

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENGENHARIA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ERGONOMIA**

SINDROME DE *BURNOUT* ENTRE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL GERAL

NIURA TEREZINHA TONDOLO NORO

Porto Alegre

2004

**NIURA TEREZINHA TONDOLO NORO**

**SINDROME DE *BURNOUT* ENTRE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL  
GERAL**

Trabalho de dissertação como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção com ênfase em Ergonomia – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria da Graça Jacques

Porto Alegre

2004

**Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de Mestre em Engenharia e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pelo Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria da Graça Jacques

Escola de Engenharia/ UFRGS.

---

Coordenador MP: Prof<sup>º</sup> Helena Beatriz Bettella Cybis, Dr<sup>ª</sup>.

Escola de Engenharia/UFRGS

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz  
UFSC

Prof<sup>ª</sup>. Phd. Lia Buarque de Macedo Guimarães  
PPGEP/UFRGS

Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira  
PPGEP/UFRGS

**DATA DE APROVAÇÃO**  
27/10/04

*Dedico este trabalho aos meus filhos  
Niurinha e Tarcisinho,  
com muito amor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pela vida e educação.

À minha família, pelo amor e apoio recebido.

Aos professores do PPGEP, pelo incentivo à pesquisa.

À Profª Drª Maria da Graça Jacques, pela orientação e o estímulo.

À Profª Roselaine Batista, pelo carinho e dedicação.

Ao SESMT do hospital, em especial, à Vera Regine Rodrigues.

À direção do hospital que permitiu que este trabalho se realizasse.

À Companhia Riograndense de Saneamento de Água e Esgoto (CORSAN) pela ajuda concedida.

A todos que colaboraram para a realização deste trabalho e me proporcionaram o prazer de concretizá-lo, desde a sua idealização até a sua defesa, minha eterna gratidão.

E, sobretudo, agradeço a Deus!

“Não vos preocupeis, pois, com o dia de amanhã. O dia de amanhã terá as suas preocupações próprias. A cada dia basta o seu cuidado”.

Mt 6,34

## RESUMO

A Ergonomia investiga o desempenho humano em atividades profissionais e se preocupa, entre outros aspectos, com as conseqüências do trabalho como a fadiga e o estresse. Nos estudos sobre estresse foi introduzido o conceito de *Burnout* como uma síndrome associada a profissões com contato direto com outras pessoas, especialmente em profissionais da área da saúde. Neste estudo, investiga-se se há diferença significativa entre os índices de *Burnout* (considerando-se seus três componentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho) em trabalhadores que tem contato direto ou não com pacientes. A partir de um estudo de caso realizado em um hospital geral da Grande Porto Alegre, não se constatou diferença significativa nestes índices. Conclui-se, em acordo com os achados de Lautert (1997b) que o trabalho no espaço hospitalar independe da atividade realizada que implique contato direto ou não com pacientes; e que, mais importante do que a atividade realizada, outros fatores se apresentam relevantes como turno, setor de trabalho e tempo de profissão na área da saúde para a ocorrência de diferenças significativas nos índices de *Burnout*.

**Palavras-chave:** Estresse. Síndrome de *Burnout*. Ambiente hospitalar.

## **ABSTRACT**

Ergonomy investigates the human performance in the professional activities and it is concerned with the job's consequences like fatigue and stress. In the studies about stress, Burnout's idea was introduced as a syndrome related to professions with a direct contact with other persons e especially health professionals. In this case, it is investigated if there is a significative difference between the Burnout's registers (considering the emotive exhaustion, unpersonalization and reduction of the personal accomplishment in the job) and workers in direct or indirect contact with patients. Based on a case that was studied in a general hospital in the City of Porto Alegre, there wasn't found any expressive difference in these indexes. Then, according to Lautert (1997b), the job in a hospital doesn't depend on the activity performed with the direct or indirect contact with patients and, more important than the activity performed, other factors are to consider like the period and job sector and the time working in the health sector in order to occur meaningful differences in Burnout's registers.

**Keywords:** Stress. *Burnout*. Hospital area.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição dos fatores que descrevem a síndrome de <i>Burnout</i> e seus respectivos itens .....	25
Figura 2 – Parâmetros para os níveis de <i>Burnout</i> .....	26
Figura 3 – Gráfico dos índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos por setor .....	72

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência e percentual das variáveis da amostra .....	30
Tabela 2 – Distribuição da frequência e percentual das variáveis ocupacionais da amostra .....	31
Tabela 3 – Distribuição da frequência e percentual de funcionários por setor.....	32
Tabela 4 – Distribuição da frequência e percentual de funcionários por cargo .....	33
Tabela 5 – Distribuição de frequência dos trabalhadores segundo o número de empregos e o contato direto com pacientes .....	34
Tabela 6 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores do hospital das áreas Administrativa/Apoio e Médica/Enfermagem.....	34
Tabela 7 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores que lidam direto com pacientes .....	35
Tabela 8 – Teste <i>t-student</i> para variável lida diretamente com paciente ou não .....	35
Tabela 9 – Índices médios de <i>Burnout</i> conforme a área de trabalho e número de empregos .....	35
Tabela 10 – Teste <i>t-student</i> para comparação de médias de <i>Burnout</i> entre os setores Administrativo/Apoio e Médica/Enfermagem com variável dependente área de trabalho .....	36
Tabela 11 – Distribuição de frequências dos índices médios de <i>Burnout</i> por área de trabalho.....	37
Tabela 12 – Distribuição de frequências dos índices médios de <i>Burnout</i> , trabalha direta ou indiretamente com paciente .....	37
Tabela 13 – Teste do qui-quadrado dos fatores de <i>Burnout</i> e área de trabalho dos funcionários do hospital .....	38
Tabela 14 – Teste do qui-quadrado dos fatores de <i>Burnout</i> e a questão trabalha diretamente com pacientes neste hospital ou não.....	38
Tabela 15 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídas conforme o sexo .....	52
Tabela 16 – Teste <i>t-student</i> com variável dependente (fator) sexo .....	52
Tabela 17 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme idades.....	53
Tabela 18 – Índices médios de <i>Burnout</i> e as faixas etárias dos trabalhadores deste hospital .....	53
Tabela 19 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme o turno de trabalho.....	54
Tabela 20 – ANOVA dos turnos de trabalho como variável dependente e fatores de <i>Burnout</i> .....	54
Tabela 21 – Teste de complementação de médias para os turnos .....	55
Tabela 22 – Tukey do fator Envolvimento pessoal do trabalho e os turnos.....	55
Tabela 23 – Tukey do fator de Despersonalização e os turnos .....	55
Tabela 24 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme o tempo de serviço na área .....	56
Tabela 25 – ANOVA dos componentes de <i>Burnout</i> por tempo de profissão na área .....	57
Tabela 26 – Teste de complementação de médias para área administrativa/apoio .....	57

Tabela 27 – Teste de complementação de médias para área médica/enfermagem .....	57
Tabela 28 – Índices médios de componente Exaustão emocional dos trabalhadores distribuídos conforme setor de trabalho .....	58
Tabela 29 – Índices médios de componente Despersonalização dos trabalhadores distribuídos conforme o setor de trabalho .....	59
Tabela 30 – Índices médios do componente Envolvimento pessoal no trabalho dos trabalhadores distribuídos conforme o setor de trabalho.....	60
Tabela 31 – ANOVA Componentes de <i>Burnout</i> e o setor de trabalho.....	61
Tabela 32 – Teste para identificação das diferenças de <i>Burnout</i> nos setores.....	62
Tabela 33 – Teste para identificação das diferenças de <i>Burnout</i> nos setores (continuação).....	63
Tabela 34 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme o estado civil... 64	
Tabela 35 – ANOVA do estado civil e componentes do <i>Burnout</i> .....	64
Tabela 36 – Índices médios de <i>Burnout</i> distribuídos conforme a carga horária semanal .....	65
Tabela 37 – ANOVA da carga horária semanal em relação à carga horária semanal de trabalho .....	65
Tabela 38 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme o grau de escolaridade .....	66
Tabela 39 – ANOVA dos fatores de <i>Burnout</i> e o grau de escolaridade .....	66
Tabela 40 – Teste de comparação entre os índices médios da Exaustão emocional por grau de escolaridade .....	67
Tabela 41 – Índices médios do componente Exaustão emocional dos trabalhadores distribuídos conforme a função .....	67
Tabela 42 – Índices médios do componente Despersonalização dos trabalhadores distribuídos conforme a função .....	68
Tabela 43 – Índices médios do componente Envolvimento pessoal no trabalho dos trabalhadores distribuídos conforme a função.....	69
Tabela 44 – ANOVA dos fatores de <i>Burnout</i> e as funções dos trabalhadores deste hospital .....	69
Tabela 45 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme o exercício de outra atividade profissional.....	70
Tabela 46 – Teste <i>t-student</i> para amostras independentes em outra atividade remunerada e o <i>Burnout</i> .....	70
Tabela 47 – Índices médios de <i>Burnout</i> dos trabalhadores distribuídos conforme o número de empregos.....	70
Tabela 48 – ANOVA do número de empregos e os componentes de <i>Burnout</i> .....	71

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 O NASCIMENTO DO HOSPITAL E SUA MEDICALIZAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 O ESTRESSE E A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 ALGUNS ESTUDOS EMPÍRICOS .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DE <i>BURNOUT</i> .....</b>	<b>24</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 ÍNDICES MÉDIOS DE <i>BURNOUT</i> LEVANTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA A INVESTIGAÇÃO SOBRE <i>BURNOUT</i> ENTRE FUNCIONÁRIOS HOSPITALARES.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE C – TESTE DE VALIDAÇÃO DO ALFA DE CRONBACH.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE D – CRUZAMENTO DOS ÍNDICES MÉDIOS DE <i>BURNOUT</i> COM OUTRAS VARIÁVEIS LEVANTADAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO A – ESCALA DE MASLACH.....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Ergonomia, como uma disciplina científica, investiga o desempenho humano em atividades profissionais com o objetivo de promover a transformação do processo produtivo, priorizando as necessidades dos trabalhadores. Segundo Oliveira (1999), a edição da Norma Regulamentadora 17, do Ministério do Trabalho, em 23/11/90, deu um grande impulso ao seu desenvolvimento no Brasil e, no momento, tem crescido bastante no campo dos sistemas complexos, nas áreas da agricultura e de serviços (especialmente escritórios, bancos, trabalho informático e hospitais). O mesmo autor refere que a Ergonomia se preocupa, entre outros aspectos, com as conseqüências do trabalho como gastos energéticos, fadiga e estresse.

