção; condições ambientais pobre, tais como a falta de espaço, falta de iluminação, excesso de ruído
Cultura & Função organizacional	Uma comunicação deficiente, baixos níveis de suporte para resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, a falta de definição de, ou acordo sobre, objetivos organizacionais
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social ou físico, pobre relações com os superiores, conflito interpessoal, falta de apoio social
Papel na organização	Ambiguidade de papel, conflito de papéis e responsabilidade para as pessoas
Desenvolvimento da carreira	Estagnação da carreira e incerteza, sob a promoção ou sobre a promoção, salários baixos, insegurança no trabalho, baixo valor social do trabalho
Interface do Trabalho doméstico	Demandas conflitantes entre trabalho e lar, baixo apoio em casa, duplos problemas de carreira

Adaptado de Leka, Griffiths e Cox (50) por Prof Liliana Guimarães.

Os FPRT representam o conjunto de percepções e experiências do trabalhador, alguns de caráter individual, outros referentes às expectativas econômicas ou de desenvolvimento pessoal e outros, ainda, às relações humanas e seus aspectos emocionais. (51)

De acordo com (52), os FPRT podem ser agrupados em seis dimensões: a intensidade do trabalho e o tempo de trabalho; as exigências emocionais; a falta/insuficiência de autonomia; a má qualidade das relações sociais no trabalho; os conflitos de valores e a insegurança na situação de trabalho/emprego.

Neste estudo, serão utilizadas as dimensões propostas pelo método Health and Safety Executive (HSE).

3.5 O trabalho e a síndrome de *Burnout*

A palavra estresse tornou-se de uso corriqueiro, difundida por diferentes meios de comunicação, usada como causa ou explicação para inúmeros acontecimentos que afligem a vida humana moderna (53). Entretanto o uso generalizado, sem maiores reflexões, simplifica o problema e oculta os reais significados e implicações para a vida humana.

O fato é que na sociedade moderna, o estresse tem se tornado um problema de saúde muito comum, com incidência no Brasil de 32% na população adulta e 40% na população do estado de São Paulo. (54)

De modo simples, o estresse é o “conjunto de reações do organismo a agressões de ordens físicas, psíquicas, infecciosas e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase”, como definido no dicionário Aurélio (55)

O termo nasceu da física para explicar o grau de deformidade sofrido por um material submetido a esforço. Etimologicamente, em português a palavra estresse vem de estrição, que provém do latim *strictus*, descrito como pressão interna ou externa que influi em modificações das síndromes de adaptação.

A primeira definição de estresse surgiu com Selye em 1936 (56), que o utilizou para caracterizar qualquer agente ou estímulo, nocivo ou benéfico, capaz de desencadear no organismo mecanismos neuroendócrinos de adaptação. Em outras palavras, uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência sobre ele. Esta visão fisiológica foi bastante criticada e ao longo do tempo diversos autores desenvolveram novos modelos explicativos de estresse. (57,58)

Dada essa importância, diversos autores tem se dedicado ao estudo do estresse ocupacional, definido como o processo em que o indivíduo percebe as demandas do trabalho como estressores as quais, ao exceder sua capacidade de enfrentamento, provocam reações negativas e até problemas físicos e mentais. (59,60)

Quando prolongado, o processo de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse, caracterizado por dessensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo usuários, clientes e a própria organização, pode resultar em *burnout*. (61)

Abreu et al (62) exploram a ideia de que o *burnout* não resulta só do estresse em si, mas do estresse não mediado, não moderado, sem possibilidade de solução, não se tratando de um evento e sim de um processo, um quadro clínico mental extremo do estresse ocupacional.

Complementa Benevides-Pereira (33) (p45):

“... o *burnout* é a resposta a um estado prolongado de estresse. Ocorre pela cronificação deste, quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes. Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos ou negativos, o *burnout* tem sempre um caráter negativo... o *burnout* está

relacionado com o mundo do trabalho, com o tipo de atividades laborais do indivíduo”.

Burnout é uma expressão inglesa que no sentido literal é utilizada para apontar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. (33)

O romance de Thomas Mann, “*Buddensbrooks*”, datado de 1901, é a primeira referência ao conceito ao mencionar a decadência pessoal e familiar de um senador cujo apelido dá nome ao livro (63). Em 1953 o conceito aparece em um estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como ‘Miss Jones’, que descreve a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho (64). Em 1961, o romance de Graham Green, “A Burn-out Case”, iniciou o uso popular do termo. O livro conta a história de um arquiteto espiritualmente atormentado e desiludido que desiste do seu trabalho e retira-se para a selva africana (65,66,66). Em 1969, Brandley usa a expressão no âmbito científico pela primeira vez, em um artigo onde utilizava o termo staff burn-out para se referir ao desgaste de trabalhadores assistenciais. (67)

Em 1974 o termo *burnout* foi retomado pelo psiquiatra norte americano Freudenberger, ao descrever o fenômeno como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos. Entre 1975 e 1977, complementou seus estudos incluindo em sua definição a fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade. (68–70)

A partir de 1976 os estudos adquiriram um caráter científico, período no qual foram construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registrar e compreender este sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização.

Época em que Christina Maslach, psicóloga social, pesquisadora da Universidade da Califórnia, através de estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, pioneiramente entendeu que as pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal. (71)

Segundo Farber (71), Christina Maslach, Ayala Pine e Gary Cherniss foram os estudiosos que popularizaram o conceito sobre o *burnout* e o legitimaram como uma importante questão social. Nesta fase, Maslach adotou o termo Síndrome de *Burnout* (SB), como uma resposta inadequada frente ao estresse crônico acompanhada de tédio e aborrecimento. (64)

Na década de 80, pesquisas sobre o tema identificaram (72):

- Sintomas em grupos profissionais denominados “vocacionais” – não percebidos como população de risco até o momento, por passar a imagem de receberem gratificações pessoais e sociais;
- Perdas de recursos humanos e econômicos detectadas pelas organizações, em especial as educativas e as de saúde, cujos trabalhadores apresentavam altos níveis de Burnout;
- Ocorrência de Burnout em pessoas com personalidades aparentemente ajustadas e equilibradas até entrarem em contato com determinados ambientes de trabalho.

De acordo com Leite (2007), a trajetória teórica e metodológica dos estudos sobre *burnout* aponta duas fases:

- Pioneira – na década de 70, em uma perspectiva qualitativa e individual, visando descrever o fenômeno a partir de entrevistas, estudos de caso e observações clínicas, buscando investigar o mundo dos trabalhadores e o contexto do trabalho, mapeando seus sentimentos e levantando hipóteses sobre fatores associados ao fenômeno.

- Empírica – a partir da década de 80, com a contribuição da Psicologia Organizacional, (74)(Cherniss, 1980)(68) Cherniss, em uma perspectiva coletiva, considerando a influência das organizações e do ambiente sócio-cultural em que o trabalho se insere nas respostas das pessoas ao mesmo. Além disso, desenvolveu-se pesquisas mais sistemáticas e instrumentos padronizados para a realização de surveys com amostras populacionais (74), sendo o Maslach Burnout Inventory (MBI) o instrumento mais utilizado (75).

Nos anos 1990, novas perspectivas teóricas e metodológicas se abrem, ampliando o conceito de *burnout* a outras ocupações além das relacionadas com serviços humanos e educação, utilizando metodologias e ferramentas estatísticas mais sofisticadas e avaliando o impacto da intervenção organizacional. (65)

Até os anos 80, o *burnout* foi investigado exclusivamente nos EUA, avançando gradativamente conforme as questões metodológicas foram se qualificando. (66)

No Brasil, a primeira publicação foi de França (69), médico cardiologista, na Revista Brasileira de Medicina. Surgem as primeiras teses, dissertações e grupos de pesquisa no meio acadêmico, sendo que a intensificação de estudos ocorreu após o ano de 2001 (64). Além disso, o *burnout* passa a ser reconhecido no Brasil como uma doença relacionada ao trabalho com a denominação “Síndrome de Esgotamento Profissional”, com o código Z73.0 na Classificação Internacional de Doenças (76).

Carlotto e Câmara (64), analisando a produção científica nacional sobre o assunto, identificaram 11 grupos de pesquisa cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e 36 teses/dissertações no

banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, cujo objeto de estudo foi a investigação em profissionais da saúde e da educação, considerado pela literatura população de risco.

Após mais de três décadas de estudos, o tema continua atual nas pesquisas nacionais e internacionais, mas não há consenso por uma única e consolidada definição para a Síndrome de *Burnout* (SB), que apresenta vários sinônimos em expressões tais como: síndrome de queimar-se pelo trabalho, desgaste profissional, estresse assistencial, laboral ou profissional, estresse assistencial ocupacional ou simplesmente estresse ocupacional. (77)

Existem quatro concepções teóricas baseadas na possível etiologia da síndrome, segundo Murofuse et al. (53), todas entendendo o burnout como um estado de estresse crônico:

- Clínica: concepção inaugurada por Freudenberger (68) que vê o *burnout* como estado e destaca os aspectos individuais como principais causas, com visão do fenômeno circunscrita na exaustão emocional, caracterizada por um estado de esgotamento mental, decepção e perda de interesse pelas atividades relacionadas ao trabalho de quem lida diretamente com pacientes. Contribuiu por focar o problema em profissionais prestadores de serviços de ajuda. Outros estudiosos dessa concepção: Pines & Aronson (78), Farber (71), Gil-Monte (79).
- Sócio-psicológica: Difundida por Maslach e Jackson (75), segundo os quais o burnout é um processo em resposta a estressores interpessoais presentes no ambiente do trabalho, sendo esses as causas principais do fenômeno, que propiciam o aparecimento de fatores multidimensionais (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho).

- Organizacional: preconiza como causa o desajuste entre as necessidades apresentadas pelo trabalhador e os interesses da instituição. (74)
- Sócio-histórica: Abordagem de Seymour Sarason, que extrapola as causas do *burnout* para o funcionamento atual da sociedade, que se encontra cada vez mais individualista e competitiva, sendo a sobrecarga, pressão do tempo, conflito de papel, falta de suporte e o funcionamento social fatores relacionados à sua sintomatologia.

A concepção mais utilizada é a sociopsicológica ou psicossocial de Maslach, adotada nessa pesquisa e, inclusive em estudos voltados para os profissionais de saúde (64,80) que define a SB como:

“... uma síndrome tridimensional que inclui manifestações de esgotamento (exaustão emocional), aspectos atitudinais (despersonalização) e de autoavaliação (baixa realização pessoal) e que pode ocorrer entre indivíduos que de alguma forma trabalham com pessoas” (81).

A exaustão emocional é o sintoma central, caracterizado por sensação de fadiga, proporcionando o esgotamento energético emocional que, por sua vez, pode progressivamente incapacitar o indivíduo a realização do seu trabalho. A despersonalização é o cinismo, vivido como o distanciamento dos objetos de trabalho, expresso por atitudes de insensibilidade e de despreocupação em relação aos outros. A diminuição da realização pessoal consiste na erosão dos sentidos próprios de efetividade, competência e eficácia (82).

Apesar das definições divergentes na definição de burnout, Schaufeli e Buunk (83) apontam para os seguintes pontos em comum na literatura:

- Sintomas disfóricos, com predomínio de exaustão emocional;
- Ênfase em sintomas mentais e comportamentais;

- Existência de relação com o trabalho;
- Encontro de sintomas em indivíduos ditos normais;
- Diminuição da eficácia e fraco desempenho no trabalho em virtude de atitudes e comportamentos negativos.

Por outro lado, os fatores mais relacionados com o *burnout* são: a) excesso de trabalho; b) conflito de papéis; c) insatisfação no trabalho e d) falta de suporte social. Além disso, o *burnout* tem sido associado a várias respostas negativas ao trabalho, incluindo insatisfação no trabalho, baixo compromisso com a organização, absentismo, intenção de deixar o trabalho e turnover (19,39)

A intensidade e a diversidade dos sintomas dependem de cada indivíduo e da fase da síndrome, bem como as das condições do ambiente de trabalho. (83)

As consequências desse adoecimento são evidentes, uma vez que o Burnout traz impactos negativos tanto para o indivíduo, como para a organização e para a sociedade. (33)

Já o seu desencadeamento, alguns autores concordam que aspectos da organização do trabalho são responsáveis (84). Mas alguns estudos empíricos apontam algumas características pessoais que facilitariam ou inibiriam a ação dos estressores presentes na situação de trabalho.

Apesar de qualquer profissional estar sujeito conforme os estudos, a maior prevalência, em indivíduos que possuem ocupações com relacionamento interpessoal intenso e, ou prestação de algum tipo de assistência. (85)

Pelas características do trabalho e segundo a literatura da área, os profissionais de enfermagem apresentam elevada prevalência de SB. A presença constante e persistente de inúmeros estressores ocupacionais como carga horária

excessiva, reduzido número de profissionais nas instituições de saúde, falta de autonomia, contato direto com a doença e a morte de pacientes e o sofrimento dos familiares (86,87) contribuem para o absenteísmo e incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, o que compromete a qualidade da assistência prestada aos pacientes e a própria qualidade de vida desses trabalhadores (88).

3.6 Engagement e Coping: o enfrentamento ao burnout

Se por um lado o *burnout* é o resultado do efeito danoso do estresse crônico na saúde, o contrário também pode ser observado, quando o indivíduo consegue contornar os fatores de estresse e adquirir uma condição de controle da saúde através do investimento de sua energia no trabalho de forma positiva. Esse constructo é chamado de *engagement*, que se caracteriza por um estado de vigor, dedicação e absorção. (89–91)

Entre esses dois extremos, o *burnout* e o *engagement*, existem as estratégias de *coping*, que são recursos individuais dos trabalhadores para o enfrentamento de fatores estressores, na forma de respostas positivas que podem ser aprendidas e ajustadas. (92)

Maslach et al. (93) consideram o *engagement* um oposto ao *burnout*, inclusive na forma como pode ser diagnosticado através do MBI.

O estudo dos estressores no ambiente organizacional e sua interface com os trabalhadores pode revelar importantes caminhos na transição entre esses dois pólos, no sentido de promover a saúde.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Método

Trata-se de estudo epidemiológico transversal quanti e qualitativo, em população de trabalhadores de enfermagem do Hospital Estadual de Sumaré.

4.2 Instituição estudada

A pesquisa foi realizada no Hospital Estadual de Sumaré/SP (HES), hospital público do Governo do Estado de São Paulo, com gestão compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e a Universidade Estadual de Campinas. Além do atendimento médico-hospitalar, é uma instituição voltada ao campo de práticas contínuas nas atividades de ensino e pesquisa, tanto em graduação como em pós-graduação, na área de saúde.

As informações a seguir foram obtidas no site e staff do HES, em entrevista transcrita no anexo 5.

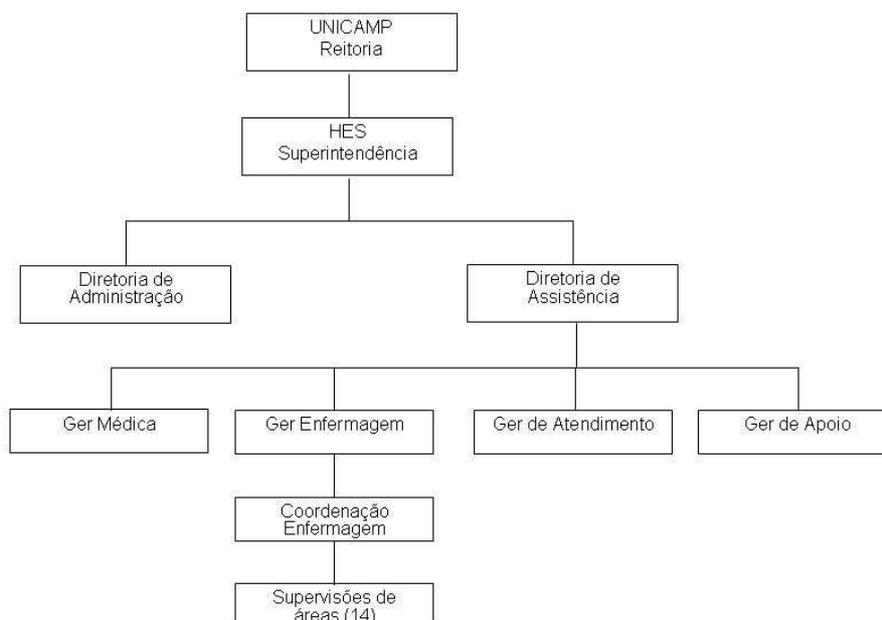
O HES foi inaugurado em 2000, concebido para ser uma unidade hospitalar secundária e terciária, integrada à rede pública de saúde de seis municípios da microrregião de Campinas: Americana, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara do Oeste e Sumaré, que representam uma população estimada em 650 mil habitantes.