O termo estresse foi proposto, na década de 30, por Hans Selye, para designar a resposta do organismo humano às demandas ambientais externas e internas. Bunge (1987) define-o como um conjunto de reações fisiológicas e psicológicas frente aos diferentes estímulos ou demandas avaliadas como desestabilizadores.

O termo hoje se popularizou e é utilizado para qualificar uma série de estados subjetivos como nervosismo, tensão, fadiga, entre outros. Atualmente, o conceito de estresse está sendo divulgado tanto pelos meios de comunicação de massa como no meio científico, versões errôneas na sua interpretação, o que gera confusão no seu significado (FILGUEIRAS; HIPPERT, 2002; ALCHIERI; CRUZ, 2004).

Nos estudos sobre estresse foi introduzido o conceito de *Burnout*, considerado como uma síndrome específica ligada ao estado de esgotamento encontrado em profissões que têm contato direto com outras pessoas. O termo *Burnout* foi usado, pela primeira vez, na literatura, por Freudenberger (1974), que o relacionou com o exercício de algumas profissões. No mesmo período, nos Estados Unidos, Maslach e Jackson (1981) definiram três componentes para a Síndrome de *Burnout*: exaustão emocional, despersonalização e uma redução da realização pessoal no exercício laboral. Constatou-se, também, sua presença em profissionais da área da saúde, expresso pela perda do entusiasmo em cuidar dos pacientes. Ainda, segundo Vidal (1993), esta síndrome se manifesta, principalmente, nas profissões da área das ciências humanas em que existe um contato direto com usuários.

A associação da Síndrome de *Burnout* com a atividade é o que fundamenta a proposta desta pesquisa. Alguns autores, como Lautert (1997a), apontam que o trabalho no

espaço hospitalar, independente da atividade realizada, pode ser gerador de *Burnout*. Portanto, a questão que se coloca como proposta desta pesquisa é de examinar se há diferença significativa nos índices de *Burnout* entre trabalhadores hospitalares com contato direto ou não com os pacientes.

O interesse por este estudo se fundamentou numa experiência pessoal, em um período de 12 anos de exercício da Medicina do Trabalho em área hospitalar. Constatou-se um número de afastamentos de funcionários de ocupações tanto da área Administrativa/Apoio como da área Médica/Enfermagem por apresentarem sintomas possíveis de estarem relacionados com o que é definido como Síndrome de *Burnout*, independente de lidarem ou não diretamente com pacientes. Como a literatura aponta a associação da síndrome com atividades associadas ao cuidado, surgiu o interesse em examinar a questão em trabalhadores mais diretamente envolvidos com o cuidar dos pacientes, comparando-os com os menos diretamente envolvidos com essas atividades.

Portanto, este estudo busca comparar os índices médios de *Burnout* entre trabalhadores hospitalares que atuam nas áreas administrativas e de apoio com os que trabalham nas áreas médica e de enfermagem e que têm um contato mais direto com os pacientes. Propõe-se a contribuir para ampliar a compreensão sobre a Síndrome de *Burnout* e sua associação com as atividades e com o espaço laboral hospitalar.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O NASCIMENTO DO HOSPITAL E SUA MEDICALIZAÇÃO**

Antes do século XVII, o hospital era visto como uma instituição de assistência aos pobres: fazia a separação e exclusão com a idéia de proteger o pobre que estava morrendo e lhe dar os últimos cuidados espirituais e materiais (PITTA, 1990). Era considerado um “morredouro” (FOUCAULT, 1979), e quem cuidava dos doentes eram o pessoal caritativo, com o objetivo de assegurar a salvação eterna ao doente e ao seu cuidador. Em meados de século XVII, era um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual e a figura do médico não aparecia neste espaço, segundo os relatos de Howard, médico de origem inglesa e do médico Tenon, francês que percorreu vários hospitais entre 1775 e 1780, a mando da Academia de Ciências da França.

A medicina, nesta época, era individualizada e se detinha no conhecimento de textos e transmissão de receitas de medicamentos mais ou menos secretas. O médico apenas observava o doente e a doença desde os seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise aparecia. Na relação individual entre o médico e o paciente, aquele era prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença e na busca da cura.

O primeiro fator de transformação do hospital em direção à medicalização teve como propósito anular a visão negativa do hospital pela sociedade como um dos mecanismos de propagação de doenças nas cidades. O primeiro hospital a se medicalizar foi o marítimo e, em seguida, o militar, pois, com o surgimento do fuzil, o soldado precisava de exercícios, manobras e adestramentos e passou a ser mão-de-obra especializada. Portanto, o hospital tinha como objetivo cuidar para que o soldado não morresse de doenças e não fingisse continuar doente depois de curado.

Surge, neste período, um novo esquadrinamento do poder no espaço do hospital militar e marítimo através do que Foucault (1979) qualifica como disciplina. Esta já existia nos mosteiros da Idade Média, nas colônias mercantilistas e até na legião romana, de maneira isolada e fragmentada. Nesta época, a disciplinarização passa a ser uma técnica de poder que exige uma vigilância constante dos indivíduos, e que implica num registro contínuo, de baixo para cima, de modo que o cume da pirâmide social e científica reúna todo o saber.

A origem do hospital médico é, portanto, um ajuste de dois processos: o deslocamento da intervenção médica para este espaço e a disciplinarização com vistas a exercer uma função terapêutica. O hospital passa a ter uma ação direta sobre a doença, não só no sentido de permitir sua revelação aos olhos do médico, mas também como lugar de eclosão da “verdadeira” doença. O hospital surge como uma aparelhagem complexa que deve, ao mesmo tempo, fazer aparecer e produzir realmente a doença na sua própria natureza, nas suas características essenciais, no seu desenvolvimento específico e pode, enfim, pelo efeito da hospitalização, tornar-se realidade. Na sua trajetória, o hospital passa a oferecer uma complexidade de serviços, com os seus avanços científicos e tecnológicos.

Lautert (1997a) relata que, no Brasil, as Santas Casas de Misericórdia, a partir de 1543, foram as primeiras instituições criadas com a finalidade de amparar os pobres e os órfãos. Os escravos e voluntários da época, com a supervisão dos religiosos, além do trabalho de assistência, ensinavam às pessoas hábitos de higiene entre os doentes e as demais pessoas com quem conviviam.

Mello Filho (1979), assinala que na era pré-cristã havia o preparo de pessoas com habilidades e conhecimentos para assumir o cuidado dos doentes (sacerdotes, feiticeiros e mulheres, habitualmente, passando os conhecimentos de mãe para filha). Na Idade Média, nos séculos XI e XII, os religiosos assumiram o desenvolvimento desses cuidados.

Pitta (1990) relata que, contemporaneamente, as leigas e religiosas foram substituídas por profissionais de enfermagem que parcelam suas atividades, dividindo-as entre os mais e os menos graduados: os atos e técnicas mais qualificados, herdados dos atos médicos, ficam com a enfermagem de nível superior - os enfermeiros, que chefiam e supervisionam.

Os auxiliares e atendentes executam o trabalho menos qualificado e são os que, por mais tempo, têm contato com os enfermos. As tarefas dos auxiliares e atendentes são, ao mesmo tempo, as mais intensas, repetitivas e desvalorizadas, tanto social como financeiramente. Eles têm um contato mais próximo e duradouro com os enfermos, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, a atribuição do hospital como um todo. Finalmente, segundo Candeias, Abujamra e Sabbag (1992) e Lautert (1997b), o hospital constitui-se em um complexo sistema de divisão de trabalho, no qual interagem diferentes grupos de trabalhadores com papéis distintos, interdependência de atividades e múltiplos níveis de autoridade e hierarquia.

Tal modelo de organização do trabalho busca seus fundamentos no taylorismo. Taylor (1911), um dos idealizadores da Organização Científica do Trabalho, propôs uma racionalidade científica para o trabalho baseado na divisão das tarefas em seus elementos mais simples, seguida de um agrupamento em funções semelhantes, fragmentadas e especializadas das tarefas, com o intuito de se ter o melhor controle de todo o modo operatório do sistema. As conseqüências deste modelo de organização do trabalho sobre a saúde do trabalhador têm sido objeto de inúmeros estudos e pesquisas. Dejours (1992), ao comentar os danos psicopatológicos da Organização Científica do Trabalho, salienta que, além da divisão das tarefas, ocorre uma divisão do organismo entre execução e concepção, o que leva a uma perda da responsabilidade do trabalhador, desaliena-o do processo de trabalho, gerando um estado patológico de ansiedade.

Wisner (1987), ergonomista francês, discute a relação entre a organização do trabalho, a carga mental e o sofrimento psíquico. Avalia que a evolução da tecnologia para uma série de trabalhos, inclusive o trabalho hospitalar, tem se revestido de componentes cognitivos complexos e determina, muitas vezes, sobrecargas mentais nos trabalhadores. Para Mielnik (1975), a exigência atual em produzir muito, o mais rápido possível e com qualidade, acaba representando uma sobrecarga física e emocional nos trabalhadores.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1983), os transtornos mentais menores têm índices de 30% e os transtornos mentais graves de 5 a 10% na população trabalhadora. Para Mendes (1998), 18% dos moradores da área urbana têm algum tipo de doença mental. Cadilhe e colaboradores (1994) classificam as doenças mentais como os transtornos que mais afastam os trabalhadores. Entre os que descontam a Previdência Social, tais patologias são a segunda causa de auxílio-doença e ocupam o terceiro lugar entre as causas que mais incapacitam os trabalhadores. Segundo o International Labour Office (1992), o estresse é um problema de saúde pública e atinge categorias de trabalhadores como gerentes, bancários, jornalistas, profissionais da área da saúde, policiais, professores entre outros. Segundo Figueroa e Veliz-Caquias (1992), é comum o estresse em profissionais da área da saúde. Especificamente, com relação aos trabalhadores hospitalares, Rutenfranz, Knauth e Fischer (1989) alertam para a tensão constante a que estão expostos. Bulhões (1994) aponta para um agravante: o regime de plantões, que abre a possibilidade de duplo emprego e que acarreta uma maior possibilidade de alterações físicas e psíquicas.

O Decreto nº 3.048/99, de 06 de maio de 1999, prevê uma lista de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho elaboradas pelo Ministério da Saúde. Na versão atual da Portaria/MS nº 1339/99, de 18 de novembro de 1999, consta, juntamente com outras doze

categorias diagnósticas de transtornos mentais e de comportamento, a Síndrome do Esgotamento Profissional ou *Burnout* (Z 73.0) (BRASIL, 2001).