O HES possui 267 leitos, são realizadas mensalmente 6.500 consultas ambulatoriais de 37 especialidades, inclusive casos de urgência referenciada, 1.100 internações, 650 cirurgias, 300 partos e 14 mil exames laboratoriais.

O corpo de funcionários é formado por 73% de mulheres, sendo que nos cargos de chefia elas representam 61%, totalizando 1.135 funcionários.

Todos os médicos têm residência na sua área de atuação e alguns inclusive, com qualificação de mestrado e doutorado. Os profissionais de enfermagem representam a maior área funcional do hospital, com 539 profissionais. A figura 2 mostra parte do organograma do HES, em especial a hierarquia sobre as 14 supervisões de enfermagem, relativas a 14 setores do hospital.

Figura 2: Organograma parcial do Hospital Estadual de Sumaré/SP - 2014



Todos os funcionários são admitidos através concurso público, processo de seleção por competências e contratados pelo regime da CLT, sob a responsabilidade da Fundação de Desenvolvimento da Unicamp - FUNCAMP.

O processo seletivo pode ser interno e externo. O externo ocorre em 3 etapas: análise do currículo, prova escrita e entrevista classificatória com

supervisores de enfermagem. Para o processo interno, a prova é diferente porque contempla o conhecimento agregado. Para o cargo de enfermeiro, além da prova de conhecimento, há a prova prática e às vezes dinâmica de grupo para avaliar aspectos comportamentais. Os supervisores participam da entrevista de técnico e auxiliar, já para enfermeiro apenas a gerente e a coordenadora de enfermagem.

O trabalho dos profissionais de enfermagem é realizado em três turnos (7 às 13h; 13 às 19h e das 19 às 7h) no esquema de 12 horas trabalhadas e 24 de descanso, intervalos de 15 minutos nos turnos de 6 horas e de uma hora nos turnos de 12 horas.

A Instituição mantém um banco de horas, que devem ser compensadas em até três meses. Após esse prazo o hospital paga as horas em folha. Não existe instrumento que limite a quantidade de horas extras exercidas.

A relação profissional/paciente é de 1 enfermeiro/34 leitos nas unidades de internação e 1/8 na UTI

O aprimoramento profissional é feito por demanda ou mudança de prática, sob a responsabilidade de um departamento de educação permanente.

A área de enfermagem implementou em 2010 a avaliação anual e individual de desempenho por competências, através de um instrumento a ser preenchido online pela chefia imediata. Há uma reunião de *feedback* com os supervisores antes de finalizar a avaliação de desempenho, onde são consideradas a ficha de intercorrências dos funcionários, que são recolhidas a cada 2 meses pela educação permanente e colocadas no prontuário de cada colaborador.

O hospital não possui um ambulatório para atendimento assistencial dos seus empregados. Havendo um problema de saúde ou um acidente de trabalho

perfuro cortante, por exemplo, os profissionais, dirigem-se para o serviço de urgência referenciada do hospital, nas mesmas condições que os usuários externos. Para consultas eletivas, os funcionários podem utilizar o CECOM – Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP, localizado no campus de Barão Geraldo – Campinas.

Além disso, contam com o serviço interno de medicina do trabalho, limitado aos exames de admissão/demissão e periódicos.

O absenteísmo é reportado mensalmente aos supervisores sem, no entanto, especificar os motivos das faltas individualmente.

Não há um plano de carreira, mas um projeto incipiente de sucessões por indicação (própria ou da chefia), composto pelas fases de pré-seleção, seleção e desenvolvimento.

Com filosofia baseada em metas de produtividade e cultura de qualidade no atendimento ao paciente, o HES conquistou prêmios e certificações, consideradas inéditas para uma instituição de saúde pública brasileira. Com dois anos de funcionamento, foi considerado um dos dez melhores hospitais do país mais bem avaliado pelos pacientes, garantindo o prêmio de Qualidade Hospitalar, na categoria Nacional, concedido pelo Ministério da Saúde.

Nessa direção, a diretoria do HES passou a investir na Acreditação Hospitalar, certificado de qualidade de atendimento, que avalia um conjunto de padrões previamente estabelecidos. O programa estabelece três níveis: 1) Segurança na estrutura física, sanitária e de capacitação profissional; 2) Processo no fluxo de trabalho e 3) Estabelecer a melhoria no atendimento e gestão para os usuários.

A entidade competente para o desenvolvimento do processo de Acreditação é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), reconhecida formalmente pelo Ministério da Saúde.

O HES recebeu em 2002 a Acreditação Hospitalar Nível 1. Foi o primeiro entre os hospitais públicos do Estado de São Paulo e o segundo entre hospitais públicos do país. Em 2003 foi o primeiro hospital público do Brasil a conquistar o Certificado de Acreditação Hospitalar Nível 2, também conhecida como Acreditação Plena.

No ano de 2004, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança (IHAC), concedido pelo Ministério da Saúde e UNICEF, chancela para o atendimento de alta qualidade à gestante e ao recém-nascido. Nesse mesmo ano, o HES foi um dos hospitais brasileiros escolhidos pelo Banco Mundial (BIRD), para uma avaliação de seu modelo através de consultores internacionais.

Em julho de 2006, o Hospital Estadual de Sumaré conquistou a Acreditação com Excelência Nível 3, tornando-se um dos três melhores hospitais públicos do país. Fato inédito para um hospital público de ensino, já que apenas oito hospitais no Brasil, cinco privados (no estado de São Paulo, só o Oswaldo Cruz), possuem essa Acreditação.

A partir de 2006, o ONA foi substituído pela Acreditação Canadense, por ser este certificado mais voltado ao paciente, analisando prontuários e entrevistando pacientes e funcionários, incluindo indicadores que avaliam as áreas de atendimento, recepção de pacientes, calibragem de equipamentos, capacitação e tecnologia de gestão. Como na ONA, a segurança do paciente é o foco dessa

tecnologia, que propões avaliar o quanto da qualidade que o hospital diz que tem chega aos pacientes.

4.3 População do Estudo

A população de estudo é formada pelos profissionais de enfermagem do Hospital Estadual de Sumaré, composta de 539 trabalhadores distribuídos em: 74 enfermeiros; 164 técnicos de enfermagem e 301 auxiliares de enfermagem, para atender os seus 14 setores.

Realizou-se um levantamento junto à gerência de enfermagem a fim de identificá-los e localizá-los nos horários e setores correspondentes.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ser profissional de enfermagem do Hospital
- Ser contratado há pelo menos seis meses;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme anexo 1.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Devolver os questionários incompletos ou não respondidos.
- Estar afastado das atividades no Hospital por quaisquer motivos durante a pesquisa.
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Do total de 539 profissionais de enfermagem elegíveis, a amostra final foi de 281 participantes, sendo: 38 enfermeiros, 87 técnicos e 156 auxiliares de enfermagem.

Foram excluídos da pesquisa:

- 167 profissionais com menos de 6 meses de experiência;
- 33 sujeitos que entregaram os questionários incompletos;
- 30 profissionais que se encontravam afastamentos ou em licença maternidade;
- 28 profissionais que não foram encontrados após 3 tentativas.

4.4 Coleta de dados

Obteve-se da gerência de enfermagem uma lista com os nomes dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do hospital, com os respectivos setores e horários de trabalho.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a novembro de 2013, nos horários dos três plantões (07:00h às 13:00h; 13:00h às 19:00h e 19:00h às 07:00h) considerando as seguintes etapas: o piloto, a aplicação dos questionários e o grupo focal.

Antes da aplicação de cada questionário, no setor disponível, realizou-se a apresentação da pesquisa, objetivos gerais e breve explicação sobre o estresse e a síndrome de Burnout.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, indicando que estavam cientes da pesquisa e concordando com a divulgação dos dados coletados, enfatizando a manutenção de sigilo quanto à identidade e a garantia de não prejuízo às suas atividades por participar da pesquisa.

4.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado com base em outros estudos sobre o tema (58,94,95). Trata-se de uma ficha de caracterização dos sujeitos dessa amostra (anexo 2), que consideram as seguintes características: sexo (feminino e masculino), idade (anos), estado civil (casado/ vivendo junto, separado ou solteiro), possuir filhos (sim e não), graduação (enfermagem, não tem e outra área), tempo de profissão (anos/média), tempo de exercício no cargo (anos/média), tempo de atuação no HES (anos/média), outro vínculo de trabalho (1 ou 2 empregos) e problema de saúde associado ao trabalho (sim e não).

Os dados coletados foram inicialmente digitados em uma planilha do programa Excel para Microsoft Office 2010, sendo corrigidos, conferidos e posteriormente transportados para o software R (96), onde todas as análises estatísticas foram realizadas, utilizando-se o nível de significância de 5%.

Para comparar as características sociodemográficas dos grupos de auxiliares e técnicos de enfermagem com o grupo de enfermeiros foram utilizados os testes de Qui-quadrado, para as variáveis categóricas, ou o teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney, para as variáveis contínuas (testadas, não apresentaram normalidade pelos testes de aderência de Shapiro-Willks).

Para correlacionar os escores de cada entrevistado entre as três dimensões da avaliação de Burnout foi utilizada a Análise de Correlação de Spearman, que é um teste não paramétrico. Este teste foi utilizado, pois nenhuma das variáveis testadas teve distribuição normal ao ser realizado o teste de Shapiro-Willks.

Para correlacionar o resultado da avaliação de Burnout com as características sociodemográficas dos entrevistados foi utilizada a Análise de Regressão Logística, através da função glm. Além disso, para a seleção

automática do melhor modelo foi utilizado o procedimento Stepward pela função step do R, utilizando o AIC (Akaike Information Criterion) como critério de inclusão/exclusão de variáveis preditoras.

A análise foi repetida para cada uma das dimensões da avaliação de Burnout, sendo que o escore de cada entrevistado foi transformado em uma variável binária, que considerou apenas os níveis alto e baixo de Burnout. O nível baixo utilizado foi composto pelos escores médios e baixos propostos por Dal Pai e Lautert (97).

As variáveis preditoras sexo (masculino/feminino), nível de escolaridade e tempo no cargo foram excluídas da Análise de Regressão Logística para o grupo de enfermeiros, pois apenas dois enfermeiros do sexo masculino foram entrevistados, todos os enfermeiros possuíam o mesmo nível de escolaridade (graduação em enfermagem) e alguns enfermeiros deixaram em branco o item do questionário referente ao tempo no cargo.

Para estudar os fatores de interesse relacionados com os três domínios do Inventário de Burnout de Maslach, os cálculos foram realizados separadamente para cada categoria profissional.

Os pontos de corte foram realizados através dos quartis para os três domínios do Inventário de Burnout.

Para analisar a consistência interna dos três domínios do Inventário de Burnout foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach segundo Lautert (94), considerando de alta consistência interna os valores acima de 0,70.

4.4.2 Health and Safety Executive – Indicator Tool (HSE-IT)

Para avaliar a percepção dos trabalhadores acerca dos fatores de risco psicossociais no trabalho foi utilizado o questionário HSE-IT.

O instrumento foi desenvolvido em 2004 pelo Health and Safety Executive, organismo oficial responsável pela prevenção de riscos psicossociais do Reino Unido, como forma de atender às obrigações legais na União Européia.

O primeiro esboço do HSE-IT foi baseado no estudo Whitehall II (98), que por sua vez utilizou uma adaptação do modelo demanda-controle-apoio social de Karasek et al. (99).

O modelo HSE pressupõe (100), que os fatores de risco psicossociais, quando não gerenciados podem afetar a saúde dos trabalhadores no ambiente de trabalho, gerando inclusive o estresse e propõe identificar e discriminar esses fatores, distribuídos em sete subescalas:

6. Demanda - inclui aspectos como a carga de trabalho e condições do trabalho (questões 3, 6, 9, 12, 16, 18, 20 e 22 – vide anexo 3);
7. Controle – o que a pessoa tem a dizer sobre a maneira de fazer o seu trabalho (2, 10, 15, 19, 25 e 30);
8. Apoio da chefia - inclui o incentivo, patrocínio e recursos fornecidos pela organização na pessoa da chefia (8, 23, 29, 33 e 35);
9. Apoio de colegas – Inclui o incentivo, solidariedade dos colegas (7, 24, 27 e 31);
10. Relacionamentos - inclui a promoção de trabalho positivo para evitar conflitos e lidar com o comportamento inaceitável (5, 14, 21 e 34);
11. Cargo - se as pessoas compreendem o seu papel dentro da organização e se a organização garante que eles não têm papéis conflitantes (1, 4, 11,13 e 17);

12. Mudanças - como a mudança organizacional em pequena ou grande escala é gerida e comunicado na organização (26, 28 e 32);

O HSE-IT é um instrumento que considera as variáveis: ambiente de trabalho e conteúdo do trabalho e permite identificar o estado atual da organização quanto a cada uma das áreas de risco que se reporta às normas de gestão, para a composição de 35 afirmações relativas ao trabalho nos últimos seis meses, onde o trabalhador assinala a frequência dos acontecimentos: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre – escala Likert de 5 pontos (anexo 3), invertida para as dimensões demanda e relacionamentos.

As vantagens do HSE-IT são: fácil aplicação; validação realizada na versão original em Inglês em mais de 26.000 trabalhadores na Inglaterra (101) e na versão italiana em 6.300, dos quais 40% vieram do setor público e 60% pelo setor privado; capacidade de fornecer informações para comparação com grupos homogêneos na mesma empresa, durante as avaliações subsequentes ou em empresas similares no tamanho ou setor de produção.

O HSE-IT aplicado neste estudo foi validado no Brasil por Lucca et al. (2013)¹ através de sua aplicação em três empresas, com 552 participantes. O modelo foi estatisticamente significativo ($\chi^2 = 1396,25$; $gl = 539$ e $p < 0.001$), com ajuste aceitável (CFI= 0,892; NFI=0,837; e RMSEA= 0,054) tendo atingido valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70 nas sete sub-escalas.

Os instrumentos disponíveis em português para mensurar o estresse relacionado ao trabalho de forma coletiva são escassos, privilegiando avaliações

¹ Trabalho ainda não publicado quando da finalização deste estudo

individuais e, de maneira geral, limitados quanto à amplitude e diversidade de dimensões.

4.4.3 Grupo focal

O grupo focal é parte da metodologia HSE. Ele capta a partir das trocas realizadas no grupo: conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações de um modo que não seria possível com o questionário. (102,103)

O grupo focal tem sido utilizado como técnica de coleta de dados desde a década de 80. Consensualmente na literatura, trata-se de uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações humanas ao discutir um tema sugerido pelo pesquisador. (104–106)

Alguns estudos desenvolvidos no campo da enfermagem afirmam a relevância do uso dessa técnica (107–109), principalmente como estratégia metodológica em pesquisas qualitativas na Enfermagem (109,110) e nos trabalhos que avaliam aspectos relacionados à educação, promoção, programas e projetos de saúde (111,112).

Nessa perspectiva, o critério de composição dos grupos dessa pesquisa seguiu a recomendação de Iervolino e Pelicione (103,111), que preconiza a intencionalidade, pois pretende que haja característica homogênea dos participantes, com pelo menos um ponto de semelhança, mas com variação entre eles para que apareça opinião diferente.

Foram definidos dois grupos, para os quais era necessário ser auxiliar ou técnico de enfermagem no grupo 1 e enfermeiro no grupo 2, exposto ao estresse crônico, isto é, com vínculo mínimo no Hospital de um ano. Além disso, era

necessário que não houvesse mais de um participante do mesmo setor, para promover a variação, já que cada setor tem sua especificidade. A separação entre técnicos e enfermeiros era para não inibir a fala com a presença da chefia imediata e/ou subordinado. Trata-se de formação intencional que favorece os relatos de experiência, valores e crenças que interagem na temática em foco (113).

Seguiu-se a orientação de Krueger (114) para que o grupo focal fosse composto por 6 a 10 participantes, entendendo que grupos menores tendem a aprofundar a temática na discussão. Um grupo foi composto por 9 representantes da liderança (enfermeiras e supervisoras de enfermagem) e outro com 7 representantes dos técnicos (auxiliares e técnicos de enfermagem).