## **2.2 O ESTRESSE E A SÍNDROME DE *BURNOUT***

Em 1936, Hans Selye usa, pela primeira vez, a palavra estresse para denominar um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao se submeter a esforços em que necessita se adaptar. Tal termo é emprestado da Física, em que designa a tensão que um corpo sofre quando submetido a esforço, calor ou radiação. Na Fisiologia, estas reações são o resultado de fatores estressores internos ou externos que agem no indivíduo e o levam a uma reação constante e persistente (FRANÇA; RODRIGUES, 1997). Esta reação sistêmica é um mecanismo fisiológico conhecida como Síndrome Geral de Adaptação ou estresse, e nem sempre é patológica. Ela envolve o sistema nervoso autônomo e se desencadeia em três fases: do alarme, da resistência e da exaustão.

Na fase do alarme, tudo se processa rapidamente, porque há uma identificação do perigo e este prepara o corpo para a reação ao agente agressor. Lipp (1990) relata que, muitas vezes, não se reconhece de imediato uma situação de estresse, mas se é envolvido por ela. A fase da resistência é a maneira pela qual o indivíduo se adapta à nova situação e passa por períodos em que ora a aceita, ora a rejeita. Na fase de esgotamento, há uma extinção deste processo, ou porque cessa o agente agressor, ou porque o indivíduo cansa de usar o mecanismo de defesa de resistência. Rossi (1994), ao contrário, propõe dois estágios para a Síndrome de Adaptação: o primeiro caracteriza uma resposta de alarme e ativação; e o segundo é formado pelo desajuste dessa resposta, quando a ativação se torna crônica, num estresse prolongado.

Vários autores ainda fazem a discriminação do estresse em bom e mau. O bom estresse é chamado de eustresse e é aquela quantidade de estresse necessária para agir como mola propulsora para o indivíduo ter bom desempenho. Ele é positivo quando aparece nos momentos de alegrias e felicidade na vida das pessoas, como casamentos, nascimentos de filhos, promoções na carreira ou passar em concursos. O mau estresse é conhecido como distresse, que é o estresse exagerado, ou a sua ausência, e que leva o indivíduo a ter uma resposta inadequada frente aos fatores estressores (FRANÇA; RODRIGUES, 1997). Para os autores, um baixo nível de estresse é fisiológico e até desejável, pois promove um aumento do

entusiasmo, do otimismo, do interesse, enfim, melhora, além da saúde, a capacidade produtiva das pessoas.

Vasconcelos (1992) descreve o processo neuroendocrinológico que acontece em situações de estresse: o estímulo ambiental é reconhecido e assimilado pelos órgãos dos sentidos e enviados ao cérebro. Estas demandas cerebrais são processadas no córtex cerebral e a reação segue o eixo hipotálamo, hipófise e suprarrenais, resultando na liberação dos hormônios estressores, que geram um aumento da aldosterona (que tem como função uma inibição digestiva, renal e sexual e um aumento da função cardíaca), pela ação vasoconstritora do cortisol (ocasiona a diminuição do metabolismo dos lipídios, proteínas e carboidratos, simultaneamente no corpo), porque ocorre um aumento da concentração de glicose no sangue; dos glicocorticóides (que provocam um aumento do suco gástrico e alteram o estado imunológico da pessoa); da noradrenalina e da adrenalina (que fazem uma vasoconstrição periférica e mobilizam o sangue para as regiões “nobres” do corpo, como coração, cérebro e rins).

Lázarus e Folkman (1984) afirmam que os eventos considerados estressores que enfrentamos diariamente em si não são estressantes, mas dependem de como o indivíduo reage a estes eventos. A interpretação do evento pode ter três conotações: ou o evento é um benefício, ou é neutro, ou é agressor. Além disso, a compreensão do estado psicológico vivido e as formas de enfrentamento usadas, modificam-se diante de novos detalhes e novas informações. Por isso, esses autores definem *coping* como um conjunto de mecanismos que o indivíduo lança mão, para avaliar e regular as exigências externas e internas enfrentadas no cotidiano. Lipp e Malagris (1995) reiteram que o estresse crônico ocorre em indivíduos vulneráveis, com dificuldade para administrá-lo, que depende das características de duração e intensidade deste estímulo, bem como a debilidade e o desgaste do indivíduo.

O custo humano do estresse é considerado alto. Manifesta-se nas doenças como: hipertensão, doenças gástricas, cardiovasculares, mentais (como a neurose e a depressão), cânceres, dependências químicas e alterações osteomusculares. Segundo Filgueiras e Hippert (2002), são registrados vários sintomas tipo: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, náusea, resfriados de repetição, entre outros. Os sintomas podem ser: alteração de memória, indecisão, depressão, irritabilidade, alteração do sono-vigília, alterações do peso, medo, frustração, impaciência, dentre outros.

Para Garcia Izquierdo (1993), um grande número de empresas tem se preocupado com o estresse, tanto quanto nas suas conseqüências, devido, principalmente, aos altos custos econômicos para os indivíduos e para as organizações. Existem dois tipos de indicadores de

reações de estresse: os relacionados com as condições de saúde e os relacionados com o desempenho do trabalhador no seu local de trabalho.

Entre os indicadores de saúde relacionados ao trabalho, avalia-se a situação de estresse que resulta dos mecanismos patogênicos cognitivos, afetivos, de conduta, ou fisiológicos, que, em certas condições de intensidade, duração ou frequência, podem levar ao aparecimento de doenças psiquiátricas e psicossomáticas. O estresse ocupacional provém de tensões no cotidiano da vida profissional e estão relacionados com o ambiente, a organização e o conteúdo do trabalho, além dos fatores psicossociais. Para Gil-Monte e Peiró (1997) e Guimarães (1999), o estresse é considerado um importante indicador do nível de tensão organizacional e pessoal e serve de medida da qualidade de vida das pessoas, dos produtos, dos serviços e dos resultados obtidos pelas empresas.

No ambiente de trabalho moderno, o trabalhador não tem regras claras de trabalho, não há definições das normas e das tarefas que cada um deve desempenhar, enfrenta a insalubridade do ambiente de trabalho e, com o passar do tempo, o profissional pode viver situações de baixa estima, irritabilidade, insônia, além de uma ansiedade persistente, de maneira crônica, e pode culminar em doença. Iida (1992) coloca que condições ambientais desfavoráveis são fontes de tensão em que, além de desconforto, diminuição da produtividade e o risco de acidentes de trabalho, aumentam os custos e danos à saúde. Para Peiró (1986), os fatores estressores do ambiente de trabalho são: físicos (alterações de ruído, calor, iluminação, vibrações, etc), químicos (gases, vapores, névoas, etc), mecânicos (ferimentos, contusões, quedas, etc), biológicos (bactérias, vírus, fungos, protozoários, etc) e ergonômicos (trabalho por turnos, noturnos, sobrecargas, alterações de ritmo, etc) e estes últimos como os fatores mais estressantes.

O termo *Burnout* foi usado em 1974, pelo americano Freudenberg e, em 1976, foi também utilizado por Maslach para definir um estado de sobrecarga emocional nos profissionais da saúde, embora já havia usado o termo anteriormente em advogados, na Califórnia, onde notava uma progressiva diminuição da responsabilidade e perda do interesse entre os colegas advogados. Esses pioneiros deram uma explicação ao aparecimento de uma doença nos profissionais que lidam diretamente com os sentimentos. O termo pode ser traduzido para o português por “queimar-se”, “acabar-se”. Assim, tais profissionais apresentariam uma resposta individual a um estresse laboral crônico, associado a atitudes e sentimentos negativos (GIL-MONTE, 2003; BULHÕES, 1994; FRANÇA, 1999, 1996; MASLACH; LEITER, 1999).

Freudenberger (1974) descreve *Burnout* como o resultado de um esgotamento, decepção e perda do interesse pela atividade de trabalho em profissionais que têm um contato direto e diário com pessoas no desempenho de sua profissão e nas áreas onde os profissionais acreditam serem mais promissores nas suas realizações, pois estão convictos que promovem saúde e bem-estar.

Para Vidal (1993), a síndrome afeta aqueles profissionais que prestam serviços humanos diretos e de grande relevância para o usuário. O envolvimento afetivo, a princípio, é uma característica positiva durante o desenrolar das atividades; mas as perdas, os momentos em que há uma impaciência e uma dificuldade em estar sempre disponível, são armadilhas que passam a afetar as relações sociais na profissão. Para Codo e colaboradores (1999), há um rompimento brusco dos vínculos afetivos por normas, trocas de turnos, transferências, óbitos, entre outros, onde o vínculo afetivo é substituído pelo racional.

Maslach e Jackson (1981,1985) incluem três componentes típicos do *Burnout*: exaustão, despersonalização ou endurecimento afetivo e menor nível de envolvimento com o trabalho.

A Exaustão Emocional é considerada a primeira etapa e o fator central da síndrome de *Burnout* (MASLACH; JACKSON, 1981, 1985; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002a e 2002b;). Esta fase é caracterizada por uma perda lenta da energia vital e um desequilíbrio progressivo entre o trabalho realizado e o cansaço/esgotamento vivenciado. Não há mais energia para enfrentar o trabalho e isto deixa o profissional intolerante, irritado, nervoso e amargo, dentro e fora do ambiente de trabalho, até mesmo com familiares e amigos.

A Despersonalização, para alguns autores como Maslach e Jackson (1981, 1985) e Cherniss (1980), é considerada o elemento-chave desta síndrome. É caracterizada como uma geração de sentimentos e atitudes negativas e até um “cinismo” com as pessoas do seu contato no trabalho. Há um excesso na resposta e o profissional passa a ser visto como agressivo, carente, frio e desumano diante das necessidades dos pacientes e ainda responsabiliza seus colegas pelo que está lhe acontecendo. É uma resposta de incompetência e/ou desesperança da qual não consegue mais administrar e passa a tratar as pessoas como objetos. Maslach e Leiter (1999) referem que nesta fase a despersonalização viria como um sentimento de defesa contra a exaustão emocional como uma tentativa dos trabalhadores em restabelecer a sua segurança no trabalho o que na verdade não ocorre.

O menor nível de envolvimento com o trabalho é um enfrentamento defensivo onde ocorre uma mudança de atitude e condutas. Ela aparece quando o profissional percebe uma diminuição da qualidade do seu trabalho e a sua realização pessoal profissional está

comprometida, atacando justamente aqueles profissionais mais preocupados com a competência e por isso, mais exigentes, de maior destaque. Segundo Lautert (1997b), há um sentimento de inadequação profissional; há um vácuo entre o que o profissional projetou para si e o que está vivendo e isto o deixa frustrado.