Foram realizadas oito sessões, divididas em quatro encontros por grupo, no período de 31/08 a 11/10/2013, com duração de noventa minutos para cada sessão. As reuniões ocorreram semanalmente, em dia e hora combinados com as trabalhadoras. Esse cuidado é uma recomendação para o bom desenvolvimento dos grupos focais. (103,115)

As sessões foram realizadas em uma sala de aula ampla, arejada, no Comitê de Extensão e Pesquisa – CEP, parte da área externa do Hospital, o que assegurou privacidade, sem interferência externa. Afinal, segundo Dall'Agnol e Trench (110), o ambiente das sessões grupais deve ser agradável, confortável e acolhedor.

Optou-se por formação em círculo permitindo o bom contato visual, a interação face a face, e, ainda, a manutenção de distâncias iguais entre todas as participantes, estabelecendo o mesmo campo de visão para todas.

A pesquisadora fez o papel de moderador do grupo, responsável pela abertura de cada sessão, de manter o foco no tema, garantindo de que não se afastassem muito do tema e de favorecer que todos tivessem oportunidade de se expressar, não concentrando a monopolização da discussão por um dos participantes (103). Para tanto, explicitou-se o objetivo do grupo, a rotina da sessão, a duração e o tema a ser discutido. Solicitou-se anuência dos participantes para a gravação em áudio, garantindo o sigilo dos registros e nome dos participantes.

Para o grupo focal, foram utilizados como temática os domínios do questionário HSE-IT: demanda, controle, apoio da chefia, apoio dos colegas, relacionamentos, cargo e mudanças. As sessões foram gravadas em dois gravadores de voz.

Ao final de cada sessão, foi elaborada uma síntese dos depoimentos e oportunizado um último espaço às participantes, tanto para acrescentarem, esclarecerem ou mudarem alguma ideia referida na discussão, quanto para expressarem como se sentiram. Solicitava-se, também, que fizessem sugestões e críticas ao andamento das atividades, se desejassem. Encerrava-se com agradecimentos finais e confirmava-se a próxima sessão.

Ao início de cada nova sessão, era exposto um resumo das sessões anteriores e o objetivo da sessão atual. Para preservar a identidade dos colaboradores da pesquisa, as mesmas foram codificadas por letras (“E” para enfermeiras e “A/T” para auxiliares e técnicos) e números sequenciais.

O discurso dos participantes foi gravado após autorização prévia, transcrito na íntegra e incorporados no presente estudo, a fim de enriquecê-lo.

Para tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2008) busca compreender criticamente o sentido das narrativas, seu conteúdo manifesto ou latente e os significados. A organização dos dados seguiu as fases de pré-análise (atenção flutuante, leitura exaustiva e composição do corpus da pesquisa), exploração do material e tratamento dos resultados (codificação e inferência).

4.4.4 Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)

O MBI é o instrumento mais utilizado em todo o mundo para avaliar o Burnout, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem (75,86,93). Este questionário foi traduzido, adaptado e validado em diversos idiomas, pois apresenta vantagens práticas como: facilitar a aplicação em amostras maiores, propiciando comparação entre os dados; preenchimento rápido e fácil; baixo custo e eliminar a subjetividade do entrevistador (117).

O instrumento procura identificar aspectos associados às relações e condições do trabalho que constituem a síndrome, avaliando suas dimensões e desconsiderando antecedentes prévios e conseqüências de seu processo (75).

Utilizaremos uma versão específica do Maslach Burnout Inventory - Health Survey Services (MBI-HSS), para profissionais da saúde que foi traduzida e validada para o português por Lautert (94).

Essa versão verifica os escores de burnout em relação à frequência com que são vivenciados os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em seu ambiente de trabalho, face os pacientes e demais profissionais da equipe de saúde. (94)

O teste de consistência interna das três dimensões do teste é satisfatória, pois apresenta um Alfa de Cronbach que vai desde 0,71 até 0,90. (33)

Seus 22 itens são divididos em três subescalas, sendo nove itens relativos à exaustão emocional (EE), cinco à despersonalização (DE) e oito à baixa relação profissional (RP).

A dimensão Exaustão Emocional avalia com que frequência o sujeito se sente emocionalmente exausto pelo trabalho, de modo que quanto maior a pontuação, maior a exaustão emocional. A soma dos pontos pode variar de zero a 36. Os itens que compõem essa dimensão exaustão emocional são (94):

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho.
2. Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.
3. Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.
20. Sinto-me como se estivesse no limite das minhas possibilidades.

A dimensão Despersonalização avalia a frequência que o sujeito expressa frieza e impessoalidade mediante as demandas dos usuários e colegas do serviço de saúde, de modo que quanto maior a pontuação, maior a despersonalização. A soma dos pontos pode variar de zero a 25, os itens são:

5. Sinto que estou tratando alguns receptores do meu trabalho como se fossem objetos impessoais;

10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho;

11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente;

15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente;

22. Parece-me que os receptores do meu trabalho me culpam por alguns de seus problemas.

A dimensão Realização profissional avalia os sentimentos de competência pessoal, profissional e eficácia do enfermeiro na realização do trabalho. O escore é invertido, quanto menor a pontuação, maior o sentimento de incompetência, a pontuação pode variar de zero a 32, os itens são:

4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender, se sentem a respeito das coisas;

7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas que tenho que atender;

9. Sinto que estou influenciando positivamente as vidas das pessoas através do meu trabalho;

12. Sinto-me vigoroso com meu trabalho;

17. Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho;

18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender;

19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho;

21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita tranquilidade.

Cada item do inventário é respondido segundo uma escala tipo Likert que varia de zero a quatro, representando respectivamente nunca, algumas vezes ao ano, algumas vezes ao mês, algumas vezes na semana e diariamente, que somadas apresentam um escore global. O tempo médio de preenchimento é de 7 minutos.

Embora existam estudos que avaliaram a prevalência de burnout em grupos específicos de trabalhadores, ainda não há uma padronização (pontos de corte) para a população brasileira que classifique a síndrome em níveis (baixo, médio, alto) de acordo com a versão original do Inventário de Burnout de Maslach. (94)

Considera-se com Burnout uma pessoa que revele altas pontuações em EE e DE, associadas a baixos valores de RP (33,75,81).

4.5 Controle de vieses

4.5.1 Viés de seleção

Os trabalhadores foram cuidadosamente questionados no momento do recolhimento dos questionários sobre três importantes fatores pregressos no momento inicial da pesquisa:

Se ocorreu algum evento trágico com pessoas queridas ou familiares nos últimos 6 meses;

Investigação de carga elevada à exposição pregressa. Por exemplo, se durante o dia apresentou alguma indisposição física ou psicológica;

Se houve diagnóstico psicológico ou psiquiátrico anterior ao ingresso no hospital ou se fez (no ano passado) ou faz uso de algum medicamento controlado prescrito por médico.

As respostas seriam acrescentadas ao questionário com o intuito de desvendar momentos marcantes que pudessem interferir na resposta do MBI ou controlar pessoas que pudessem estar previamente diagnosticadas com alguma alteração mental não desvendada ou negada no questionário. Os entrevistados que respondessem sim a alguma das questões anteriormente colocadas não seriam excluídos, apenas controlados durante o estudo e nas análises finais, mas não houve casos.

4.5.2 Viés de Informação

Na tentativa de minimizar o viés de informação, os participantes foram avisados que não existe conflito de interesse, tampouco relação alguma entre a pesquisadora responsável e os órgãos patronais. Além disso, esclareceu-se que nenhuma informação seria disponibilizada a outras pessoas que não aos pesquisadores.

4.6 Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, bem como ao Comitê de Ética do Hospital Estadual de Sumaré, seguindo todos os protocolos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme os princípios da resolução 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde (118). O projeto da pesquisa foi aprovado sob o parecer nº 77720 (Anexo 1).

Após abordar os participantes da pesquisadora buscou identificar-se e informá-los acerca da pesquisa, de forma simples e clara. Após solicitou-se a participação mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, restando uma para o sujeito participante.

Conforme mencionado aos participantes, os dados coletados foram mantidos em sigilo, e o anonimato dos participantes foi respeitado em todas as fases da pesquisa.

4.7 Estudo Piloto

Realizou-se no mês de fevereiro de 2013 um estudo piloto, para adequação do questionário sociodemográfico e para verificar a compreensão das questões dos questionários autoaplicáveis. A amostra do estudo piloto consistiu em 60 dos profissionais, sendo que foram entrevistados 10 enfermeiros e 50 auxiliares e técnicos em enfermagem, escolhidos aleatoriamente. Os instrumentos foram preenchidos individualmente, no local de trabalho dos profissionais, e na presença da pesquisadora.

Não foram realizadas alterações nos instrumentos do estudo piloto, desta forma estes questionários foram incorporados e analisados juntamente com os demais.

5. RESULTADOS

5.1 Variáveis sociodemográficas

Os sujeitos da pesquisa foram distribuídos em: 86% auxiliares e técnicos de enfermagem e 14% enfermeiros.

Houve predominância do sexo feminino (84%), seguido do sexo masculino (13,5%) e 6,5% dos sujeitos não declararam (tabela 2). A proporção de homens e mulheres se manteve semelhante entre os grupos dos enfermeiros e dos auxiliares e técnicos de enfermagem ($\chi^2 = 0,34$; gl = 1; p = 0,56).

Tabela 2: Distribuição dos sujeitos da pesquisa por sexo – n(%).

	Não declarado	Feminino	Masculino
Auxiliar e Técnico de enfermagem	7(3)	213 (88)	23 (9)
Enfermeiro	0(0)	36 (95)	2 (5)
Todos os entrevistados	7 (2)	249 (89)	25 (9)

A média de idade foi semelhante entre os grupos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem ($W = 4.113,5$; p = 0,52), conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3: Idade dos entrevistados (anos) dos grupos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem.

	Média	Mínimo	Máximo
Auxiliar e Técnico de enfermagem	35,7	19	63
Enfermeiro	34,5	24	55
Todos os entrevistados	35,5	19	63

Com relação ao estado civil, há predominância de casados ou que vivem juntos, representando 60% dos profissionais de enfermagem, sendo 61% dos auxiliares e técnicos e 53% dos enfermeiros.

Os grupos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem tiveram proporção semelhante de entrevistados com e sem filhos ($\chi^2 = 2,1$; gl = 1; p = 0,15) no qual 69% dos profissionais de enfermagem declararam não ter filhos,

31% possuir filhos e 1% não responderam. Destes, 42% dos enfermeiros e 29% dos auxiliares e técnicos tem filhos.

Uma parcela de 17% dos auxiliares e técnicos de enfermagem possuíam graduação.

A tabela 4 descreve o tempo de exercício profissional dos sujeitos da pesquisa. Observa-se que o tempo médio na profissão, no exercício do cargo e na atuação no hospital pesquisado foi semelhante entre os grupos estudados.

Tabela 4: Tempo médio de trabalho dos profissionais da saúde. Hospital público, Sumaré-SP, Brasil 2013.

Profissionais	Na profissão	No cargo	No hospital
Auxiliar e Técnico de enfermagem	9,3	6,7	4,6
Enfermeiro	10,8	5,4	5,1
p-valor (Wilcox test)	0,06	0,54	0,22

Todos os profissionais possuíam o vínculo de trabalho pela CLT, mas foram observados que 21% dos auxiliares e técnicos possuem dois empregos, bem como 26% dos enfermeiros.

Constatou-se que 20% dos auxiliares e técnicos associaram problemas de saúde com trabalho no hospital. Já 34% dos enfermeiros relataram problemas de saúde relacionados com o trabalho. O tipo de problema de saúde, apesar de ter sido perguntado, não foi respondido por parcela considerável dos participantes, não sendo assim possível uma análise desses dados.

5.2 Fatores de Riscos Psicossociais no Trabalho – HSE-IT

Para verificar-se a validade do HSE-IT na avaliação dos fatores de estresse na organização, foi calculada a consistência interna do instrumento obtendo-se os valores da tabela 5.

Tabela 5: Consistência interna do questionário HSE profissionais de enfermagem – Alpha de Cronbach.

Dimensões	Auxiliares e Técnicos	Enfermeiros	Todos
Demandas	0,738	0,796	0,751
Controle	0,712	0,730	0,724
Apoio da Chefia	0,793	0,892	0,807
Apoio dos colegas	0,782	0,790	0,783
Relacionamentos	0,710	0,726	0,711
Cargo	0,821	0,802	0,818
Mudanças	0,681	0,758	0,684
Todas	0,704	0,720	0,716

A distribuição das frequências de respostas dos auxiliares e técnicos, para cada uma das sete sub-escalas do HSE-IT estão descritas na tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das frequências de respostas dos auxiliares e técnicos no HSE-IT.

Domínio	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	Fator de Estresse
Demandas	29,91	24,22	32,14	8,09	5,64	13,73
Controle	21,41	14,81	35,93	14,96	12,89	36,22
Apoio da Chefia	9,04	11,32	23,42	17,46	38,77	20,35
Apoio dos colegas	1,74	7,59	29,61	25,16	35,90	9,33
Relacionamentos	21,31	25,03	37,49	8,20	7,98	16,17
Cargo	0,53	1,24	8,24	21,35	68,64	1,77
Mudanças	10,43	13,48	23,19	21,59	31,30	23,91

De acordo com a tabela 5, para os auxiliares e técnicos de enfermagem o item relacionado com as demandas de trabalho foi apontada por 13,73% como fator de estresse, enquanto que não ter autonomia (controle) em suas atividades laborais é considerado por 36,22% como o principal fator contribuinte para o estresse.

A ausência de apoio de colegas na execução das atividades laborais, como fator desencadeante de estresse foi apontado por 9,33% dos auxiliares e técnicos, enquanto que 20,35% sentem falta de apoio da chefia.

No que diz respeito aos relacionamentos 16,17% dos respondentes se sentem estressados nessa dinâmica.

Considerando-se os aspectos relacionados com as habilidades e competência da subescala cargo, 1,77% apontaram que o papel profissional é um fator de estresse.

Outros 23,91% dos auxiliares e técnicos indicaram que as mudanças que ocorrem no ambiente de trabalho em si, ou falta de informação na ocorrência da mesma atrapalharam a rotina do trabalho, tornando-se mais vulneráveis ao estresse.

A distribuição das frequências das respostas dos enfermeiros no HES-IT, está descrita na tabela 7, como segue:

Tabela 7: Distribuição das frequências de respostas dos enfermeiros no HSE-IT.

Domínio	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	Fator de Estresse
Demandas	19,93	29,24	32,89	12,62	5,32	17,94
Controle	6,67	17,33	39,11	24,44	12,44	24,00
Apoio da Chefia	4,23	12,70	19,05	31,75	32,28	16,93
Apoio dos colegas	1,97	5,92	25,66	43,42	23,03	7,89
Relacionamentos	9,27	35,76	38,41	11,92	4,64	16,56
Cargo	0,00	0,00	5,32	39,89	54,79	0,00
Mudanças	0,88	7,08	35,40	30,09	26,55	7,96

A tabela 7 demonstra que 17,94% dos enfermeiros consideram a demanda como fator estressante. Com relação ao controle, 24% consideraram este item como gerador de estresse.

A ausência de apoio de colegas foi indicada por 7,89% dos enfermeiros e a falta de suporte da chefia por 16,93%.

O item relacionamentos, por sua vez é visto como fator de estresse por 16,56% dos respondentes.

Nenhum enfermeiro considerou como estressante no que se reporta ao cargo.

As mudanças que ocorrem no ambiente de trabalho em si, ou falta de informação na ocorrência da mesma é considerada fator de estresse para 7,96%.

Tabela 8: Distribuição das frequências dos profissionais de enfermagem no HSE-IT.

Domínio	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	Fator de estresse
Demandas	28,48	24,94	32,25	8,74	5,59	14,33
Controle	19,30	15,17	36,38	16,32	12,83	34,48
Apoio da Chefia	8,35	11,51	22,80	19,49	37,85	19,86
Apoio dos colegas	1,77	7,36	29,05	27,75	34,08	9,12
Relacionamentos	19,61	26,55	37,62	8,72	7,50	16,23
Cargo	0,46	1,06	7,82	23,99	66,67	1,52
Mudanças	9,09	12,58	24,91	22,79	30,64	21,67

De acordo com a tabela 8, quando considerado todos os profissionais de enfermagem, a demanda é fator de estresse para 14,33%. O controle é apontado por 34,48%.

A ausência de apoio de colegas foi indicada por 9,12% dos enfermeiros e da chefia elevam-se para 19,83%.

Os relacionamentos, marcados pela interação humana, são vistos como fator de estresse por 16,23% dos respondentes.

As mudanças foram apontadas por 21,67% dos profissionais como um fator estressante. E, por fim, no que se reporta ao cargo e função não representa fator estressante a maioria dos profissionais de enfermagem do HES, pois apenas 1,52% indicaram essa subescala.

5.3 Fatores de Riscos Psicossociais no trabalho - Grupo focal

Os resultados dos grupos focais serão apresentados por categorias. Para preservar a identidade dos participantes os trechos de falas dos auxiliares e técnicos de enfermagem receberam a sigla A/T e dos enfermeiros a sigla E.

Demandas e controle

Na categoria exigências e autonomia, os profissionais identificaram como fator estressor a alta demanda de trabalho e a ausência de autonomia no desenvolvimento funcional, caracterizado por protocolos rígidos e condições inadequadas, apesar de considerarem o hospital melhor do que outros em que já trabalharam.

A rotina é intensa, com extensão na vida privada. O quadro de profissionais é visto como insuficiente problema este que se acentua com as faltas freqüentes, adoecimento e presenteísmo:

“... Nunca consigo sair no horário, me sinto frustrada, sempre levo serviço para casa, atrapalhando nossa vida pessoal, porque a gente precisa cumprir prazos...” (E7)

“Aqui todos temos uma sobrecarga, não há número suficiente de médicos e pessoal da enfermagem... sem contar o monte de faltas, de pessoas que adoecem no serviço e outros que querem se safar e fingem de doentes.” (E2)

“Trabalhamos num estresse, tem dia que não consigo ir ao banheiro, mesmo com o direito de 15 minutos de descanso... À tarde a rotatividade é muito alta... e a equipe acaba ensinando o serviço no meio da correria.” (A/T3)

As faltas geram a necessidade de cobertura de escalas, pois há exigência de um número mínimo de profissionais em cada plantão e quando a chefia não consegue um substituto, solicita que alguém da equipe faça horas extras, assumindo outro plantão, comprometendo o seu descanso. O trabalho extra é

pago excepcionalmente, a compensação se dá por um banco de horas, que gera folgas apenas quando autorizadas pela chefia.

“Faço 4 ou 5 funções no mesmo dia... trabalhamos muito mais para cobrir um colega doente, ficando muitas vezes doente também.” (A/T7)

“... quando alguém falta nem sempre consigo ficar em outro plantão... se recuso ficam bravos e já fiquei sem folga por isso...” (A/T4)

“A maioria não gosta do banco de horas, porque demora até três meses para conseguir tirar folga. Em casos extremos podemos até pagar hora extra, mas ninguém quer, pelo mesmo motivo.” (E5)

Os equipamentos e a tecnologia são apontados como falhos e causa de tensão:

“... muitas vezes não tem um monitor, um oxímetro, o elevador pifa, não podemos perder o paciente...” (A/T2)

“... o cartão ponto dá problema, já sumiu horas trabalhadas, dando diferença no pagamento e impossibilitando folgas...” (A/T4)

“Se querem exigir um atendimento de qualidade, tinham que pensar na estrutura, com esse tipo de cama não dá, é sofrido levantar o paciente... sofri um acidente de trabalho (escorregou deslocando paciente obeso) e tenho limitações, não posso mais pegar peso...” (A/T7)

Os participantes demonstram não ter autonomia, os enfermeiros quanto ao gerenciamento, os técnicos quanto à execução de suas tarefas, gerando frustração:

“... a falta de autonomia do enfermeiro me deixa frustrada... o médico poda e parece que estou lá somente pra dar assistência a ele, parece que não tenho a tomada de decisão que a minha graduação permite.” (E2)

“... acatamos o que nossa enfermeira manda.” (A/T5)

O trabalho administrativo, que inclui as atualizações dos procedimentos e rotinas requeridas pelas auditorias de manutenção da certificação, é visto como um impeditivo na assistência, aumentando a sensação de pressão:

“O maior estresse que enfrento é papel, aqui tudo é CI (comunicação interna) e em intercorrências fico desesperada, não quero preencher papel, quero cuidar do paciente.” (A/T4)

“... a burocracia atrapalha, somos profissionais de ação, cobrados para agir assim e não errar.” (E1)

“Seria importante que fosse mais rápido o acesso á medicação, tem fila, conferencia da CI, os médicos ficam estressados e descontam na gente, porque se alguma coisa ruim acontecer ele vai ser responsabilizado.” (A/T3)

Apoio da chefia

Na categoria suporte e apoio da chefia, os profissionais de enfermagem entendem apoiar como sinônimo de ajudar na execução do trabalho:

“Sinto que tenho apoio da minha chefia no que tange a administração do pessoal do meu setor...” (E1)

“No nosso setor temos apoio do chefe, ela é presente, ajuda no assistencial, ver o que os outros estão fazendo...” (A/T7)

Esperam uma chefia aberta às suas sugestões e que possibilite a efetivação de mudanças sobre problemas no trabalho:

“Sinto que não temos apoio, porque pergunta nossa opinião, respondo e entende que estou confrontando.” (E4)

“Não é só cobrar, elogio eu nunca vi e reuniões pouco acontecem.” (A/T9)

“... aqui tudo é advertência e demissão e não compactuo com isso, não trabalho assim.” (E2)

Também pedem igualdade na gestão dos plantões e a justa mediação em situações conflituosas e, ainda que os representem com relação às suas necessidades de cuidado:

“... as decisões são tomadas com parâmetros diferentes em cada plantão... no nosso plantão não podemos entregá-lo com pendências, mas outros podem e isso sobrecarrega...” (E5)

“... já quase apanhei duas vezes, precisei entrar no banheiro, não tem ninguém pra intermediar.” (A/T7)

“Se atendessem as pessoas aqui evitaria faltas, eu cuido dos pacientes para a instituição e ela não cuida dos funcionários e isso me entristece.” (A/T3)

Apoio de colegas

Falam da necessidade de um trabalho em equipe que precisa ser sincronizado, como peças de uma engrenagem. A ausência ou mau funcionamento de cada uma gera estresse pelo aumento de carga de trabalho aos demais.

“Trabalhamos em dupla e a equipe precisa ter sincronia senão não funciona.” (A/T8)

“Não acho ruim de ajudar, mas acho ruim ser sobrecarregado...” (A/T7)

“Tem gente que quer fugir dos banhos. Sempre tem um ou outro que dá uma deslizada e pesa na equipe... e quando alguém falta fica sem apoio.” (A/T2)

Relacionamentos

Na categoria relacionamentos interpessoais percebeu-se que as relações dos profissionais de enfermagem com os médicos, com as chefias e entre colegas são permeadas de conflitos:

“O estresse é grande entre os colegas de trabalho, o chefe... temos uma equipe de manhã, que pelo menos conseguimos conversar, pra tentar ter uma boa convivência, que não é fácil...” (A/T3)

Há conflito na forma de comunicação dos médicos com a equipe de enfermagem:

“A médica disse que não faço nada e aí surtei... muitas pessoas saem daqui porque eles não valorizam as pessoas.” (E2)

“Há falta de diálogo, de entender a dinâmica do trabalho... muitos acham que por serem médicos podem tratar a equipe com falta de educação...” (A/T3)

“Outro dia um médico chamou uma colega de burra...” (A/T4)

“Relacionamento com os médicos... é só ver o gosto de cada um... mas eles podderiam se colocar no lugar da gente também.” (A/T7)

Observam-se conflitos em relação ao tipo de controle exercido pelas chefias e falta de solidariedade entre os colegas de trabalho:

“O chefe cobra muito, mas elogio, retorno do trabalho nunca recebemos...” (E6)

“Não temos tempo para um cafezinho, amizades...a conversa é cobrança...” (A/T6)

Entre os colegas, trabalhar de forma individualizada é visto como estressor:

“... tem gente que acha que a sua urgência é maior, que seu plantão é o mais urgente, precisamos melhorar como equipe.” (E3)

“Temos pessoas fechadas que não aceitam sugestões, dar abertura ao novo e entramos em confronto de ego.” (E5)

“Aonde eu trabalho tem conflitos, às vezes a pessoa está estressada e alguém vai falar alguma coisa e grita.” (A/T1)

“Sempre tem um folgado, não faz as coisas direito. E o relacionamento vai ficando ruim.” (A/T6)

Cargo

O cargo do profissional de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro) não foi percebido pelos participantes do GF como estressor. Há clareza sobre a posição hierárquica e conhecimento sobre a função exercida (atribuições, deveres, responsabilidades e requisitos inerentes às suas atividades).

*“Eu sou feliz com a minha escolha, gosto do que faço, achei meu caminho...”
(A/T1)*

“... há hierarquia, cada um tem seu papel e limites, temos grande responsabilidade ao cuidar de pessoas, fazer relatórios, dar medicação e finalizar o plantão.” (E3)

Entretanto, o domínio da função, visto como fundamental para o trabalho em equipe é impactado pela grande rotatividade, gerando estresse pelo aumento de demanda no treinamento dos novos profissionais:

“Terminamos de formar aqui, no dia a dia, os cursos não tem qualificado como deveriam e com a correria que vivemos, ficamos sobrecarregados” (E1)

“A rotatividade é grande e cansa muito” (E5)

Mudanças

Na categoria comunicação, as mudanças na organização ou no processo de trabalho são decididas pelo topo da hierarquia, dando aos profissionais a sensação de imposição, gerando resistência à mudança, como fica evidenciado a seguir:

“As mudanças aqui são impostas.” (A/T1)

*“As mudanças aqui são informadas pelas nossas supervisoras, que são informadas pela gerência e ai nos passam e passamos para os técnicos.”
(E2)*

“... quando muda algo fico resistente no inicio...” (E6).

Não há espaço para o diálogo no processo de trabalho:

“Quería fazer reuniões com a minha equipe, conversar mais, acompanhar mais, mas a correria não deixa, o sufoco é grande.” (E6)

“Talvez se houvesse mais clareza sobre as coisas haveria menos crítica nas trocas de plantões, falta diálogo...” (E4)

“Plantão é continuidade, temos que ver as coisas erradas e ficar calada? Ai a gente chega na enfermeira, não sei se conversa ou não, porque não vemos retorno, nada muda.” (A/T3)

Reconhecimento Profissional

Uma categoria de análise não investigada no questionário do HSE-IT e que apareceu no grupo focal como desencadeante de estresse foi o reconhecimento profissional e expectativas dos profissionais de enfermagem com relação à instituição, que quando frustradas levam à desmotivação e perda de profissionais.

“... não há diferenciação nenhuma se investir em estudos, reconhecimento nenhum. Ai, os bons vão embora para lugares onde serão reconhecidos.” (E4)

O Plano de carreira e os benefícios são percebidos como reconhecimento e sua ausência como fator de estresse:

“Falta plano de carreira, pois nossa responsabilidade de motivar a equipe, gerenciar problemas é grande, e isso gera um estresse muito grande...” (E1)

“Reconhecimento para mim é benefícios, não acho justo pagar plano de saúde, trabalho em um hospital de referencia, com ótimos profissionais de saúde.” (E6)

A remuneração – apesar de estar dentro da média para a categoria sob CLT – é vista com insatisfação:

“... somos a maioria de funcionários, a grande força, mas não somos prioridade. Ganhamos pouco... sou responsável por 61 pessoas... o médico ganha o dobro... não quero que o cara ganhe menos, quero ganhar mais.” (E1)

“... somos da (instituição empregadora) e lá (outro hospital público universitário da mesma instituição) paga mais do que aqui, é injusto.” (E6).

Elogios ao trabalho e vantagens no processo seletivo interno são sinônimos de valorização institucional:

“Parece irrelevante, mas é importante pontuar os pontos positivos, faz um bem, incentiva... reconhecer a importância da enfermagem, agradecer alguma ação...” (E5)

“... mas quando abre vaga precisávamos fazer o processo seletivo interno primeiro. Valorizar quem está aqui...” (E1)

“Poxa e quando a gente está tem cinco, seis meses sem nenhuma falha e ninguém vem e parabeniza a gente, acho que deve ser mostrado um pouco mais os valores que a gente tem e não só mostrar apenas as críticas...” (A/T8)

Acreditação

A Acreditação foi outra categoria que emergiu no GF. A consequente centralidade na função do profissional de enfermagem durante esse processo é considerada como estressor:

“Vejo que aqui é muito estressante por conta do perfil do Hospital de Acreditação, temos que ter válvula de escape, porque o enfermeiro é o centro, os outros profissionais procuram o enfermeiro...” (E6)

Percebem que não há uma contrapartida aos esforços empreendidos:

“... é um estresse... trabalhamos muito nessa época [avaliação da Acreditação], a enfermagem é o centro da avaliação e só aparecem as coisas boas... Não dão nenhum real pra gente, não somos cuidados... se a gente ficar com dor, ninguém nos atende.” (A/T3)

Apesar do estresse, reconhecem que é um momento em que o trabalho dos profissionais de enfermagem tem visualização e condições adequadas, mesmo que provisoriamente, evidenciando que há possibilidades de melhorias.

“... acho que a coisa da Acreditação é uma cachaça, pois é um momento em que aprendemos muita coisa, temos força pra mudar coisas, somos olhados e ao mesmo tempo, há a pressão e a coisa de ser avaliado... é meio droga... gostamos disso.” (E1)

“... esse momento as coisas acontecem como deveriam acontecer sempre e quando passa a avaliação tudo piora” (E5)

Entretanto apontam a inadequação da pela estrutura física oferecida:

“Se querem exigir um atendimento canadense, tinham que pensar na estrutura, no Canadá não tem esse tipo de cama não (que tem fazer força para levantar paciente), lá o paciente é sentado na cama” (A/T7).

“... o pessoal da Acreditação não vê que aqui falta material, falta estrutura?” (A/T2)

“A UR (urgência) desse hospital é desumana quando não tem Acreditação. Imagina você ficar deitada numa maca num colchão fino por 3 dias...” (A/T3)

5.4 A Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem

A tabela 9 mostra os resultados obtidos para o alpha de Cronbach (α), que verifica a consistência interna do teste. Os valores obtidos mostram valores satisfatórios próximos ao preconizado pela literatura que é de 0,70. Comparando-se com outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento, as dimensões desgaste emocional e realização profissional apresentaram maior confiabilidade quando comparados à subescala despersonalização (33,119).

Tabela 9: Consistência interna das dimensões/domínios do questionário MBI - Alpha de Cronbach.

Dimensões	Auxiliares e Técnicos	Enfermeiro	Todos
Desgaste emocional	0,854	0,830	0,851
Despersonalização	0,578	0,737	0,592
Realização Profissional	0,687	0,532	0,673
Todas	0,698	0,759	0,705

Na tabela 10 estão descritos os resultados estatísticos para respectivos domínios em cada categoria profissional, segundo os critérios do MBI-HSS, considerando os pontos de corte, a média, desvio padrão e quartis do somatório das respostas para cada domínio.

Tabela 10: Estatísticas descritivas dos domínios do MBI-HSS entre auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Domínio	Aux/Técnicos de enf.			Enfermeiros		
	DE*	DP**	RP***	DE	DP	RP
Média	12,6	3,5	24,2	13,9	3,9	24,2
DP	7,5	3,5	5,5	6,3	3,1	3,9
Mínimo	0	0	6	2	0	16
1° Quartil	7	0	21	10	1,25	22
2° Quartil	12	3	25	15	4	24
3° Quartil	17	6	28	19	6	27
Máximo	32	17	32	27	14	32

DE* Desgaste emocional; DP** Despersonalização; RP*** Realização profissional

A distribuição das três dimensões avaliadas pelo MBI-HSS, com os respectivos percentis de acometimento em cada categoria profissional encontra-se na tabela 11.

Ao observar as três categorias profissionais, constata-se que mais de 25% da amostra dos auxiliares e técnicos e dos enfermeiros apresentaram, em pelo menos um domínio, alta exaustão emocional e despersonalização com relação ao seu trabalho e baixa realização profissional.

Tabela 11: Distribuição das três dimensões com os respectivos percentuais em cada categoria profissional. Sumaré-SP, 2013.