Para Lautert (1997a), a doença instala-se lenta e gradualmente, envolvendo o indivíduo progressivamente e por ser considerada uma síndrome, o indivíduo acometido pode apresentar qualquer uma das etapas e já apresentar a doença. Glina e Rocha (2000) referem que os “ingredientes” vão se mesclando até aparecer a doença de forma processual. Para Gallego e Rios (1991), a síndrome é caracterizada por três etapas: na primeira, nota-se um aumento de demandas maiores que as condições humanas e materiais que se pode suportar. Na segunda etapa, nota-se o esforço do indivíduo em adaptar-se psicologicamente a esta sobrecarga, e, assim, os sintomas aparecem; e na terceira etapa, ocorre o enfrentamento defensivo das tensões enfrentadas.

Delgado e colaboradores (1993), bem como Belcastro, Gold e Hays, (1983), referem que não se consegue precisar o momento em que o profissional passa de uma etapa para outra. Amorim e Turbay (1998) chamam a atenção à necessidade de estudos da natureza humana e das dinâmicas interpessoais que possam interferir nos resultados de sua produção, já que a síndrome de *Burnout* é de natureza subjetiva. Para Maslach e Leiter (1999), esta síndrome representa uma distonia do indivíduo com o seu trabalho e não necessariamente com as pessoas envolvidas no trabalho.

Em Jardim e Glina (2000), segundo a Classificação Internacional de Doenças, sob o CID 10 (Z 73.0), a síndrome de *Burnout* é descrita como a “sensação de estar acabado”; o profissional perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço para desenvolver seu trabalho lhe parece inútil. Deve ser feita uma diferenciação entre *Burnout*, que seria uma resposta de um estresse crônico específico ao ambiente de trabalho, e o estresse como esgotamento, que interfere mais na vida cotidiana do trabalhador como um todo.

Para Glina e Rocha (2000), a síndrome também atinge trabalhadores em ambientes de trabalho que passam por transformações organizacionais, como as dispensas temporárias de trabalho, diminuição da semana de trabalho, a reestruturação produtiva ou *downsizing* (enxugamento de pessoal) das empresas. A síndrome de *Burnout* afeta mais aqueles que estão constantemente ameaçados pelas mudanças compulsórias das jornadas e uma queda significativa da sua condição econômica. Ela faz parte do Grupo II da Classificação de *Schilling*, em que o trabalho aparece como fator contributivo, mas não necessário à doença. A

ocorrência de um evento, na empresa, já é considerado como um caso sentinela e indica que deve haver ações de investigação e prevenção de novos casos (BRASIL, 2001). Portanto, não há uma unanimidade entre os autores sobre a presença de *Burnout* como uma síndrome específica própria aos “cuidadores”. No entanto, como a noção de cuidado pode ser extensiva a várias situações, é possível a sua identificação em variados contextos de trabalho.

Como fatores desencadeadores da síndrome temos os familiares, pessoais e organizacionais. Dentre os fatores organizacionais: hora extra, injustiça social, hierarquia: rígida, vertical, repressora e autoritária; excesso de responsabilidades, relações tensas e conflituosas entre os trabalhadores, falta de autonomia para realizar as tomadas de decisões, dificuldades de ascensão na carreira, falta de recompensas, ambigüidade de tarefas entre outros (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1997; MASLACH; LEITER, 1999; SELIGMANN-SILVA, 1986; GLINA, 1990; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

França e Rodrigues (1997) falam em prevenção para esta síndrome: evitar a monotonia, variando a rotina; melhorar as condições ambientais tanto físicas como psicossociais no trabalho; evitar as horas extras; proporcionar boas condições sociais aos indivíduos e apostar no crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores. Numa visão crítica a respeito da Medicina e Engenharia de Segurança do Trabalho tradicionais, Sato (1993) afirma que o setor tem uma visão reduzida, quando relaciona o conceito de saúde à ausência de doenças e de acidentes de trabalho, e há uma rejeição aos conceitos de saúde social e psicológica. Portanto, propõe uma perspectiva ampla e abrangente em termos de prevenção.

### **2.3 ALGUNS ESTUDOS EMPÍRICOS**

Freudenberger (1974), no oeste dos Estados Unidos, realizou os primeiros trabalhos numa clínica para dependentes de tóxicos em Nova York. Notou que a maioria dos voluntários com que trabalhava, acabava sofrendo de uma progressiva perda de energia que lentamente progredia ao esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão. Estes voluntários apresentavam-se menos sensíveis, desmotivados, pouco compreensivo e até agressivos em relação a seus pacientes, além de ter um tratamento distanciado e cínico, com tendência a culpar o paciente pelos próprios problemas que estavam sofrendo. Freudenberger forneceu dados diretos do processo pelo qual ele e outros experimentaram desgaste emocional e perda da motivação e comprometimento, rotulando isso com o termo usado coloquialmente para referir-se aos efeitos do abuso crônico de drogas: *Burnout*

Também em 1976, no leste dos Estados Unidos, Cristina Maslach, estudando as respostas emocionais dos profissionais de assistência, definiu-os como afetados de “sobrecarga emocional” entre outros sintomas e fala na síndrome de *Burnout*. Ela utilizou a mesma nomenclatura que havia empregado nos advogados da Califórnia onde descreveu um processo gradual de perda de responsabilidade profissional e desinteresse entre colegas de trabalho.

Na Califórnia, Goldstein e colaboradores (1999), realizaram um estudo com 138 enfermeiras num ambulatório 24h com plantões de trocas de 8/8 e de 12/12 horas, com idades entre 25 e 50 anos. Foi monitorada a pressão sanguínea, os batimentos cardíacos e as catecolaminas na urina das enfermeiras. O resultado encontrado foi que houve um aumento das catecolaminas nos dias de trabalho e uma maior pressão sanguínea nos dias de folga nas enfermeiras de maior carga horária. Nos estudos, apesar do ambiente de trabalho induzir o aumento da atividade cardiovascular e neuroendócrina nas mulheres saudáveis, os efeitos foram modificados pelos seus papéis domésticos, pela carga das suas atividades e pelas exigências dos seus trabalhos. Mulheres que trabalhavam fora de casa normalmente eram mais saudáveis do que aquelas que ficavam trabalhando só em casa. Relatam também que mulheres que dominam suas profissões, como a enfermagem, têm maior auto-estima no trabalho e menos conflitos do que aquelas que trabalham em ambientes profissionais onde o sexo masculino domina. Frisaram ainda, que os resultados não podem ser generalizados porque a amostra era exclusivamente restrita a mulheres saudáveis, relativamente jovens e excluíram aquelas com problemas de estresse, pois as estressadas já apresentavam um aumento na pressão sanguínea.

Na Espanha, Galego e Rios (1991) fizeram um estudo entre os profissionais da saúde mental na Galícia, em um hospital psiquiátrico e notaram que o sistema de saúde moderno gera um maior desgaste profissional nos seus trabalhadores, gerando mais estresse.

Na Espanha, Gil-Monte (2003), num estudo realizado em 39 enfermeiras, encontrou alto nível nas subescalas de Exaustão Emocional (34%) e de Despersonalização (10%) e Incompetência Profissional (49%) nas participantes. Também no estudo de Olza, realizado em 1999 (BENEVIDES-PEREIRA, 2002), em uma amostra maior envolvendo 706 auxiliares de enfermagem, os resultados obtidos foram que, nas subescalas apresentaram níveis de Exaustão Emocional e de Despersonalização (ambas com 22,5%), além de constatar dados de Incompetência Profissional relacionados a alguns dos fatores desencadeantes do *Burnout*.

No Brasil, Tamayo e Tróccoli (2002b), realizaram um estudo em dois hospitais universitários e fazem uma comparação entre os enfermeiros onde constatam níveis altos nas

subescalas e defendem que os fatores organizacionais do trabalho, como exercer a função de chefia juntamente com as outras atividades dos enfermeiros, favorece uma sobrecarga emocional. Bulhões (1994), também salienta que, conciliar o cargo de chefia implica em contornar situações de conflitos entre os colegas da equipe de trabalho e a direção da instituição, o que pode levar ao desequilíbrio e o aparecimento da síndrome de *Burnout*.

No Rio Grande do Sul temos o trabalho de Lautert (1997a), onde também realiza um trabalho com enfermeiros avaliando dois hospitais-escolas. Numa amostra de 341 profissionais, encontrou níveis elevados nas subescalas de Exaustão Emocional e níveis baixos nas subescalas da Despersonalização e de Incompetência Profissional.

#### **2.4 MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DE *BURNOUT***

A partir de um estudo dos principais instrumentos de medida, Garcés De Los Fayos, López-Soler e Garcia Montalvo (1997) concluíram que, além da evolução desta síndrome ocupar um lugar dos mais importantes nos trabalhos onde se relacionam pessoas, há mais de dez anos, o Inventário de *Burnout* de Maslach e Jackson é reconhecido como o instrumento mais eficaz para medi-la. Os outros instrumentos de medidas citados pelos autores são: Staff Burnout Scale; Indicadores del Burnout; Emener-Luck Burnout Scale; Tedium Measures (Burnout Measure); Maslach Burnout Inventory; Burnout Scale; Teacher Burnout Scale; Energy Depletion Index; Matthews Burnout Scale for Employess; Efectos Psíquicos del Burnout; Escala de Variables Predictoras del Burnout; Cuestionario de Burnout del Profesorado; Holland Burnout Assessment Survey; Rome Burnout Inventory. A literatura recomenda que, ao escolher o instrumento, leve-se em conta a cultura e uma avaliação da organização, importantes para análise dos resultados que irão se obter.

No Brasil, há a experiência de Codo e colaboradores (1999), que se utilizaram uma escala para medir o nível de *Burnout* dos professores da área de ensino básico da educação pública, nacionalmente. Tal pesquisa se fundamentou em uma significativa amostra de 52.000 professores distribuídos em todo o território nacional. O instrumento utilizado para estudar *Burnout* foi a escala de Maslach, adaptada por Codo e colaboradores (1999). A escala é composta por 3 fatores, num total de 22 itens. Os autores assinalam que a tradução, adaptação e validação semântica, bem como a validação e normatização para uso no Brasil, foram realizadas pelo Laboratório de Psicologia do Trabalho Universidade Nacional de Brasília

(UNB). Os itens que compõem os fatores de exaustão emocional, envolvimento pessoal no trabalho e despersonalização estão apresentados na Figura 1, logo abaixo:

Fatores	Itens
Exaustão emocional	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho Eu me sinto como se eu estivesse no meu limite Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho Eu me sinto frustrado com o meu trabalho Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado Eu me sinto esgotado com meu trabalho Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim
Envolvimento pessoal no trabalho	Eu me sinto muito cheio de energia Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com a minha clientela No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela
Despersonalização	Eu sinto que os clientes me culpam por algum dos seus problemas Eu sinto que eu trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus clientes

Figura 1 – Descrição dos fatores que descrevem a Síndrome de *Burnout* e seus respectivos itens.  
 Fonte: CODO *et al* (1999, p 244).