Domínios	Aux/Téc de Enfermagem				Enfermeiros			
	Nível	Pontos de corte	n	%	Nível	Pontos de corte	n	%
Desgaste emocional	Alto	≥ 17	61	25,5	Alto	≥ 19	10	26,3
	Moderado	7 a 17	111	46,4	Moderado	10 a 19	17	44,7
	Baixo	≤ 7	67	28,0	Baixo	≤ 10	11	28,9
Despersonalização	Alta	≥ 6	66	27,6	Alta	≥ 6	11	28,9
	Moderada	0 a 6	102	42,7	Moderada	2 a 6	17	44,7
	Baixa	≤ 0	71	29,7	Baixa	≤ 1	10	26,3
Realização profissional	Baixa	≤ 21	66	27,6	Baixa	≤ 22	11	28,9
	Moderada	21 a 28	93	38,9	Moderada	22 a 27	15	39,5
	Alta	≥ 28	80	33,5	Alta	≥ 27	12	31,6

A prevalência de SB, isto é, níveis altos nas dimensões de exaustão e de despersonalização, e nível baixo na realização profissional, foi de 6,3% entre os auxiliares e técnicos de enfermagem e 2,6 % entre os enfermeiros, conforme se observa na tabela 12, não mostrando diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 12: Distribuição dos três domínios do *Burnout* com os respectivos percentuais em cada categoria profissional. Sumaré-SP, 2013.

Profissionais	Uma dimensão (%)	Duas dimensões (%)	Três dimensões: Síndrome de Burnout (%)
Aux e Téc de Enfermagem	78 (32,1)	35 (14,4)	15 (6,3)
Enfermeiros	13 (34,2)	08 (21,1)	01 (2,6)
Geral	91 (32,4)	43 (15,3)	16 (5,7)

$\chi^2=1,78$; p-valor=0,62

As associações significativas entre os domínios de Burnout e as variáveis sociodemográficas estão descritas na tabela 13.

A exaustão emocional apresentou associação significativa para os auxiliares e técnicos de enfermagem que possuem menor idade, mais tempo de hospital e que referiam possuir mais problemas de saúde. A despersonalização

apresentou correlação significativa para os auxiliares e técnicos de enfermagem que possuem dois empregos. A baixa realização profissional entre os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentou associação significativa com o tempo de trabalho na profissão.

Tabela 13: Correlação entre os domínios de *Burnout* e variáveis sociodemográficas – Regressão logística.

Grupo	Dimensões	Variáveis Sócio-demográficas	OR	Valor p
Auxiliares e técnicos de enfermagem	Exaustão Emocional	Idade (anos)	0,94	0,024
		Tempo no hospital (anos)	1,14	0,044
		Problemas de saúde (ter)	3,25	0,023
	Despersonalização	Número de empregos	3,36	0,012
		Realização Profissional (baixa)	Tempo na profissão (anos)	1,07
Enfermeiros	Exaustão Emocional	Tempo no hospital (anos)	2,65	0,031
		Número de empregos	1.907,98	0,018
	Despersonalização	Tempo na profissão (anos)	0,64	0,027
		Número de empregos	133,43	0,019

A exaustão emocional apresentou associação significativa para os enfermeiros que possuíam mais tempo no hospital e dois empregos. A despersonalização apresentou associação significativa para os enfermeiros que possuíam maior tempo de profissão e dois empregos. Nenhuma das variáveis sociodemográficas mensuradas teve correlação com a baixa realização profissional dos enfermeiros.

6. DISCUSSÃO

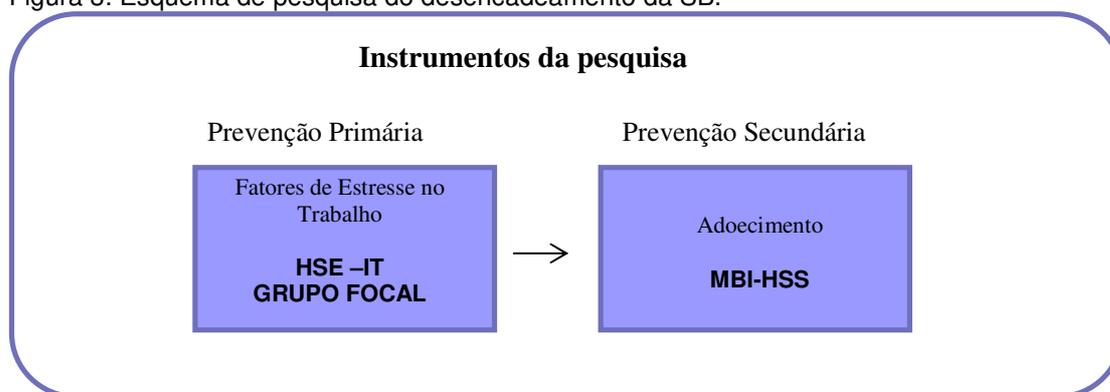
Kompier e Kristensen (120) em sua revisão sobre metodologias e teorias utilizadas nas pesquisas sobre estresse ocupacional ressaltam que há ênfase nas abordagens individuais, isto é, tendência a explicar sucessos e fracassos organizacionais através de características individuais das pessoas envolvidas, responsabilizando a personalidade e estilo de vida dos trabalhadores por suas ausências do trabalho ou queixas de saúde.

O problema é que essa abordagem leva a recomendações unilaterais para a redução do estresse, concentrando no indivíduo a mudança da condição estressante.

Discordando deste tipo de enfoque individual, a presente pesquisa buscou analisar a influência dos FPRT, que podem ser fontes de estresse na percepção dos profissionais e cujo sofrimento psíquico contribui decisivamente na ocorrência de SB em profissionais de enfermagem.

O primeiro passo foi identificar na organização do trabalho, categorias cujo impacto foi percebido pelos profissionais como fonte de risco, para o desencadeamento do estresse. Os instrumentos utilizados nessa busca foram o HSE-IT e o grupo focal, como preconiza a metodologia HSE, em relação á gestão adequada dos fatores psicossociais relacionados ao estresse ocupacional e que compõe a prevenção primária, conforme o esquema da figura 3.

Figura 3: Esquema de pesquisa do desencadeamento da SB.



Esses fatores encontram seus paralelos na definição de organização de trabalho de Dejours et al. (2), que são: a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, modalidade de comando, relações de poder e questões de responsabilidade.

Os resultados apresentados identificaram esses fatores, com base nas frequências das respostas dadas pelos profissionais de enfermagem entrevistados.

Tabela 14: Scores do HSE-IT.

Domínio HSE-IT	Todos	Enfermeiros	Aux e Tec	Percentil
Demanda	2,41	2,55	2,38	<20
Controle	2,90	3,18	2,85	<20
Apoio chefia	3,67	3,75	3,66	>80
Apoio colegas	3,85	3,80	3,86	>50;<80
Relacionamentos	2,58	2,67	2,57	<20
Cargo e função	4,52	4,48	4,52	>80
Mudanças	3,53	3,74	3,50	>80

Distribuição conforme ferramenta disponibilizada em http://www.the-stress-site.net/uploads/2/7/0/6/2706840/hse_management_standards_analysis_tool.xls

Para efeito de comparação, essas frequências foram submetidas a uma ferramenta online que as transforma em escores de 1 a 5, mostrados na tabela 14, onde valores menores indicam maior estresse. Essa ferramenta indica a posição

relativa do HES em termos de percentil em relação a 130 empresas do Reino Unido.

Observa-se que os escores das dimensões demanda, controle e relacionamentos encontram-se abaixo do 20º percentil da distribuição, portanto entre as 20% das empresas com piores resultados, enquanto que o escore de apoio de colegas situa-se entre o 50º e 80º percentil e os escores de apoio da chefia, cargo e função e mudanças encontram-se acima do 80º percentil, indicando resultados mais próximos do escore máximo.

A ferramenta utilizada gera um gráfico do panorama atual e indica valores a serem atingidos, em cada uma das dimensões através de intervenção imediata e a longo prazo (figuras 4 e 5).

Figura 4: Escores do HSE-IT – Enfermeiros.

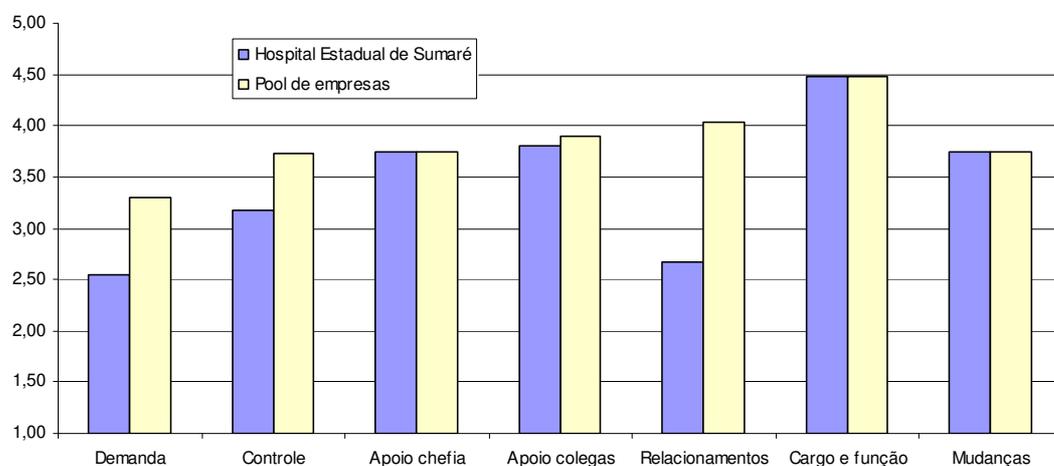
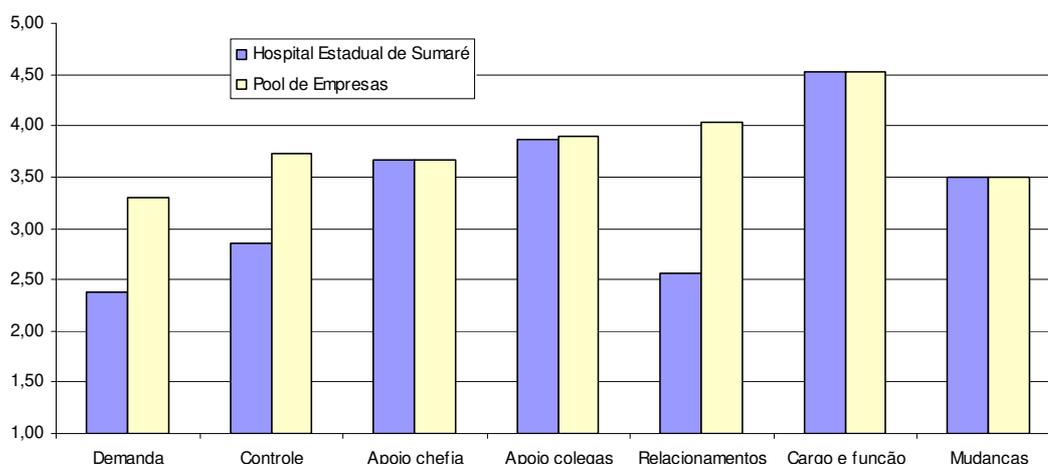


Figura 5: Escores do HSE-IT - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.



Observa-se que, em uma configuração ideal, todos os escores devem ter como meta o valor máximo (5), do qual apenas a dimensão cargo se aproxima. No pólo oposto, demanda, controle e relacionamentos apresentam escores abaixo de 3.

Por outro lado o GF, em suas categorias nos conduziram aos FPRT listados abaixo:

- Demanda e controle: alta demanda, rotina intensa, trabalho para casa, sobrecarga, falta de autonomia, hierarquia rígida, trabalho administrativo, faltas, quadro de funcionários insuficiente; adoecimento; simulação; dobrar plantão ou função; remuneração; equipamentos e a tecnologia que falham; número grande de tarefas para a carga horária; rotatividade;
- Apoio: falta de – ajuda, elogios, abertura da chefia para opiniões, mudanças pós opiniões, mediação da chefia e colegas em conflitos com pacientes, chefia representativa, cuidado á saúde, sincronia na execução do trabalho e diferença na gestão de plantões;
- Relacionamentos: tratamento dos médicos, relacionamento formal com as chefias, limitado à função de controle, cobrança dos chefes, faltam elogios, trabalho individualizado;

- Cargo: qualificação deficitária e rotatividade;
- Mudanças: falta de diálogo e mudanças impostas;
- Reconhecimento Profissional: Falta de plano de carreira e benefícios, remuneração;
- Acreditação: sobrecarga, cobrança extra, falta de contra partida.

Os estressores mencionados no GF evidenciam que existe problemas no processo de trabalho que deveriam ser considerados para otimizar a gestão e as condições de trabalho na prevenção do estresse na instituição.

A demanda vivenciada pelos profissionais de enfermagem no HES caracteriza nível elevado de exigência psíquica, que segundo Karazek e Theorell (121) são geradores de riscos psicológicos e de adoecimento psíquico, com indicação de reações adversas como estresse, fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas.

Um exemplo se refere a sobrecarga vivenciada pelos profissionais, mencionada no GF, pois revelam uma jornada dupla, caracterizada pela dobra de plantões e de função, que culmina em faltas por motivo de doença (absenteísmo).

A categoria controle demonstrou que esses profissionais tem baixa autonomia no cumprimento das tarefas relativas ao cargo. Karasek e Theorell avaliam ser importante o poder de decisão sobre suas tarefas e sua conduta durante o dia de trabalho. Enfatizam os autores que constrangimentos na tomada de decisão constitui fonte de tensão no trabalho. Concorda Glina (122), ao afirmar que o estresse pode se agravar quanto menor for a autonomia do enfermeiro.

Concomitante, a categoria mudanças evidenciou fatores que revelam uma instituição com alto controle, caracterizando rigidez na comunicação, seja entre os profissionais, seja na implementação de alterações no processo.

Na categorias apoio da chefia e apoio de colegas apareceram queixas frequentes com relação às coberturas e trocas de plantão, e ao individualismo decorrente, que afeta o trabalho em equipe, considerado importante pelos profissionais. Entretanto, o apoio social caracteriza o clima do ambiente de trabalho e tem como componente a relação emocional com o trabalho e o sentimento de suporte. Pode funcionar, inclusive, como amparo ao trabalhador, amortecendo a relação entre demandas e controle do trabalho.

Os relacionamentos é uma categoria em que aparece problemas entre as categorias envolvidas, dando margem a um abuso na forma com que a hierarquia é exercida, particularmente entre médicos e os profissionais de enfermagem, mas também entre enfermeiros e técnicos e auxiliares. As queixas no GF incluem até mesmo falta de respeito.

Um estudo (123) sobre os fatores de risco de estresse do enfermeiro hospitalar, realizado em 2006 na cidade de Uberaba também revelou estresse advindo do relacionamento entre a própria equipe de enfermagem e também decorrente da interação com a equipe multiprofissional. Segundo Araújo, Aquino e Menezes (124) muitas vezes a equipe médica valoriza a cura, em detrimento do cuidado, gerando conflitos e atritos entre as outras equipes. Já sobre os colegas, Rocha e Glina (122) ressaltam a importância de um ambiente harmoniosa, uma vez que o seu relacionamento é um fator protetor para o estresse.

Na categoria cargo a qualificação profissional revelou-se impactante em dois momentos: na admissão, gerando sobrecarga aos colegas que precisam lhes complementar o treinamento recebido na formação e considerado insuficiente e também o plano de carreira. Como pontos críticos foram destacados a impossibilidade de se investir na continuidade de sua formação, dada a grande carga de trabalho imposta e a falta de incentivo da instituição, tanto por não liberar o funcionário para essa atividade quanto não promovendo a educação permanente. Vale lembrar que o HES possui um setor de educação permanente, mas que está voltado ao treinamento demandado por alterações em procedimentos de trabalho, conforme dito na entrevista com a gerência de enfermagem (anexo 5).

Para Costa et al (125) a implantação de planos de carreiras, cargos e salários impulsionam a busca pela qualificação profissional e tem sido constantemente referida como fundamental para o desenvolvimento dos serviços de saúde pública.

A insatisfação mostrada na categoria reconhecimento profissional vai à mesma direção da categoria anterior. Destaca que o salário, considerado baixo frente ao esforço despendido na realização do trabalho, com a falta de benefícios como, por exemplo, a ausência de cuidado e assistência à saúde dos profissionais e a falta de um plano de carreira na instituição, acarreta um sentimento de não reconhecimento, considerado por eles um fator estressor.

O reconhecimento está associado às expectativas de retribuição pela contribuição oferecida pelos indivíduos à organização (126). É também apontado como nuclear em processos de saúde e prazer no trabalho. Para Dejours (127) a

falta de reconhecimento leva a processos de sofrimento, adoecimento e despersonalização.

A ausência de retribuição pelos esforços despendidos durante o processo de acreditação canadense, também assumiu um aspecto de reconhecimento profissional. Como no estudo de Manzo et al (128), os profissionais de enfermagem do HES observaram um clima organizacional favorável ao aprendizado profissional, mas relataram a falta de reconhecimento, inclusive financeira, em face do desafio vivenciado, cobrança e imposição da implementação da acreditação pela alta administração, sem sensibilização dos profissionais.

Enfim, as expectativas dos profissionais de enfermagem, reveladas no GF, vão além da questão da remuneração. Esperam que a força de trabalho que oferecem seja recompensada pelo hospital com uma estrutura adequada, sem falta de equipamentos e tecnologia, um quadro de funcionários estável e suficiente para todas as tarefas, um cuidado da instituição com seus profissionais, seja no suporte à saúde, à execução do trabalho, na comunicação clara e efetiva, bidirecional, com hierarquia, mas sem autoritarismo, e possibilidade de diálogo e mudanças.

Como consequência dos FPRT e desencadeantes de estresse na instituição, foi mensurado possível adoecimento dos profissionais de enfermagem do HES: a Síndrome de Burnout (SB).

A prevalência da SB nessa pesquisa foi semelhante à de outros estudos recentes e assegura a relevância do resultado encontrado, como relatou Zanatta (129) em profissionais de saúde de um hospital de referência em câncer infantil

em Campinas/SP, cuja prevalência foi de 4,8% de Burnout; o estudo de Ferreira (130) com prevalência de 5,9% entre os Técnicos de Enfermagem de um hospital público de Campinas/SP e a pesquisa de Galindo et al. (131) em enfermeiros de um hospital geral de Recife/PB, com prevalência de 4,7%.

Foi encontrada uma grande parcela dos profissionais com níveis moderados (entre o primeiro e terceiro quartis) nas três dimensões de Burnout: 46% dos profissionais para EE, 43% para DE e 39% para RP. Níveis semelhantes foram encontrados por Lorenz et al. (132) e Ferreira (130). Entende-se isso como um sinal de alarme e a constatação que parcela importante dos profissionais de enfermagem manifesta sintomas de adoecimento. Neste sentido aponta-se que, se não houver intervenção ou se falharem as estratégias defensivas individuais, o número de profissionais com SB poderá aumentar.

Foram estimadas as associações entre os dados sociodemográficos e as dimensões da SB, separadamente para os dois grupos estudados, sendo tempo de trabalho e número de empregos as variáveis que mostraram risco em ambos.

O tempo de trabalho no hospital foi associado à Exaustão Emocional (EE) nos dois grupos, sendo um risco aos profissionais com maior tempo de atuação nessa instituição. O estudo de Silva e Carlotto (133) relata que nos hospitais a preocupação está voltada exclusivamente para os pacientes e a infraestrutura, em detrimento do cuidado aos profissionais e suas condições de trabalho, possibilitando o adoecimento e conseqüente perda de qualidade na assistência prestada.

O número de empregos é um fator de risco para EE entre os enfermeiros, esperado em situações de sobrecarga como preconizado por Maslach et al. (65).

Aparece também como risco para Despersonalização (DE) nos dois grupos, cujo efeito pode ser o sentimento de distanciamento da clientela atendida e o ambiente de trabalho (134). Os profissionais de enfermagem pesquisados por Meneghini, Paz e Lautert (119) ressaltam que trabalhar em mais de uma instituição torna a responsabilidade muito grande e que muitos aspectos da vida precisam ser renunciados, tais como a convivência familiar e a participação social. Além disso, como apresentado neste estudo, a dificuldade de conciliar dois empregos é marcante no contexto hospitalar, onde as atividades são frequentemente complexas, além de uma rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de horários, rotinas, normas e regulamentos.

Entre os auxiliares e técnicos, a idade mostrou-se um fator protetor para a Exaustão Emocional. Os profissionais mais jovens são mais acometidos por EE também em outros estudos (86,135,136), o que, segundo Benevides-Pereira (134) explica-se pelas expectativas não concretizadas e com a dificuldade para vislumbrar melhorias nas condições laborais. Para Kenney (137), com a idade os indivíduos aprendem a identificar, confrontar e manipular os estressores, podendo auxiliar na estratégia de coping mais adequada às situações de estresse.

O tempo na profissão apresentou-se como fator de proteção para a dimensão DE (OR=0,64) no grupo dos enfermeiros. Segundo Meneghini et al. (119), aqueles com mais tempo de profissão sentem o cansaço e o desgaste, mas para manter o otimismo continuam esperando uma solução, talvez porque estejam mais complacentes ou extraíam aspectos positivos de experiências negativas. Outro ponto é que os mais antigos na profissão que estavam insatisfeitos com o

trabalho e tiveram oportunidade de mudança, já podem ter seguido outros caminhos.

O tempo na profissão para os auxiliares e técnicos foi estimado como risco para a dimensão de baixa realização profissional (RP), podendo estar ligado com a insatisfação, pois no estudo de Silva e Carlotto (133) percebeu-se que a realização profissional aumenta na medida em que aumentam a satisfação com as relações hierárquicas, com o ambiente físico de trabalho, com o conteúdo das atividades desenvolvidas e com as oportunidades de crescimento profissional, fatores esses não observados nesse grupo de profissionais.

Referir ter tido problemas de saúde associa-se a um risco 225% maior de EE no grupo de auxiliares e técnicos, em relação a não ter tido problemas de saúde, como encontrado nos estudos de Ferreira (130) e Lorenz et al. (132).

Apesar de testadas, as associações entre sexo e as dimensões de SB, não mostraram significância estatística. Benevides-Pereira (134) destaca não haver consenso na literatura sobre essa associação.

Essas associações, porém, estão restritas a fatores relacionados individualmente aos profissionais. Uma análise da gênese da SB que tenha apenas essa perspectiva acaba por deixar de lado quaisquer outros fatores de risco que possam ser detectados no ambiente de trabalho. Este estudo evidenciou esses fatores através da percepção dos próprios trabalhadores no HSE-IT e GF. Conhecê-los é fundamental para uma ação preventiva, pois a persistência desses estressores crônicos no ambiente de trabalho, por definição, pode levar o trabalhador a desenvolver a SB (133).

Além disso, reconhece-se que alguns dos fatores sociodemográficos, apesar de serem relativos a cada indivíduo, representam na verdade aspectos negativos da relação de trabalho, como a rotatividade, e que não tem relação direta com a profissão, mas com a estrutura organizacional do empregador.

Trindade e Lautert (80) concordam que é papel da instituição cuidar da organização do trabalho e identificar os estressores laborais, e oferecer suporte às estratégias de promoção à saúde do trabalhador. Trigo, Teng e Hallak (138) vêem a organização do trabalho como desencadeante da SB.

A principal limitação dos estudos sobre Burnout refere-se à aplicação do instrumento (MBI-HSS) ser quantitativo e transversal. Considerando que a SB é o resultado da exposição aos fatores de estresse no trabalho a inclusão do GF neste estudo é uma forma de suprir essa deficiência. Tornam-se necessários a realização de estudos longitudinais com a elaboração de modelos de hipóteses que incluam como fatores de gênese da SB as características da organização do trabalho.

Importante ressaltar que a validade das pesquisas na forma de questionários de autoavaliação é muitas vezes objeto de discussão, porque o seu resultado está sujeito à percepção subjetiva do problema. No entanto, a percepção individual desempenha um papel-chave na prevenção de problemas de saúde, uma vez que representam um indicador útil de saúde da empresa e pode ser parte de uma estratégia mais ampla que visa identificar e gerenciar as fontes potenciais de estresse relacionado ao trabalho (139).

Bakker e Costa (140) ressaltam em um artigo de revisão bastante atual a necessidade de se conduzirem estudos que possam comparar sujeitos com

diferentes níveis de burnout e sua correlação com os fatores de risco para o seu desenvolvimento. Maslach et al. (93) sugerem que novos estudos devam incorporar os conceitos de Job Demands-Resources, relacionando o burnout às demandas do trabalho e seu oposto, o engagement, com os recursos oferecidos pela organização.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi feito um diagnóstico na instituição estudada buscando identificar a presença de fatores psicossociais de risco no trabalho (FPRT) que poderiam desencadear estresse ocupacional entre os profissionais de enfermagem.

A aplicação de instrumentos de percepção dos fatores desencadeantes de estresse no trabalho – o HSE-IT e o grupo focal - mostraram-se eficazes para essa avaliação.

O estudo utilizou método tradicional quantitativo (MBI-HSS) para mensurar a prevalência da SB em profissionais de enfermagem, tendo encontrado resultados compatíveis com a literatura, tanto na prevalência quanto na sua associação com algumas variáveis sociodemográficas individuais.

Entretanto, o diagnóstico dos FPRT revelou que os profissionais de enfermagem estão sujeitos a problemas na gestão da organização do trabalho, o que pode promover adoecimento, e que a vulnerabilidade à SB não está somente na dependência do desgaste físico e emocional intrínsecos da profissão da categoria de enfermagem, amplamente reportada na literatura, mas também no modo como o trabalho está estruturado na instituição de saúde.

O estresse no trabalho e o burnout são consequências da exposição aos riscos psicossociais, mas não há em nossa legislação obrigatoriedade no gerenciamento dos mesmos, apenas a NR33 e 35, referenciam-nos.

Como limitação do presente estudo, aponta-se que a prevalência de *burnout* avaliada pode estar subestimada, pelo fato dos profissionais afastados do serviço por motivos de saúde – o que inclui a SB – não terem sido avaliados.

Esta pesquisa sugere a necessidade de um olhar mais amplo sobre as causas da SB, sem, entretanto, permitir a generalização de seus resultados. Espera-se que, após a devolutiva e discussão dos resultados deste trabalho com os sujeitos da pesquisa e respectivos gestores do hospital, seja possível a intervenção primária com vistas na minimização ou eliminação dos principais estressores ocupacionais em favor da promoção e preservação da saúde dos profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde do HES.

Além disso, é fundamental que seja feita também a intervenção secundária, implementando na instituição o cuidado aos funcionários diagnosticados com SB, através do seu encaminhamento, e a permanente atenção aos sinais de adoecimento, com a criação de espaços de escuta com profissionais treinados (psicólogos).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud S. O mal-estar na civilização. São Paulo: Penguin Classics; Companhia das Letras; 2011.
2. Dejours C, Paraguay AI, Ferreira LL. A loucura do trabalho estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré; 2008.
3. Antunes R. Adeus ao trabalho? ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15^o ed. São Paulo: Cortez; 2011.
4. Smith A. A riqueza das nações. Rio de Janeiro: Ediouro; 1986.
5. Bendassolli PF. Psicologia e Trabalho – Apropriações e Significados [Internet]. São Paulo: Cengage Learning; 2010 [citado 20 de novembro de 2014]. 200 p. Recuperado de: <http://www.cengage.com.br/ls/psicologia-e-trabalho-apropriacoes-e-significados/>
6. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora; 2011.
7. Dejours C. A banalização da injustiça social. 4^o ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2001.
8. Campos GW de S. Reforma da reforma, repensando a saúde [Internet]. 3^o ed. São Paulo: Hucitec; 2006 [citado 20 de novembro de 2014]. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=160820&indexSearch=ID>
9. Assunção AA, Belisário SA. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2007. 40 p.
10. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: UniJuí; 2007. p. 19–60.
11. Lorenzi RL, Oliveira IM de. Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. Rev Bras Saúde Ocupacional. 2008;33(117):6–14.
12. Jackson Filho JM. Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e breve apresentação. Rev Bras Saúde Ocupacional. junho de 2008;33(117):4–5.
13. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2007.

14. Faria HX. No Fio da Navalha: o Processo de Trabalho de uma Unidade de Saúde da Família de Vila Velha [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [Vitória]: Universidade Federal do Espírito Santo; 2010. Recuperado de: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_3795_HELAYNNE%20XIMENES%20FARIA.pdf
15. Luz MT. Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos [Internet]. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO; 2007 [citado 20 de novembro de 2014]. 225 p. Recuperado de: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-488166>
16. Merhy EE. Saude: a cartografia do trabalho vivo. Sao Paulo: Hucitec; 2002.
17. Reis LB. Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória [Internet]. Universidade Federal do Espírito Santo; 2005 [citado 20 de novembro de 2014]. Recuperado de: <http://oatd.org/oatd/record?record=oai%5C:ufes.br%5C:82>
18. Souza MT. A saúde do trabalhador do SUS. Rev Saúde Coletiva. 2010;41(7):134.
19. Suzuki E, Itomine I, Kanoya Y, Katsuki T, Horii S, Sato C. Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals. J Occup Health. janeiro de 2006;48(1):49–61.
20. Santos PR dos. Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro [Internet] [Thesis]. 2010 [citado 12 de janeiro de 2015]. Recuperado de: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2544>
21. La OIT estima que se producen más de un millón de muertos en el trabajo cada año [Internet]. 1999 [citado 12 de janeiro de 2015]. Recuperado de: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/press-releases/WCMS_008562/lang--es/index.htm
22. Silva EB de F, Tomé LA de O, Costa T de JG da, Santana M da CCP de. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. Epidemiol E Serviços Saúde. setembro de 2012;21(3):505–14.
23. Vasconcellos LCF de, Oliveira MHB de, organizadores. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro, RJ: EDUCAM; 2011. 598 p.
24. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. junho de 2000;53(2):251–63.
25. Waldow VR. Estratégias de ensino na enfermagem enfoque no cuidado e no

pensamento crítico. 2º ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

26. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 5a. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2000. 199 p.
27. Kleba ME. Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento [Internet]. Argos; 2005 [citado 12 de janeiro de 2015]. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=411493&indexSearch=ID>
28. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício [Internet]. 5º ed. São Paulo: Hucitec; 2003 [citado 22 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=160471&indexSearch=ID>
29. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1996.
30. Ribeiro HP. O hospital: história e crise [Internet]. São Paulo: Cortez; 1993 [citado 20 de novembro de 2014]. 135 p. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=160470&indexSearch=ID>
31. Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis: Editora Vozes; 2005.
32. Neumann VN. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar [Internet]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007 [citado 22 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=17887&indexSearch=ID>
33. Benevides-Pereira AMT. O processo de adoecer pelo trabalho. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 21–92.
34. Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica [Internet]. São Paulo: Cortez Editora; 1986 [citado 12 de janeiro de 2015]. 143 p. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=8271&indexSearch=ID>
35. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

36. Peres RS, Santos MA, Carvalho AMR. Precarização das relações de trabalho, desemprego e desigualdade social: desafios para a psicologia na economia globalizada contemporânea. *Arquitetura de uma ocupação: orientação profissional*. São Paulo: Vetor; 2003. p. 172–85.
37. Costa FM da, Vieira MA, Sena RR de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. fevereiro de 2009;62(1):38–44.
38. Hemp P. Presenteeism: at work--but out of it. *Harv Bus Rev*. outubro de 2004;82(10):49–58, 155.
39. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. maio de 2008;93(3):498–512.
40. Silva VF da, Oliveira HB de, Botega NJ, Marín-León L, Barros MB de A, Dalgalarondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2006;22(9):1835–43.
41. Avellar LZ, Iglesias A, Valverde PF. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicol Em Estudo*. dezembro de 2007;12(3):475–81.
42. European Agency for Safety and Health at Work. *Mainstreaming occupational safety and health into university education*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
43. Gollac M, Volkoff S, Degoy H, Weber L, Willemez L. Les conditions de travail aujourd’hui: Entretien. *Savoir/Agir*. 2008;3(1):43.
44. International Labour Office. *Automatisation, organisation du travail et stress d’origine professionnelle*. Genebra, OIT; 1986.
45. World Health Organisation. *Report of the 1st WHO interdisciplinary workshop on psychosocial factors and health*. Stockholm; 1976 p. 11–5.
46. Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Geneva: International Labour Office; 1986. 81 p.
47. Vallery G, Leduc S. *Les risques psychosociaux*. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
48. Theorell T, Tsutsumi A, Hallquist J, Reuterwall C, Hogstedt C, Fredlund P, et al. Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: a study of working men in Stockholm. The SHEEP Study Group. *Stockholm Heart epidemiology Program*. *Am J Public Health*. março de 1998;88(3):382–8.