Os autores apresentam os níveis de *Burnout* (Figura 2) considerados baixos, médios e altos para a população estudada e não como uma variável dicotômica que mostre presença ou ausência de sintomas. Como foi estabelecida com base em uma grande amostra, consideraram-se esses dados como parâmetros para essa pesquisa. Pela combinação do nível de cada um dos três componentes é que se obtém o nível do *Burnout* do indivíduo e mesmo os níveis moderados, em qualquer uma das subescalas de *Burnout*, já são considerados preocupantes do ponto de vista epidemiológico, sendo passível de intervenção uma vez que o processo já se encontra em curso sendo considerado como caso sentinela.

<b>Fatores de <i>Burnout</i></b>	<b>Baixo</b>	<b>Médio</b>	<b>Alto</b>
Despersonalização	1  —  7	7 —  13	↑ 14
Exaustão emocional	1  —  17	17  —  27	↑ 27
Envolvimento pessoal no trabalho	↓ 32	32  —  39	↑ 39

Figura 2 – Parâmetros para os níveis de *Burnout*

### **3 MÉTODO**

Este trabalho foi realizado como um estudo transversal descritivo que utiliza a abordagem quantitativa. Apresenta os resultados de uma escala de *Burnout* em um grupo de trabalhadores de um ambiente hospitalar. O estudo contou, para a sua execução, com a colaboração de uma equipe do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho da instituição em estudo, capacitados para este fim.

#### **3.1 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

O tratamento estatístico foi realizado por meio de um *software* estatístico SPSS 10. A análise dos dados foi realizada da seguinte maneira:

- a) análise descritiva dos dados: frequências, medidas de tendência central e de variabilidade;
- b) análise comparativa das médias através da ANOVA (Análise de variância univariada) e teste-t para amostras independentes, com significância de 5%;
- c) teste de Tukey para comparações múltiplas de médias, com significância de 5%;
- d) teste do Qui-quadrado ao nível de significância de 5%.

#### **3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL**

O hospital em que se realizou o estudo está localizado no centro de uma das maiores cidades da grande Porto Alegre, drenando atendimentos de várias outras cidades menores mais próximas da região. Possui uma área edificada de 11.202,38 metros quadrados, sendo a área do maior pavimento de 4.898,00 metros quadrados, distribuídos em dois pavimentos, de alvenaria, com 4 (quatro) escadas, sendo 2 (duas) escadas comuns com luz natural e 2 (duas) enclausuradas; não possui elevador social, apenas um de emergência. Trata-se de uma empresa criada como uma instituição beneficente que visa a prestar os atendimentos clínicos, ambulatoriais e cirúrgicos para toda a população de uma cidade da região metropolitana no estado do Rio Grande do Sul. Possui salas de emergência adulto e pediátrico, e sala para

atendimento a pacientes politraumatizados. É, constituído ainda por salas cirúrgicas, sala de esterilização, sala de recuperação, UTI, sala intermediária, além de todas as unidades operacionais de apoio necessárias como: laboratórios, banco de sangue, telefonia, SAME, contabilidade, recursos humanos, salas da direção e chefias, farmácia, almoxarifados, salas de reuniões etc. Existem, ainda, os setores especializados: RX, ecografia, endoscopia, eletrocardiografia, hemodiálise entre outros. Atende convênios, particulares e Sistema Único de Saúde (SUS). Existem ainda as áreas de apoio: manutenção, portaria, lavanderia, rouparia, costura. O hospital mantém um número de 296 leitos constantemente lotados, divididos em setores de: pediatria, maternidade, obstetrícia, clínicas cirúrgicas I e II, clínicas médicas I e II.

O efetivo médio de trabalhadores (dados de julho de 2003) é de 930 funcionários. A jornada de trabalho na administração é das 8 horas às 17 horas com pausa de uma hora para alimentação; o setor operacional tem três turnos de seis horas de trabalho e pausa de quinze minutos para alimentação, assim distribuídos: turno da manhã, das 06h50min às 13h05min turno da tarde, das 12h55min às 19h10min e turno da noite, das 19 h às 7h. O repouso semanal é de dois dias (finais de semana para administração e variável para outros setores). O hospital possui grau de risco 3 (três), segundo a classificação do CNAE (Classificação Nacional das Atividades Econômicas), e está em atividade desde 1960.

### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população alvo desta pesquisa foram os funcionários de um hospital geral, na grande Porto Alegre<sup>1</sup>. Este hospital tem um total de 930 funcionários em julho de 2003: 803 funcionários são ativos, e no momento, 127 funcionários estão em auxílio doença, auxílio acidente de trabalho, licença maternidade ou férias. Estão divididos nos três turnos: manhã, tarde e noite. Na ativa, possui um quadro administrativo/apoio composto por 369 pessoas e um quadro operacional de médico/enfermagem de 434 pessoas. Participaram da pesquisa um total de 557 funcionários, sendo que 556 foram considerados e um foi anulado porque não completou a parte posterior do questionário. Pretendeu-se abranger a totalidade dos funcionários, no entanto, somente 68% aderiram à pesquisa entre os não afastados do trabalho, também porque estavam ausentes durante o período da coleta de dados.

---

<sup>1</sup> Julgou-se importante não nomear a instituição para preservá-la e não se solicitou autorização para identificá-la.

Vários funcionários trabalham em mais de um local e, além disso, exercem atividades em diferentes setores dentro do próprio hospital citado ou dentre outros hospitais ou clínicas da região.

### **3 4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Como instrumento de pesquisa, utilizou-se um questionário sócio-demográfico denominado de protocolo de investigação composto por 15 questões e Escala de *Burnout* adaptada por Codo e colaboradores (1999) composta por uma série de 22 perguntas, (Apêndice A e Anexo A). Para o índice geral de *Burnout*, os pontos se somam, sendo que as questões de numeração 1,4,6,11,12,18 e 22 são invertidas antes da soma total.

Buscou-se uma autorização da direção da instituição como forma de procedência legal para a realização do estudo. Realizou-se uma reunião com a chefia de Recursos Humanos para o acerto de algumas questões a serem incluídas no questionário, e após, com as chefias dos setores envolvidos, como uma forma de envolvimento e engajamento destas pessoas-chave, para obter-se a melhor data e horário de aplicação do questionário.

O questionário teve horários diversos de aplicação, próximo ao final da jornada de trabalho (no próprio setor, no caso, da enfermagem). Alguns funcionários administrativos os preencheram nas suas salas ou no auditório do hospital. Foi colocado o objetivo do trabalho (para fins acadêmicos) e receberam a informação que deveriam responder sozinhos, com respostas simples. Muito poucos funcionários optaram por levar o questionário para casa e trazê-lo preenchido no plantão seguinte. A pesquisa foi realizada no período de 13 de agosto de 2003 a 27 de agosto de 2003.

O instrumento de pesquisa foi validado pelo Alfa de *Cronbach* que é uma medida de consistência interna e permite verificar as situações similares e confiáveis quando o alfa obtido for menor que 0,05. O teste foi aplicado nas questões que compõem os construtos, e o alfa obtido foi de 0,6851; este número indica que houve consistência das questões elaboradas e, portanto, boa confiabilidade nos itens que compõe os construtos, (FOGLIATTO, 2002) (detalhado Apêndice C).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado (Apêndice B), como recomenda as diretrizes e a Resolução 196/96, do CNS/MS.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O hospital contava com 930 funcionários em julho de 2003, sendo 803 ativos. Responderam 557 funcionários, 1 foi anulado (porque não preencheu a parte posterior do questionário), resultando uma amostra de 556<sup>2</sup>.

Tabela 1 – Distribuição da frequência e percentual das variáveis da amostra

Variáveis ( N = 556 )	Frequência	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	152	27,30
Feminino	399	71,80
Não responderam	5	0,90
<b>Idade</b>		
Até 20 anos	11	2,00
De 21 a 25 anos	93	16,70
De 26 a 30 anos	103	18,50
De 31 a 35 anos	79	14,20
De 36 a 40 anos	44	7,90
De 41 a 45 anos	141	25,40
De 46 a 50 anos	24	4,30
Acima de 50 anos	61	11,00
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	200	35,97
Casado	228	41,01
Separado	60	10,79
Viúvo	15	2,70
Outros	49	8,81
Não responderam	4	0,72
<b>Grau de escolaridade</b>		
1º Grau Incompleto	59	10,60
1º Grau Completo	54	9,70
2º Grau Incompleto	58	10,40
2º Grau Completo	191	34,40
Superior Incompleto	115	20,70
Superior Completo	30	5,40
Especialização E Pós Graduação	49	8,80

---

<sup>2</sup> A caracterização da população distribuída por variáveis como sexo, idade, setor, etc. não está disponibilizada na instituição para consulta de fácil acesso. Por essa razão não foi possível comparar a amostra com a população em relação a essas variáveis.

O maior número de respondentes foi do sexo feminino (399), correspondendo à proporcionalidade do número de funcionários do hospital, majoritariamente feminino. Na variável idade, a maioria (141) está na faixa de 41 a 45 anos, seguidos de 103 funcionários que estão na faixa de 26 a 30 anos. A maioria dos respondentes é casada (228) e solteira correspondem a 200. Quanto à escolaridade, a maioria (191) tem o segundo grau completo seguido de (115) com o superior incompleto, o que significa uma escolarização elevada, se comparada às médias brasileiras.

Tabela 2 – Distribuição da frequência e percentual das variáveis ocupacionais da amostra

<b>Caracterização (N = 556)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Área<sup>3</sup></b>		
Administrativa/Apoio	257	46,20
Médica/Enfermagem	299	53,80
<b>Carga horária de trabalho semanal</b>		
Até 20 horas	15	2,70
De 21 a 30 horas	27	4,86
De 31 a 40 horas	221	39,74
Acima de 40 horas	293	52,70
<b>Exerce chefia</b>		
Sim	50	9
Não	506	91
<b>Turno de trabalho</b>		
Manhã	137	24,6
Tarde	136	24,5
Noite	150	27
Manhã e tarde	93	16,7
Folguista	6	1,1
Manhã, tarde e noite	34	6,1
<b>Atividade remunerada além da instituição</b>		
Sim	128	23
Não	425	76,4
Não responderam	3	0,5
<b>Tempo de trabalho na área de saúde</b>		
Menos de 1 ano	75	13,5
De 1 a 5 anos	224	40,3
De 6 a 10 anos	101	18,2
Acima de 10 anos	155	27,9
Não responderam	1	0,2

<sup>3</sup> Corresponde aproximadamente à distribuição da população nesta variável.