49. Guimarães LAM, Martins D de A, Botelho AS de O. CONTRIBUIÇÕES PARA A AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DA NORMA REGULADORA 33 (NR-33). *Perspect Em Gest Conhecimento*. 3 de outubro de 2013;3(0):57–66.
50. Leka S, Griffiths A, Cox T, Team WHOO and EH. Work organisation and stress : systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. *La organización del trabajo y el estrés : estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales* [Internet]. 2003 [citado 1 de abril de 2015]; Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42625>
51. Villalobos JO. Estrés y trabajo [Internet]. 2014 [citado 10 de dezembro de 2014]. Recuperado de: http://www.avizora.com/publicaciones/salud_humana/textos/0110_stress_trabajo.htm
52. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail [Internet]. 2011 [citado 1 de abril de 2015]. Recuperado de: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000201/>
53. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflections on stress and Burnout and their relationship with nursing. *Rev Lat Am Enfermagem*. abril de 2005;13(2):255–61.
54. Lipp MEN, organizador. *O stress no Brasil: pesquisas avançadas*. 1a. ed. Campinas, São Paulo, Brasil: Papyrus Editora; 2004. 223 p.
55. Ferreira AB de H, Ferreira MB. *Míni Aurélio: o dicionário da língua Portuguesa*. Curitiba, Brazil: Editora Positivo; 2010.
56. Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J*. 3 de julho de 1976;115(1):53–6.
57. Feuerstein M, Labbé EE, Kuczmierczyk AR. Health psychology: a psychobiological perspective [Internet]. 1986 [citado 11 de janeiro de 2015]. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-0562-8>
58. Glina DMR, Rocha LE. *Saúde mental no trabalho - da teoria à prática*. 1º ed. ROCA; 2010. 464 p.
59. Paschoal T, Tamayo Á. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estud Psicol Natal*. abril de 2004;9(1):45–52.
60. Guimarães LAM, Martins DA, Siegrist J. *Modelo teórico de estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho*. Série Saúde Mental e Trabalho. 1º ed São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

61. Codo W, Vasques-Menezes I. O que é burnout? Carinho e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes; 1999. p. 237–55.
62. Abreu KL de, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicol Ciênc E Prof.* junho de 2002;22(2):22–9.
63. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr.* junho de 2007;105(3):236–40.
64. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico-PUCRS.* 2008;39(2):152–8.
65. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):397–422.
66. Schaufeli W, Maslach C, Marek T. Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis; 1993.
67. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis; 1998. 238 p.
68. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1 de janeiro de 1974;30(1):159–65.
69. França HH. A síndrome de “burnout”. 1987;44:197–9.
70. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. *Hum Relat.* 4 de janeiro de 1982;35(4):283–305.
71. Farber BA. Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1991. 351 p.
72. Carlotto MS. The Burnout syndrome in teachers: prevalence and associated factors. *Psicol Teor E Pesqui.* dezembro de 2011;27(4):403–10.
73. Leite NMB. Síndrome de Burnout e relações sociais no trabalho : um estudo com professores da educação básica [Internet] [Dissertação / Dissertation]. [Brasília]: UnB; 2007 [citado 25 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/3261>
74. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Sage Publications; 1980. 204 p.
75. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ*

Behav. 1981;2(2):99–113.

76. Brasil. Portaria nº 1339/GM [Internet]. nov 18, 1999. Recuperado de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>
77. Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do burnout no Brasil. Rev Eletrônica InterAção Psy. 2003;1:4–11.
78. Pines A, Aronson E. Career Burnout: Causes and Cures. New York; London: Free Pr; 1989. 257 p.
79. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo. Madrid: Piramide; 2005. 192 p.
80. Trindade L de L, Lautert L. Syndrome of Burnout among the workers of the Strategy of Health of the Family. Rev Esc Enferm USP. junho de 2010;44(2):274–9.
81. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3º ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.
82. Dantas EA de M, Borges L de O. Saúde organizacional e síndrome de burnout em escolas e hospitais. Estud E Pesqui Em Psicol. 1 de abril de 2012;12(1):116–44.
83. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In: Consultant rc JSO, Psychology JAMW of M, Dean CLC of OP and H and DV, organizadores. The Handbook of Work and Health Psychology [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [citado 12 de janeiro de 2015]. p. 383–425. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470013400.ch19/summary>
84. Borges L de O, Argolo JCT, Baker MCS. Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. Psicol Reflex E Crítica. 2006;19(1):34–43.
85. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa [Internet]. Papirus; 1999 [citado 20 de novembro de 2014]. 239 p. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=622097&indexSearch=ID>
86. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención [Internet]. PsicoPediaHoy. 2002 [citado 22 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
87. Moreira D de S, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalence of

burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cad Saúde Pública*. julho de 2009;25(7):1559–68.

88. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem*. abril de 2011;19(2):340–7.
89. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav*. maio de 2004;25(3):293–315.
90. Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D. Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *J Educ Psychol*. 2007;99(2):274–84.
91. Schaufeli WB, Salanova MS. Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. 2006;
92. Pocinho M, Capelo MR. Vulnerability to stress, coping strategies and self-efficiency among Portuguese teachers. *Educ E Pesqui*. agosto de 2009;35(2):351–67.
93. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 19 de junho de 2009;14(3):204–20.
94. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [Internet]. [Salamanca]: Universidade Pontifícia de Salamanca; 1995 [citado 22 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/11028>
95. Lorenz VR. A síndrome do esgotamento profissional e os fatores de estresse em enfermeiros de um hospital universitario [Internet]. 2009 [citado 22 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000466070>
96. R Development Core Team. R Development Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2013.
97. Dal Pai D, Lautert L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. abril de 2005;58(2):231–4.
98. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 8 de junho de 1991;337(8754):1387–93.
99. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The

- Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* outubro de 1998;3(4):322–55.
100. Great Britain, Health and Safety Executive. *Managing the causes of work-related stress: a step-by-step approach using the management standards.* [Great Britain]: HSE; 2007.
 101. Edwards JA, Webster S, Van Laar D, Easton S. Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. *Work Stress.* abril de 2008;22(2):96–107.
 102. Morgan DL, Krueger RA, King JA, organizadores. *Focus group kit.* Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications; 1998. 6 p.
 103. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.* Brasília, DF: Líber Livro; 2005.
 104. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde Impr.* 2011;35(4):438–42.
 105. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paid Ribeirão Preto.* 2002;12(24):149–61.
 106. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais / Notes for the work with focus group technique. *Psicol Em Rev.* 29 de outubro de 2008;10(15):124–38.
 107. Gomes VL de O, Telles K da S, Roballo E de C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):856–62.
 108. Oliveira DL de. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. *Ciênc Amp Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3093–102.
 109. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM da, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto - Enferm.* dezembro de 2008;17(4):779–86.
 110. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 21 de maio de 2008;20(1):5.
 111. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* junho de 2001;35(2):115–21.

112. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS da, Silva AL da, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Amp Contexto - Enferm.* março de 2007;16(1):71–9.
113. Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
114. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE; 2000. 240 p.
115. Debus M. *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Washington (USA): Academy for Educational Development; 1988. 97 p.
116. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
117. Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão [Internet] [text]. Universidade de São Paulo; 2011 [citado 27 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-26052011-123120/>
118. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução. 196 out 10, 1996.
119. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Occupational factors related to Burnout syndrome components among nursing personnel. *Texto Amp Contexto - Enferm.* junho de 2011;20(2):225–33.
120. Kompier MAJ, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional. *Cad Psicol Soc Trab.* 1 de dezembro de 2003;6(0):37.
121. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books; 1992. 402 p.
122. Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MG. Mental health and work: a discussion of the connection between work and diagnosis based on daily practice. *Cad Saúde Pública.* junho de 2001;17(3):607–16.
123. Montanholi LL, Tavares DM dos S, Oliveira GR de. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar [Internet]. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2006 [citado 1 de abril de 2015]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=267019619013>
124. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses. *Rev Saúde Pública.* agosto de 2003;37(4):424–33.

125. Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontol Clínico-Científica Online*. junho de 2010;9(2):119–23.
126. Siqueira MMM, Gomide-Jr S. Vínculos do indivíduo com o trabalho e a organização. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
127. Dejours C. *Travail vivant: Tome 2, Travail et émancipation*. Paris: Payot; 2009. 242 p.
128. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Rev Lat Am Enfermagem*. fevereiro de 2012;20(1):151–8.
129. Zanatta AB. A prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde trabalhadores de um hospital oncohematológico infantil na cidade de Campinas/SP [Internet]. 2013 [citado 22 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000903972>
130. Ferreira N do N. Síndrome do esgotamento profissional e fatores associados em técnicos de Enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo [Internet]. 2012 [citado 23 de outubro de 2014]. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000870202>
131. Galindo RH, Feliciano KV de O, Lima RA dos S, Souza AI de. Burnout Syndrome among General Hospital Nurses in Recife. *Rev Esc Enferm USP*. abril de 2012;46(2):420–7.
132. Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. dezembro de 2010;18(6):1084–91.
133. Silva TD da, Carlotto MS. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Rev SBPH*. junho de 2008;11(1):113–30.
134. Benevides-Pereira AMT. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 3º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. 282 p.
135. Franco GP, Barros ALBL de, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout em residentes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. março de 2011;45(1):12–8.
136. Nordang K, Hall-Lord M-L, Farup PG. Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BMC Nurs*. 4 de junho de 2010;9(1):8.

137. Kenny DA. Dyadic data analysis. New York: Guilford Press; 2006. 458 p.
138. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiquiatr Clínica. 2007;34(5):223–33.
139. ISPESL. Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Dipartimento di Medicina del Lavoro, Laboratorio di Epidemiologia e Statistica Sanitaria Occupazionale. Terzo Rapporto. 2010.
140. Bakker AB, Costa PL. Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. Burn Res. dezembro de 2014;1(3):112–9.

ANEXO 1: Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Sr.(a) _____ a participar da pesquisa com o título: “**A organização do trabalho em hospital público e os fatores de vulnerabilidade ao sofrimento mental em profissionais de enfermagem**” realizada para o doutorado em Saúde Coletiva na UNICAMP.

A pesquisa será desenvolvida entre os profissionais de enfermagem do Hospital Estadual de Sumaré, no próprio local de trabalho, para analisar a organização do trabalho em um hospital contemporâneo público e avaliar a associação do funcionamento organizacional à ocorrência de sofrimento mental em profissionais de enfermagem, através de um questionário.

O questionário inclui informações sociodemográficas e profissionais; um roteiro de questões subjetivas, que visa captar a percepção dos trabalhadores acerca do seu trabalho e um roteiro de perguntas do Maslach *Burnout* Inventory (MBI), para verificar a incidência das dimensões da Síndrome de esgotamento profissional (Burnout), entre os profissionais que responderem o questionário.

Essa pesquisa será feita com a orientação do professor responsável e com a supervisão da pesquisadora que aplicará o questionário. Os seus nomes estão no fim desta carta e eles responderão a qualquer pergunta inclusive depois que o estudo acabar.

A participação na pesquisa é voluntária, ninguém será obrigado a responder e se participar receberá apenas o agradecimento da equipe. Ninguém será pago nem ganhará recompensa ou vantagem de qualquer natureza, e se alguém não desejar participar não será maltratado nem terá nenhum prejuízo ou constrangimento. As respostas de cada participante não serão fornecidas para outras pessoas. Os resultados não vão dizer quem respondeu e nem quais foram as informações sobre cada um. Ninguém será solicitado a fornecer nada além das respostas. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue para quem concordar em assinar e participar da pesquisa para ajudar a resolver dúvidas ou necessidades de informação. Caso ocorram reclamações ou denúncias sobre esta pesquisa por motivos éticos poderá ser feito contato por comparecimento, por carta ou e-mail, ou por telefone para o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP13083-887, Campinas – SP, telefones (019) 3521-8936 ou 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br .

Os pesquisadores responsáveis trabalham no mesmo endereço acima:

Renata Cristina Sobral Dias (Doutoranda UNICAMP): (18) 96468613

E-mail: renatacsobral@gmail.com

Sérgio Roberto de Lucca (Orientador) Tel. (19) 3521-7885

E-mail: slucca@fcm.unicamp.br

Assino abaixo esta carta por que concordo em participar da pesquisa e por que considero que fui devidamente informado e esclarecido sobre o interesse em minha participação.

Local e data: _____, _____ / _____ / _____

Nome: _____

Assinatura do entrevistado ou responsável: _____

ANEXO 2: Questionário sociodemográfico

- Gênero: masculino feminino Idade: _____ anos

- Estado Civil:

Solteiro(a) Separado(a)
 Casado(a) Divorciado(a)
 Vivendo como casado(a) Viúvo(a)

- Possui filhos? Sim Não

- Formação: _____ Ano de Formação: _____

- Nível Educacional:

Técnico Graduação Pós Graduação

- Há quanto tempo trabalha na profissão? _____ anos

- Cargo que ocupa atualmente: _____

- Que tipo de contrato você possui neste Hospital?

Estatutário CLT Autônomo Terceirizado

- Qual o seu regime de trabalho?

Turnos Horário administrativo

- Há quantos anos você trabalha neste Hospital? _____ anos

- Quantos empregos você possui? _____

- Quantas horas você trabalha por semana neste hospital? _____

- Já esteve afastado do trabalho por motivo de saúde nos últimos dois anos?

Sim Por quais motivos? _____
 Não

- Você teve algum problema de saúde, nos últimos 2 anos, que considera estar associado ao trabalho neste Hospital? sim não

Se teve, qual/quais? _____

- Você gosta de sua profissão? Sim Não Em termos

- Você gosta do seu cargo/atividade atual? Sim Não Em termos

- Você gosta do trabalhar neste hospital? Sim Não Em termos

ANEXO 3: Avaliação do Estresse

N	Questões	FREQUÊNCIA				
		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	Sei claramente o que é esperado de mim no trabalho.					
2	Posso decidir quando fazer uma pausa.					
3	No trabalho, diferentes grupos exigem de mim, coisas difíceis de conciliar.					
4	Sei como fazer para executar o meu trabalho.					
5	Estou sujeito a assédio pessoal na forma de palavras ou comportamentos rudes.					
6	Tenho prazos impossíveis de serem cumpridos.					
7	Se o trabalho fica difícil, meus colegas me ajudam.					
8	Recebo retorno sobre o trabalho que eu realizo.					
9	Tenho que trabalhar muito intensamente.					
10	Posso decidir sobre o meu ritmo de trabalho.					
11	Estou ciente quais são os meus deveres e responsabilidades.					
12	Preciso deixar de lado algumas tarefas porque tenho coisas demais para fazer.					
13	Eu conheço as metas e objetivos do meu departamento					
14	Existe atrito ou animosidade entre os colegas de trabalho.					
15	Posso escolher como fazer o meu trabalho.					
16	Não consigo fazer pausas suficientes.					
17	Compreendo como o meu trabalho se integra com os objetivos da organização.					
18	Sou pressionado para trabalhar por longos períodos.					
19	Posso escolher o que fazer no trabalho.					
20	Tenho que trabalhar muito rápido.					
21	Estou sujeito a constrangimentos no trabalho.					
22	Sofro pressões de tempo absurdas.					
23	Posso contar com a ajuda do meu chefe imediato para resolver problemas do trabalho					
24	Recebo a ajuda e o apoio necessário dos meus colegas.					
25	Tenho algum poder de decisão sobre a minha maneira de trabalhar.					
26	Tenho oportunidades suficientes para questionar as chefias sobre mudanças no trabalho.					
27	Sou respeitado como eu mereço pelos meus colegas .					
28	A equipe é sempre consultada sobre mudanças no trabalho.					
29	Posso falar com o meu chefe imediato sobre algo que me incomodou no trabalho.					
30	Meu horário de trabalho pode ser flexível.					
31	Meus colegas estão dispostos a ouvir os meus problemas relacionados ao trabalho.					
32	Quando ocorrem mudanças no trabalho, sou esclarecido de como elas funcionarão na prática.					
33	Recebo apoio quando realizo trabalho que pode ser emocionalmente desgastante.					
34	Os relacionamentos no trabalho são tensos.					
35	Meu chefe imediato me motiva no trabalho.					

ANEXO 4: Burnout

Na continuação, você encontrará uma série de enunciados a cerca de seu trabalho e de seus sentimentos referentes a ele. Peço sua colaboração para responder a eles tal qual se sente (conforme o quadro abaixo). Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa, veridicamente, sua própria experiência.

Nunca = 0	Algumas vezes ao ano = 1	Algumas vezes ao mês = 2	Algumas vezes na semana = 3	Diariamente = 4
-----------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	-----------------

Com que frequência sente isso?

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado(a) com o meu trabalho ()
2. Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado(a) ()
3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado(a) ()
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas ()
- 5 Sinto que estou tratando alguns receptores do meu trabalho como se fossem objetos impessoais ()
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa ()
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender ()
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando ()
9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas através de meu trabalho ()
10. Sinto que me tornei mais duro(a) com as pessoas desde que eu comecei este trabalho ()
11. Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente ()
12. Sinto-me muito vigoroso(a) com meu trabalho ()
13. Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho ()
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho ()
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente ()
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa ()
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho ()
18. Sinto-me estimulado(a) depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender ()
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho ()
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades ()
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita Tranqüilidade ()
22. Parece-me que os receptores do meu trabalho me culpam por alguns dos seus problemas ()

ANEXO 5: Transcrição da entrevista com o staff do Hospital Estadual de Sumaré (HES)

1. Horário de trabalho da equipe:

HES: São três turnos: 07 às 13h; 13 às 19h e o turno das 19 às 7h. Trabalha 12 horas e folga 24 horas. Trabalha dia sim, dia não.

Tempo oficial de descanso:

HES: Quem trabalha 12 horas tem uma hora e quem trabalha 6 horas são 15 minutos para café. O que a gente não tem é a batida de cartão para os 15 minutos de lanche, apenas para o pessoal que trabalha 12 horas.

2. Qual a regra de funcionamento do banco de horas? E das horas extras?

HES: O banco de horas está dentro do acordo coletivo com o sindicato. Não há um acordo de horas extras, isso se dá diretamente com a gerência de enfermagem, o que temos é o acordo de banco de horas... Somente eu e a Marcela (supervisora) podemos liberar a hora extra, após ligação do supervisor solicitando mediante justificativa. Como funciona? A gente não tem um número, um valor, de quantas horas ele pode fazer no mês. Ele pode fazer 10, 15, 20 horas... isso bem na verdade é uma fragilidade nossa. As horas que esse profissional faz no mês tem até 3 meses para ser compensada em folga e se em 3 meses eu não consigo dar a hora de descanso, automaticamente o hospital paga. É uma fragilidade porque a maioria dos profissionais de enfermagem tem sobrecarga, porque trabalham em outras instituições também e muitas vezes

esses que tem 2 ou 3 empregos acabam fazendo horas a mais e o quanto eles fazem a mais? A gente não mensura hoje. Isso é uma coisa que já sinalizei ao RH como preocupação minha, porque de duas, uma...ou são sempre aqueles que não trabalham em 2 empregos que acabam ajudando, fazendo banco de horas e a gente acaba sobrecarregando...**eu não sei se tem legislação...isso que pontuei ao RH: qual o limite de horas eles podem fazer?** Deve ter! O RH devia ter essa informação e bloquear o funcionário quando atingir o limite, porque isso tem impacto a longo prazo, no cansaço, na fadiga, no burnout, em tudo provavelmente. E isso (controle) a gente não faz, a política de banco de horas só estabelece o pagamento. Quem controla o banco de horas é a enfermeira da equipe pelo cartão ponto. Toda hora extra passa o cartão ponto, temos os dados, mas não gerenciamos a informação, deveria ser feito pelo RH, porque eu enquanto gerencia não consigo fazer o controle de 600 funcionários. Deveria ter alguma coisa automática, que bloqueasse o cartão do funcionário se suas horas fossem atingidas. Preocupa-me muito o impacto disso, porque os que mais ajudam são os que mais ficam sobrecarregados, ouvimos isso na fala deles. Hoje só temos o controle global de quantas horas precisaremos pagar no mês, que representa que não consegui dar folga a alguns funcionários, mas não sei individualmente quantas horas a Maria fez ou a Joana, em quem tem mais impacto, o Maximo que consigo refinar é por unidade. Uso esse controle para subsidiar decisões minhas, argumentar o aumento de horas extras pagas como sobrecarga, impacto no absenteísmo e necessidade de mais contratação. Mas, para o colaborador mesmo não consigo trazer benefício, e seria interessante saber, para cuidarmos das pessoas individualmente. Na verdade, aqui na gerencia, por pessoa não consigo

gerenciar nada, pelo contingente grande de funcionários. Como disse o RH tem a informação no cartão ponto, mas não tem um método de gestão e venho sinalizando a bastante tempo, porque fico preocupada e preciso, as ações seriam mais pontuais e não perceptivas a partir do todo.

3. Vocês têm um organograma, para evidenciar a disposição da hierarquia dos profissionais de enfermagem?

HES: Superintendência com 2 braços: um é a assistência e o outro a administração. A enfermagem faz parte da assistência e tem um diretor de assistência, que é o Mauricio. Abaixo dele tem quatro gerências: gerência de enfermagem, ger. de atendimento, ger. médica e ger. de apoio. Na enfermagem tem o meu organograma: gerente, depois a coordenadora Marcela, abaixo da Marcela tem um supervisor por área que somam 14, os enfermeiros assistenciais que é uma média de um por plantão, enfermeiros folguistas e auxiliares e técnicos.

4. Vocês têm a descrição de cargo do auxiliar e técnico de enfermagem, bem como o de enfermeiro?

HES: Sim [mas não foi fornecida]. Em 2010 começaram a avaliação por competência e nesse período foi estabelecida a descrição de cargo. A gerência de enfermagem fez o de auxiliar, técnico e enfermeiro. Tenho do enfermeiro assistencial e o do supervisor.

5. Como é o processo seletivo do profissional de enfermagem no HES, considerando profissional de enfermagem todos os técnicos, auxiliares e enfermeiros? (Quais etapas, instrumentos utilizados)

HES: Como a gente fez a avaliação por competência, que considera competência organizacional, técnica e comportamental, a gente tentou atrelar essas competências que foram escolhidas pela instituição para tudo, inclusive para o processo seletivo. Temos o edital que a gente faz a contratação pela FUNCAMP, que é terceirizada da UNICAMP... As gerencias de área palpitam na elaboração do edital, se precisa de experiência ou sem, se quer processo mais afinado para alguma especialidade, como um enfermeiro obstetra... Enfim, a gente que define com o RH, ai a gente monta quais são os pré-requisitos pra começar a recrutar e esse edital precisa ficar no mínimo 3 dias em divulgação, é o prazo da FUNCAMP.

HES: O processo seletivo pode ser interno e externo. O externo ocorre em 3 etapas: análise do currículo adequado aos requisitos do edital pela educação permanente; prova escrita (média 6); entrevista classificatória com supervisores de enfermagem. O interno tem governabilidade maior, não tem padrão, depende o cargo. O de auxiliar de técnico acaba sendo parecida nas etapas, a prova é diferente porque eles tem conhecimento que agregou aqui. O de enfermeiro, além da prova de conhecimento, tem a prova prática e às vezes tem dinâmica para avaliar aspectos comportamentais, tais como liderança, gerenciamento do cuidado. Os supervisores participam da entrevista de técnico e auxiliar, já para enfermeiro apenas a gerente e a coordenadora de enfermagem.

Treinamentos

HES: Não tem cronograma, ocorre por demanda ou mudança de prática. As responsáveis são as duas enfermeiras da educação permanente.

6. Quantos profissionais havia no total há cinco anos?

[essa informação ficou para ser enviada por email, não o sendo até a finalização deste texto]

7. Qual a remuneração dos auxiliares? E dos técnicos? E dos enfermeiros?

[Informação suprimida por questão de sigilo.]

8. Qual a demanda existente nesse hospital? (Quantos pacientes por profissional?)

HES: Há uma variação, olha-se o dimensionamento de cada área e tenta atrelar por categoria porque existe uma legislação do COREN que prevê para técnicos de enfermagem (no HORASE há técnicos atuando exclusivamente na UTI, emergência e urgência, conforme determinação do COREN) um profissional para cada dois leitos; para as unidades de internação a gente usa outra ferramenta para avaliar a carga de trabalho que é o Fugulin (2005) - <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf> - que a média pela legislação do COREN é 1 auxiliar para cada 4 leitos. E os enfermeiros só temos a RDC 7 que dispõe sobre cuidados intensivos, recomendando 1 enfermeiro para cada 8 leitos, mas para as unidades de internação a gente não tem e o que utilizamos hoje é a

Resolução 96 do COFEN baseada na cultura norte americana que varia de uma unidade para outra, dependendo do perfil de paciente de cada unidade. Entretanto no EUA há predominância de enfermeiros no cuidado, em detrimento de profissionais de ensino médio, realidade bem diferente do Brasil. HES: Por ex. por essa resolução na minha clinica médica, que prevalece pacientes de alta dependência teríamos que ter 25 enfermeiros e isso é inviável, fora da nossa realidade. Hoje no Brasil apenas hospitais de altíssimo retorno financeiro, como Einstein e Sírio Libanês, conseguem seguir a resolução, tem em média 1 enfermeiro para cada 4 pacientes. A proporção que temos de ensino médio, eles tem de enfermeiro. Então eu tenho mais auxiliares e técnicos do que o COREN pede do que enfermeiros. Considerando que o maior absenteísmo ocorre no cargo de auxiliar e de técnico não acredito que meu dimensionamento é inadequado. O que posso garantir hoje com respaldo do COREN é um 1 enfermeiro por plantão, temos nas unidades de internação 1 enfermeiro para 34 leitos e onde consigo ser diferente são nas UTIs, onde tenho que seguir a RDC7, com 1 enfermeiro para 8 leitos.

[Ficou de mandar por email quadro atual e o proposto pelo COREN, não foi enviado]

9. Vocês oferecem algum suporte á saúde dos profissionais? (ex.:atendimentos emergenciais, psicólogo, fisioterapeuta, etc..)

HES: Tem medicina do trabalho que admissional e demissional . Não temos um ambulatório, o suporte ambulatorial para doenças agudas que não impactam no

trabalho eles podem buscar na urgência referenciada do Hospital e existe um questionamento da equipe que atende lá que o local não é porta aberta, mas oficialmente eles podem ir lá, mas serão atendidos como um usuário, passando pela classificação de risco, para avaliar o quanto urgente precisa ser seu atendimento. E isso hoje não é bem visto pelo funcionário, que em situação de risco verde, pode esperar até 5 horas pra ser atendido.

HES: Fora isso, se a médica do trabalho perceber alguma alteração, encaminhamos os funcionários ao serviço de especialidades do CECOM – Centro de Saúde da Comunidade da UNICAMP, com atendimento de dermatologia, fisio, psico, cardiologia e endócrino.

HES: Não é o suficiente, existe uma queixa muito freqüente dos colaboradores e a diretoria tem ciência, talvez o caminho fosse criar um SESMT com atendimento ambulatorial de algumas especialidades ou pelo menos triar direitinho para fazer o encaminhamento.

HES: Aqui temos 1 psicólogo para o hospital todo, exclusivo para os pacientes.

10. Acreditação Canandense: como funciona? Que nível estão? E como funciona no setor de enfermagem?

HES: São ONA nível 3, que é o máximo, que avalia muitos documentos, dados, análise do resultado, conversa com chefias. Ao longo do tempo sentiam falta de alguma coisa que fosse mais beira leito, a opinião do paciente, a percepção do paciente sobre o serviço, porque a ONA é muito RDC, adequação de estrutura,

daí em 2006 buscaram a Acreditação Canadense, que é uma certificação internacional e inicialmente na metodologia que entramos não havia nível, mas o ano passado (2013) mudou o método, que chama-se Quimento, que avalia prontuários e conversa com pacientes e funcionários, com nível ouro, platina e diamante, propondo a avaliar o quanto da qualidade que o hospital diz que tem chega aos pacientes, porém a única empresa certificadora no Brasil é a Qualisa, mas eles não estão trabalhando com os 3 níveis, somente com a certificação de nível máximo que é a diamante. E a nossa certificação ocorre a cada 3 anos que seria agora em março, então entramos nessa do Quimento e em 2015 seremos certificados, se passarmos, como diamante. Para enfermagem acha que força a instituição a ter uma estrutura melhor, que é melhor. Alguns questionavam o porquê da certificação, afinal sendo público não ganham nada a mais com isso, o orçamento é fixo independente da certificação, o ganho é para o paciente. E com o Quimento ficou claro para o funcionário que é para melhorar para o paciente e hoje quando perguntamos sobre hope, nome dado pelo método às boas práticas, começaram a enxergar que mudou a prática deles e muda para o paciente, agregando muito valor. A enfermagem acaba sendo mais estratégica, porque a avaliação se dá com 80 a 90% dos profissionais, que é o que está beira leito, que se envolve muito e teve que se desenvolver muito. E muita gente não sai daqui por causa disso, pois traz um reconhecimento, pois trabalham num hospital SUS que cuida direitinho, acham que não dão conta de trabalhar em um hospital que não cuida direito, trabalha com dignidade. No começo foi uma estratégia de fazer as pessoas trabalharem com meta, para oferecer um serviço com qualidade para não perder dinheiro, pois há metas de produção e de qualidade estipuladas pelo

convenio de gestão do Estado, que temos que cumprir. E com o tempo foi alcançando outras coisas sem querer, disseminando... Hoje só perco um enfermeiro ou supervisor para melhores cargos ou concurso. Fico contente com isso, o profissional aqui se desenvolve. Já os auxiliares e técnicos perco por benefício ou porque arrumou emprego mais próximo de casa.

11. Como avaliam se o funcionário (profissional de enfermagem) é eficiente?

Antes de 2010 a enfermagem era a única a fazer avaliação de desempenho no HES, com instrumento desenvolvido por esse setor, depois da implementação de competências nesse ano, com instrumentos institucionalizados aderimos a essa prática. É anual e individual, preenchido online pela chefia imediata. Os enfermeiros são feitos pelos supervisores, mas ambos são avaliados pela gerente de enfermagem, que consegue avaliar se o supervisor faz uma avaliação justa do enfermeiro, pois tem mais propriedade para discutir pela proximidade. Há uma reunião com os supervisores de *feedback* antes de fechar a avaliação de desempenho, onde são consideradas a ficha de intercorrências dos funcionários, que são recolhidas a cada 2 meses pela educação permanente e colocadas no prontuário de cada colaborador. Trabalhamos com a equipe que a avaliação de desempenho não pode ser considerada como *feedback*, porque este deve ser diário, mas é uma retrospectiva de algumas coisas, que antes era muito subjetiva. Estamos na 3ª, com mais maturidade, melhorando, realizada no início do ano, a primeira foi um fiasco, sem essa ficha, onde se colocavam opiniões. Acho que ainda não é a melhor, falta preparo para uma boa avaliação, quando implantamos foi superficial.

12. Quantas faltam ocorrem em 2013? E em 2014 (até o momento?) Quais as principais causas de afastamento?

HES: Tem a parcial do semestre de 2014. Era mensurado pelo SESMT e hoje é enviado mensalmente aos supervisores, com os CIDS. Hoje percebo que tem uma variação muito grande de mês a mês por cada unidade, não há prevalência de nada e não dá para intervir com fidedignidade alguma ação... HES: Imagino que seja a facilidade de acesso ao atestado. Antes o SESMT passava o levantamento geral e isso não ajuda porque não representa a realidade, que quando por unidade isso se distribui não mostrando prevalência em nada. Fico frustrada por ter dados e não conseguir usar esses dados para trazer benefícios para o funcionário, não consigo visualizar individualidades.

13. Carreira. Sei que não há um plano de carreira, mas um técnico pode tornar-se enfermeiro e o enfermeiro tornar-se supervisor. Qual a regra para que isso aconteça?

HES: Não tem plano de carreira, a verba fixa que recebem inviabiliza. Não temos política de sucessão. Como eu virei de enfermeira gerente? Não sei. Em certo momento da profissão me destaquei e fui convidada, mas não tem nada formal. Estou começando esse ano para os enfermeiros. Fiz um projeto de sucessão e parceria com RH, que tem algumas fases: pré-seleção, seleção e desenvolvimento, que é para terminar agora no meio do ano. Então, junto com o RH fizemos a parte de pré-seleção, que é o levantamento de quem quer ser supervisor e quem a gente já enxerga potencial para ser supervisor. Cada

supervisor indicou um possível sucessor da sua área e fora isso tem aqueles que se auto indicaram, quem não foi indicado, mas quem jura por Deus que serve para o cargo. Agora em janeiro faremos a seleção, com uma semana de algumas atividades com foco nas competências, considerando mais as técnicas e comportamentais. Aí eu vou selecionar quem eu enxergo que tem potencial, aí a gente vai pra fase de desenvolvimento, ainda estou descrevendo a sua operacionalização, que será também algumas atividades e acompanhamentos e a gente vai pontuando e lá no final a idéia é que haja um ranking de sucessão por unidade, com diploma e surgindo a vaga já temos a seleção. A minha intenção que isso seja recorrente, conforme absorção do banco.