Verifica-se na Tabela 2, que a maior parte dos funcionários trabalham mais de 40 horas (293), seguidos de 31 a 40 horas (221), o que mostra uma jornada extensiva de trabalho na categoria. Constata-se que a maior parte dos funcionários (425) não possuem outra atividade remunerada e que a maioria (224) dos participantes estão na faixa de 1 a 5 anos trabalhando na área da saúde.

Tabela 3 – Distribuição da frequência e percentual de funcionários por setor

<b>Setor</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Administrativa/Apoio</b>		
ABC	2	0,36
Almoxarifado	5	0,9
Centro de processamento de roupas	10	1,8
CME	6	1,08
Contabilidade	4	0,72
Convênios	34	6,12
Direção	4	0,72
Eletrocardiograma	3	0,54
Farmácia	4	0,72
Faturamentos	17	3,06
Higienização	37	6,65
Laboratório	18	3,24
Manutenção	14	2,52
Medicina do trabalho	3	0,54
Nutrição	42	7,55
Patrimônio	2	0,36
Radiologia	11	1,98
Recepção	12	2,16
Recursos humanos	10	1,8
SAME	3	0,54
Segurança	3	0,54
Telefonia	2	0,36
Transporte	6	1,08
<b>Médica/Enfermagem</b>		
Ambulatório	5	0,9
Banco de sangue	3	0,54
Berçário	6	1,08
Bloco cirúrgico	42	7,55
Centro obstétrico	5	0,9
Clinica cirúrgica 1 e 2	33	5,94
Clinica médica 1	13	2,34
Clinica médica 2	19	3,42
Emergência	78	14,03
Emergência pediátrica	7	1,26
Maternidade	9	1,62
Pediatria	21	3,78
Sala de recuperação	6	1,08
Traumatologia	11	1,98
UTI/Intermediário	42	7,55
Não responderam	4	0,72
<b>Total</b>	<b>556</b>	<b>100</b>

Na descrição da Tabela 3, constata-se que, da área médica/enfermagem, o maior número de respondentes foram dos setores da Emergência (78), UTI (42) e Bloco Cirúrgico (42). Da área administrativa/apoio foram: a Nutrição (42) seguida da Higienização (37).

Tabela 4 – Distribuição da frequência e percentual de funcionários por cargo

<b>Função</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Administrativa/Apoio</b>		
Auxiliar administrativo	84	15,11
Auxiliar contábil	1	0,18
Auxiliar de almoxarifado	2	0,36
Auxiliar de costura	1	0,18
Auxiliar de farmácia	5	0,9
Auxiliar de higienização	39	7,01
Auxiliar de laboratório	12	2,16
Auxiliar de lavanderia	4	0,72
Auxiliar de manutenção	12	2,16
Auxiliar de rouparia	5	0,9
Auxiliar SND	37	6,65
Bioquímico	4	0,72
Chefia	19	3,42
Comprador	1	0,18
Motorista	5	0,9
Não responderam	1	0,18
Nutricionista	2	0,36
Porteiro	10	1,8
Psicologia	1	0,18
Técnico de radiologia	4	0,72
Técnico de segurança do trabalho	2	0,36
Telefonista	2	0,36
<b>Médica/Enfermagem</b>		
Atendente de enfermagem	4	0,72
Enfermeiro	25	4,5
Médico	36	6,47
Técnico / Auxiliar de enfermagem	238	42,81
<b>Total</b>	<b>556</b>	<b>100</b>

Constata-se na Tabela 4, que os indivíduos desempenham 25 funções diferentes e quem mais responderam foram os da área médica/enfermagem, como os auxiliares e técnicos de enfermagem (238), pois é a categoria em maior número de funcionários no hospital. Na área administrativa/apoio, os setores que mais responderam são os auxiliares administrativos, os auxiliares de higienização e de nutrição, também ocupações com maior número de funcionários.

Tabela 5 – Distribuição de frequência dos trabalhadores segundo o número de empregos e o contato direto com pacientes

Variáveis (N = 556)	Frequência	%
<b>Número total de hospitais/clínicas que você trabalha</b>		
Só neste	434	78,06
Dois empregos	28	5,04
Acima de três empregos	93	16,73
Não responderam	1	0,18
<b>No outro emprego(s), você lida diretamente com paciente</b>		
Sim	83	14,93
Não	37	6,65
Não responderam	436	78,42
<b>Neste emprego(s), você lida diretamente com paciente</b>		
Sim	300	54,00
Não	256	46,00

A maioria (434) dos trabalhadores trabalham só neste hospital. Dos 121 funcionários que trabalham em dois ou mais empregos, 83 funcionários lidam com pacientes. No total dos respondentes, 300 afirmam que lidam diretamente com pacientes neste hospital.

#### 4.2 ÍNDICES MÉDIOS DE *BURNOUT* LEVANTADOS

No geral, as médias de *Burnout* obtidos, para os trabalhadores das duas áreas em estudo, foram semelhantes para os três fatores (exaustão emocional, envolvimento pessoal no trabalho, despersonalização), conforme exposto na tabela 6. Não houve necessidade de teste estatístico para análise de diferenças significativas entre as médias porque o resultado obtido foi semelhante para as duas áreas estudadas. Constata-se, de modo geral, que os índices para exaustão emocional e despersonalização encontram-se na classificação média. Já o envolvimento pessoal no trabalho é baixo nos dois grupos.

Tabela 6- Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores do hospital das áreas Administrativa/Apoio e Médico/Enfermagem

Fatores (N = 556)	Área	<i>Burnout</i>	Níveis
Exaustão emocional	Administr./Apoio	19,07	M
	Médico/Enferm.	18,76	M
Envolvimento pessoal no trabalho	Administr./Apoio	27,68	B
	Médico/Enferm.	27,81	B
Despersonalização	Administr./Apoio	8,25	M
	Médico/Enferm.	7,53	M

Tabela 7 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores que lidam direto com pacientes

No outro emprego, lida diretamente com pacientes (N = 556)		Fatores	<i>Burnout</i>	Níveis
Sim		Exaustão emocional	20,01	M
		Envolvimento pessoal no trabalho	27,89	B
		Despersonalização	8,23	M
Não		Exaustão emocional	15,89	B
		Envolvimento pessoal no trabalho	27,20	B
		Despersonalização	7,76	M

Tabela 8 – Teste t-student para variável lida diretamente com pacientes ou não

Fatores de <i>Burnout</i>	t	gl	p
Exaustão emocional	-0,303	554	0,762
Envolvimento pessoal no trabalho	0,156	554	0,876
Despersonalização	-1,308	552	0,192

t: estatística do teste

gl: graus de liberdade

\*teste t-Student para duas amostras independentes, significativo a 5% quando

p &lt; 0.05

Segundo o teste t-student (Tabela 8), verifica-se que não existe diferença significativa entre as médias considerando os profissionais que lidam ou não diretamente com pacientes.

Tabela 9 - Índices médios de *Burnout* conforme a área de trabalho e número de empregos

Número de hospitais/clínicas que você trabalha		Área	Fatores	<i>Burnout</i>	Níveis
Só neste	Médica/Enfermagem		Exaustão emocional	19,04	M
			Envolvimento pessoal no trabalho	28,24	B
			Despersonalização	8,31	M
	Administr./Apoio		Exaustão emocional	20,12	M
			Envolvimento pessoal no trabalho	25,78	B
			Despersonalização	8,21	M
Dois empregos	Médica/Enfermagem		Exaustão emocional	14,75	M
			Envolvimento pessoal no trabalho	27,85	B
			Despersonalização	5,89	B
	Administr./Apoio		Exaustão emocional	17,03	B
			Envolvimento pessoal no trabalho	33,11	M
			Despersonalização	6,15	B
Três empregos ou mais	Médica/Enfermagem		Exaustão emocional	20,02	M
			Envolvimento pessoal no trabalho	29,17	B
			Despersonalização	9,02	M
	Administr./Apoio		Exaustão emocional	15,76	B
			Envolvimento pessoal no trabalho	24,03	B
			Despersonalização	4,89	B

Observando-se a tabela 9, nota-se semelhança dos índices médios entre os trabalhadores com um único emprego. Entre os trabalhadores com dois empregos, constata-se um menor envolvimento no trabalho entre os que atuam na área médica/enfermagem (em geral, trabalhadores com contrato de 20 horas) em relação ao pessoal da área administrativa/apoio. Ao contrário, entre os que têm três empregos ou mais, o envolvimento no trabalho é menor entre os funcionários da área administrativa/apoio em relação ao pessoal da área médica/enfermagem. Os componentes da subescala exaustão emocional e despersonalização têm índices mais elevados entre os trabalhadores lotados na área médica/enfermagem em relação ao pessoal da área administrativa/apoio quando se observam três ou mais empregos e quanto à subescala de baixo envolvimento pessoal, constata-se um índice significativamente menor.

Tabela 10 – Teste t-student para comparação de médias de *Burnout* entre os setores Administrativa/Apoio e Médica/Enfermagem conforme a área de trabalho

<b>t-test para amostras independentes</b>				
Número de hospitais/clínicas que você trabalha	Fatores	t	gl	p
Só neste	Exaustão emocional	0,861	432,000	0,390
	Envolvimento pessoal no trabalho	-1,673	432,000	0,095
	Despersonalização	0,360	431,000	0,719
Dois empregos	Exaustão emocional	0,266	26,000	0,792
	Envolvimento pessoal no trabalho	0,901	26,000	0,376
	Despersonalização	-0,147	26,000	0,884
Três empregos ou mais	Exaustão emocional	-1,205	91,000	0,231
	Envolvimento pessoal no trabalho	-2,400	91,000	0,018*
	Despersonalização	-1,979	90,000	0,051*

t: estatística do teste

gl: graus de liberdade

\*teste *t-Student* para duas amostras independentes significativo a 5%

Através do teste t-Student, para amostras independentes, (na tabela 10), verifica-se a existência de diferença significativa entre as médias obtidas nas áreas administrativa/apoio, comparando-as com as médias nas áreas médica/enfermagem em profissionais com 3 ou mais empregos na área, para os fatores envolvimento pessoal no trabalho (maior entre funcionários da área médica/enfermagem) e despersonalização (maior entre funcionários da área médica/enfermagem).

Podem ser estabelecidas relações entre as médias de médica/enfermagem apresentam maior despersonalização embora maior envolvimento no trabalho. *Burnout* e diversas variáveis identificadas nesse estudo, como sexo, tempo de serviço, idade, entre outros<sup>4</sup>.

Tabela 11 – Distribuição de frequência dos índices médios de *Burnout* por área de trabalho

		Baixo		Médio		Alto	
		f	%	f	%	f	%
Área Administrativa/Apoio	Exasutão emocional	86	73.50	29	24.80	2	1.70
	Envolvimento pessoal	95	81.20	18	15.40	4	3.40
	Despersonalização	103	88.00	14	12.00	0	0.00
Área Médica/Enfermagem	Exasutão emocional	347	79.00	83	18.90	9	2.10
	Envolvimento pessoal	368	83.80	66	15.00	5	1.10
	Despersonalização	496	89.40	56	10.10	3	0.50

Tabela 12 – Distribuição de frequência dos índices médios de *Burnout*, trabalha direta ou indiretamente com paciente.

		Baixo		Médio		Alto	
Fatores		f	%	f	%	f	%
Trabalha diretamente com pacientes	Exasutão emocional	292	77.90	78	20.80	5	1.30
	Envolvimento pessoal	309	82.40	60	16.00	6	1.60
	Despersonalização	334	89.30	39	10.40	1	0.30
Não trabalha diretamente com pacientes	Exasutão emocional	141	77.90	34	18.80	6	3.30
	Envolvimento pessoal	162	89.50	17	9.40	2	1.30
	Despersonalização	496	89.40	56	10.10	3	0.50

Analisando-se as tabelas 11 e 12, verifica-se que a grande maioria dos trabalhadores do hospital, independente da área ou de trabalharem diretamente ou não com pacientes apresentam baixo índice de *Burnout*. Resultado comprovado pelo teste do Qui-quadrado, indicando que não existe associação entre a área de atuação e os fatores de exaustão, o mesmo ocorrendo com a variável: trabalha diretamente com pacientes ou não. As tabelas 13 e 14 apresentam esses resultados.

<sup>4</sup>Apresenta-se, ao final do trabalho (Apêndice D), uma série de análises estatísticas que servirão de fundamentos para o prosseguimento e complementação deste estudo.

Tabela 13 – Teste do qui-quadrado dos fatores de *Burnout* e área de trabalho dos funcionários do hospital

<b>Área de trabalho</b>				
	<b>Qui-quadrado</b>	<b>Valor</b>	<b>g.l.</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	Pearson Qui-quadrado	2,004	2	0.367
Envolvimento emocional	Pearson Qui-quadrado	3,051	2	0.218
Despersonalização	Pearson Qui-quadrado	1,348	2	0.51

Tabela 14 – Teste do qui-quadrado dos fatores de *Burnout* e a questão trabalha diretamente com pacientes neste hospital ou não

<b>Trabalha diretamente ou não com pacientes</b>				
	<b>Qui-quadrado</b>	<b>Valor</b>	<b>g.l.</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	Pearson Qui-quadrado	2,699	2	0.263
Envolvimento emocional	Pearson Qui-quadrado	0,715	2	0.699
Despersonalização	Pearson Qui-quadrado	1,713	2	0.425

O teste do Qui-quadrado determina que independente da área de trabalho ou do funcionário trabalhar neste hospital diretamente com pacientes não influencia no índice médio de *Burnout* obtido nos fatores de estresse.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando-se as questões propostas pelo presente estudo, constatou-se que não há diferença significativa entre os índices médios de *Burnout* dos trabalhadores hospitalares da área administrativa/apoio e os da área médica/enfermagem, esses últimos, os mais diretamente envolvidos nas tarefas de cuidado dos pacientes. Confirmam-se, assim, as constatações baseadas na observação informal (feitas em fichas e prontuários médicos) sobre o número de funcionários com sintomatologia típica da Síndrome que buscavam o serviço especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, independente das áreas de atuação. Em estudo realizado com a mesma escala entre profissionais da área da educação (CODO *et al*, 1999), os autores constataram as incidências de *Burnout* em todos os cargos das escolas e não somente entre os profissionais envolvidos diretamente com os alunos. Pode-se levantar a proposição de que a natureza do trabalho das atividades fins da instituição é determinante na sua relação com a síndrome de *Burnout*, conforme sugerido por Lautert (1997a) entre outros.

Importante ressaltar, ainda, que os estudos e pesquisas têm apontado para a abrangência da Síndrome em diversos contextos laborais e não só, necessariamente, àquelas profissões inicialmente propostas (GLINA; ROCHA, 2000, por exemplo), e ainda que, no setor de serviços, a atividade de “cuidar” tem um sentido amplo e abrangente. Destaca-se que os funcionários da emergência pediátrica e da recepção, que são os que têm um maior número de contato com usuários (não necessariamente pacientes)<sup>5</sup>, apresentam índices médios mais altos de *Burnout*.

Segundo Vidal (1993), a doença afeta aquelas profissões que consistem em oferecer serviços humanos diretos e de grande relevância para o usuário. O que é o caso das instituições hospitalares e dos setores em que se constatou índices mais elevados nesta pesquisa como os setores da emergência e pediatria para a área médica e enfermagem e os setores da nutrição e higienização, na área administrativa/apoio.

Considerando-se as questões que nortearam esta pesquisa, não se encontraram diferenças significativas entre as médias, quando considerada a área de trabalho. No entanto,

---

<sup>5</sup> Ver análises estatísticas no Apêndice D.

em relação à amostra estudada, independente da categorização, constata-se baixo envolvimento pessoal no trabalho, de modo geral, sendo que os demais componentes da síndrome se encontram, em sua maioria, na faixa média, quando se compara com a tabela proposta por Codo e colaboradores (1999).

Pode-se supor que o baixo envolvimento emocional se apresente como um mecanismo de defesa, para evitar o sofrimento oriundo da natureza do trabalho, conforme assinala Pita (1990). No entanto, somente um estudo de natureza qualitativa pode justificar este indicativo. Da mesma forma, índices elevados de envolvimento com o trabalho são indicadores da necessidade de complementação do estudo para detectar quais os fatores que estão determinando o fenômeno.

Não se constataram neste estudo, diferenças significativas entre as médias de *Burnout*, quando se consideram as variáveis: idade, estado civil, carga horária semanal, grau de escolaridade, função e número de empregos. Verificam-se diferenças significativas, quando as variáveis investigadas são sexo, turno de trabalho, setor de trabalho e tempo de profissão na área da saúde entre os trabalhadores da área administrativa/apoio.

Evidencia-se um aumento na síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores de 36 a 40 anos, separados e com escolaridade mais alta, embora sem diferença que possa ser considerada significativa. Essa diferença passa a ser significativa, quando se considera o tempo de serviço na área da saúde, sendo que, os que estão há menos de um ano apresentam índices significativamente mais baixos daqueles que estão com mais de 1 ano. Os autores têm demonstrado a ocorrência dessa relação em outros estudos (CODO *et al*, 1999; LAUTERT, 1997a).

Com relação à carga horária semanal na instituição, constatou-se um índice alto de *Burnout* entre trabalhadores com contrato de 20 horas. Como tal contrato é específico da categoria dos médicos e como não há diferença estatisticamente significativa entre *Burnout* e carga horária semanal, credita-se tal resultado aos índices típicos da categoria profissional, conforme atestam os estudos de Glina e Rocha (2000). Importante ressaltar que são esses profissionais que apresentam mais de dois empregos.

Referente ao turno de trabalho, foi verificado um índice significativamente mais elevado entre os trabalhadores com jornada de três turnos, em relação aos demais, especialmente em relação aos folguistas. Tal dado corrobora com os achados a respeito (FRANÇA; RODRIGUES, 1997).

A provável causa é que, devido aos funcionários estarem no mesmo ambiente, exposto aos mesmos agentes estressores, embora não participem diretamente dos cuidados aos

pacientes, envolvem-se da mesma maneira com estes, na preparação da sua comida, na coleta e análise dos seus exames, na higienização do seu leito e até com seus familiares no atendimento direto, como o atendimento na sala de recepção, a “escolha do convênio”, os cuidados com a baixa até na acomodação e correta informação do estado de saúde do paciente, mostrando que o ambiente hospitalar, como um todo, é o fator estressor.

Sabe-se que o fator “tempo” apresenta um diferencial importante na recuperação de um paciente e quem trabalha num ambiente de trabalho hospitalar, aprende logo esta diferença e acaba sendo exposto facilmente a ele. O fator tempo seria preponderante aos outros, além de ser um fator constante e intermitente, de forma habitual e permanente. Portanto, embora de modo geral não se tenha encontrado índices médios elevados de *Burnout* no ambiente estudado, verificou-se um menor envolvimento emocional, o que deve ser considerado na proposição de políticas e práticas de gestão, já que este é um primeiro indício para a ocorrência da síndrome.

O que se considera de resultado positivo deste trabalho é a ausência de diferença significativa entre trabalhadores hospitalares que lidam ou não diretamente com pacientes. Tal constatação remete a uma re-significação da noção de cuidado para além de particularidades específicas e a necessidade de complementação a partir de estudos de natureza qualitativa.

## 6 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados pelos 556 funcionários deste referido hospital que participaram da pesquisa, e avaliando-se as análises estatísticas realizadas, pode-se inferir que a Síndrome de *Burnout* não se relaciona tão somente com a natureza das atividades, mas com a natureza da instituição onde o trabalho acontece. Sabe-se que lidar com vidas humanas é um trabalho gratificante, quando o paciente sai curado, mas pode ser fonte de problemas, quando este paciente não sai totalmente curado e mais ainda, quando não se consegue mais reverter o quadro.

Todas as pessoas que trabalham num ambiente hospitalar têm consciência da importância de sua função, por isso, mais dia ou menos dia, acabam expondo-se às situações que favorecem o aparecimento e a Síndrome de *Burnout*, independente de lidarem ou não diretamente com pacientes. Importante, ainda, assinalar que no local de estudo, considerando-se o conjunto de trabalhadores, os índices médios de *Burnout* estão na faixa média, exceto um menor envolvimento pessoal no trabalho que pode estar funcionando como uma estratégia de defesa para o não aparecimento da síndrome, como um sinal de outras questões relacionadas ao local de trabalho, ou ainda, como um primeiro sinal da síndrome.

Devemos estar atentos a esta síndrome pois este é um local que se cura doentes e não que gera doentes, como bem apontou Foucault (1979).

## REFERENCIAS

- AMORIM, C.; TURBAY, J. Qualidade de vida no trabalho e Síndrome de *Burnout*. In: ENCONTRO REGIONAL SUL DA ABRAPSO, 7., 1998, Curitiba. **Anais...**Curitiba: ABRAPSO, 18-20 de setembro de 1998, p.70.
- ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M. **Estresse**: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BELCASTRO, P. A; GOLD, R. S.; HAYS, L.C. Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teacher. **Psychological Reports**, [S.l.], n.53, p. 364-366, 1983.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2002.
- BRASIL. Decreto –lei nº 3048, de 06 de maio de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, n. 89, 12 maio, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BULHÕES, I. **Riscos do Trabalho de Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Folha Carioca, 1994.
- BUNGE, C. Stress in the library. **Library Journal**, [S.l.], v.112 , n.15, p. 47-51, 1987.
- CADILHE, G.R.L. et al. Trabalho e assistência à saúde: um estudo sobre a assistência em saúde mental prestada pelo serviço médico de uma empresa bancária no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.43, n.9, p.475-482, 1994.
- CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D.; SABBAG, S. N. Stress em atendentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.l.], v. 20, n. 75, P.38-44, jan./jun. 1992.
- CHERNISS, C. **Profesional Burnout Human Service Organizations**. NY, USA: Praeger, 1980.

CODO, W. et al.(Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**. 5 ed.,São Paulo: Cortez, Oboré, 1992.

DELGADO et al. Revisión teórica del *Burnout*: o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. **Caesura**, Canoas, n.2, p.47-65, 1993.

FIGUEROA, J. F.; VELIZ-CAQUIAS, R.E. El síndrome de quemazón y el ambiente de trabajo en una muestra de enfermeras psiquiátricas. **Revista Ciencias de la Conducta**, [S.l.], v. 3, n.1/2, p.101-121,1992.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. Estresse: possibilidades e limites. In: CODO, W.; JACQUES, M. G.(Org) **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, p.112-129, 2002.

FOGLIATTO, F. S. **Ergonomia Design de Produto**. Porto Alegre: [s.n.], 2002. Parte II. Material de Suporte

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 15. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANÇA, A. C. L. **Stress e Trabalho**. 2 ed. São Paulo/SP: Atlas, 1999.

FRANÇA, A. C. L. Stress ocupacional. **Revista CIPA**, São Paulo/Brasil, p.40-41, 1996.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e Trabalho: guia prático com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1997.

FREUDENBERGER, H.J. The staff “*bur-out*” syndrome in alternative institutions. **Psychother Theory Res Pract**,[S.l.], n.12, p.73-82, 1974.

GALLEGO, E.A; RIOS, L.F. El síndrome de “*Burnout*” o el desgaste profesional.**Revista Assoc. Esp. Neuropsiquiatria**: revisión de estudios [S.l.], v. 11,n. 39, p.257-265, 1991.

GARCÉS D. L. F. E.; LÓPEZ-SOLER, C.; GARCIA MONTALVO, C. El síndrome del *burnout* y su evaluación: una revisión de los principales instrumentos de medida. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGIA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGIA, 1., 1997, Madri. **Proceedings...** Madri: [s.n.], 1997.

GARCIA IZQUIERDO, M. El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores. In: VIDAL, J. B. (coord) **Estrés y Psicopatología**, Madrid: Pirámide, p.26-40, 1993.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÒ, J. M. **Desgaste Psíquico en el Trabajo: el síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *Burnout*)**. Madrid, España: Síntesis, 1997.

GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *Burnout*) en profesionales de enfermería. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, [S.l.], v. 1, n. 1, p.19-33, 2003.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. Prevenção para à saúde mental no trabalho. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Orgs) **Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções**, S.P: VK, 2000. cap.2.

GOLDSTEIN, I. B. et al. Ambulatory blood pressure, heart rate, and neuroendocrine responses in women nurses during work and off work days., **Psychosomatic Medicine**, Califórnia, n.61, p. 387-396, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M. **Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1999.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blucher, 1992.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE( ILO). Preventing estresse at work. **Conditions of work digest**, [S.l.], v.11, n.2, p.1-42, 1992.

JARDIM, S. R.; GLINA, D. M. R. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: GLINA. D. ROCHA. L. (Orgs), **Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções**. S.P: VK, 2000, cap.1.

LAUTERT, L. O. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n.2, p.133-134, jul.1997<sup>a</sup>

LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, RS, v. 18, n.2, p.83-93, 1997b.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer, 1984.

LIPP, M.N. **Como Enfrentar o Stress**. São Paulo: Ícone,1990.

LIPP, M. N.; MALAGRIS, L. N. Manejo do estresse. In: RANGE, B. (Org.). **Psicoterapia Comportamental Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. São Paulo: Psy, 1995.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventory: manual**. 2. ed. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press, 1986.

MASLACH, C. The client role in staff burnout. **Journal of Social Issues**, [S.l.], n. 34, p. 111-124, 1982.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The role of sex and family variables in *Burnout*. **Sex Roles**, n. 12, p.937-851, 1985.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced *Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, [S.l.], n. 2. p.99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Campinas, SP: Papirus, 1999.

MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1979.

MENDES, R. O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. **Saúde Pública**. [S.l.], v. 22, n. 4, p.311-26, 1998.

MIELNIK, I. **Higiene Mental do Trabalho**. São Paulo: Artes Médicas, 1975.

OLIVEIRA, P. A. Ergonomia. In: CATTANI, A. D. (Org). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Porto Alegre: Vozes, p.69-76, 1999.

PEIRÓ, J.M. **Psicología de la Organización**. Madrid: Uned, 1986.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

RODRIGUES, A.L. O *Burnout* no exercício profissional da medicina. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Orgs) **Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções**, S.P.:VK, 2000, cap. 4.

ROSSI, E.L. **A Psicobiologia de Cura Mente-Corpo**. Campinas: Psy II, 1994.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F.M. **Trabalho em Turnos e Noturno**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SATO, L. A Representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M.J. (Org) **As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.188-211.

SELIGMANN-SILVA, E. **Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil**. São Paulo, SP:. Traço, 1986.

SELYE H. A. A syndrome produced by nocuous agents. **Nature**. [S.l.], n. 138, p. 32, 1936.

STACCIARINI, J. M.; TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional, satisfação no trabalho e mal-estar físico e psicológico em enfermeiros. **Nursing**, [S.l.], v. 3, n.20, p.30-34, 2000.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. *Burnout no trabalho*. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Orgs.). **Trabalho em Transição, Saúde em Risco**. Brasília, DF: UNB, p.43-63, 2002a.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.7, n.1, p.37-45, 2002b.

TAYLOR, F.W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1911.

VIDAL, J. B. **Estrés y Psicopatología**. Madrid: Pirâmide, 1993.

VASCONCELOS, E. G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, L. **Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora**. 2.ed, Santos: Editora Santos, p.25-47, 1992.

WISNER, A. **Por Dentro do Trabalho: ergonomia: método & técnica**. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Expert Committee on Identification and Control of Work Related Diseases**. Geneva: Report, 1983.

## APÊNDICE A

### PROTOCOLO PARA A INVESTIGAÇÃO SOBRE *BURNOUT* ENTRE FUNCIONÁRIOS HOSPITALARES.

**Objetivo:**

Este trabalho é desenvolvido com o fim de obtenção de levantamento estatístico do Índice Médio de *Burnout* entre funcionários hospitalares e embasa a dissertação de mestrado em Ergonomia da Médica do Trabalho Niura T. T. Noro.

- 1-Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- 2-Idade: ( ) até 20 anos ( ) de 21 a 25 anos ( ) de 26 a 30 anos ( ) de 31 a 35 anos ( ) de 36 a 40 anos ( ) de 41 a 45 anos ( ) de 46 a 50 anos ( ) mais de 50 anos.
- 3-Grau de escolaridade: ( ) 1º grau incompl. ( ) 1º grau compl. ( ) 2º grau incompl. ( ) 2º grau compl. ( ) universitário incompl. ( ) universitário compl. ( ) especialização e pós-graduação
- 4-Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) viúvo ( ) outros
- 5-Área: ( ) Administrativa ( ) Operacional
- 6-Setor\;.....
- 7 –Função;.....
- 8- Exerce chefia\; ( ) sim ( ) não
- 9-Carga horária de trabalho semanal: ( ) até 20 h ( ) de 21 a 30 h ( ) de 31 a 40 h ( ) mais de 40 horas
- 10-Turno de trabalho: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) manhã e tarde ( ) folguista
- 11-Tempo que trabalha como profissional na área da saúde: ( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) mais de 10 anos
- 12-Tem outra atividade remunerada: ( ) Sim ( ) Não
- 13-Número total de hospitais/clínicas que você trabalha: ( ) só neste ( ) mais de um ( ) 2 empregos ( ) 3 ou mais.
- 14-No outro emprego(s), você lida diretamente com pacientes? ( ) Sim ( ) Não
- 15-Neste emprego, você lida diretamente com pacientes? ( ) Sim ( ) Não

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção.

Pesquisa: Índice Médio de *Burnout* entre funcionários hospitalares.

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o estresse (*Burnout*) em um ambiente hospitalar visto que é grande a frequência dessa síndrome entre os trabalhadores hospitalares. O trabalho é desenvolvido pela mestrandia Niura T. T. Noro, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Jacques e é um dos requisitos para a titulação de Mestre em Engenharia de Produção com ênfase em Ergonomia.

A participação no estudo é livre, espontânea e sem custos. Não haverá nenhuma punição e desconforto para os que participarem ou para aqueles que não participarem do estudo. Os resultados não serão individualizados e não se solicita a identificação do participante.

Eu,....., concordo em participar do referido estudo e estou ciente de que poderei desistir quando desejar, informando a pesquisadora. Os contatos com a responsável pela pesquisa podem ser feitos através do telefone 99858609 ou no hospital pelo ramal: 2234.

Canoas, 13 de agosto de 2003.

Participante

Pesquisadora

## APÊNDICE C

### Teste de Validação do Alfa de Cronbach

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

—

#### R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	AREA	1,7942	,4047	549,0
2.	CARGHSEM	3,4226	,7122	549,0
3.	SETOR	20,5337	14,6710	549,0
4.	CHEFIA	1,9107	,2854	549,0
5.	TURNOTRA	2,6448	1,3655	549,0
6.	ATIVREM	1,7668	,4232	549,0
7.	TEMSAUDE	2,6011	1,0338	549,0
8.	FUNÇÃO	6,5064	5,9871	549,0

	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Statistics for SCALE	41,1803	308,6919	17,5696	8

#### Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
AREA	39,3862	312,3725	,1692	,6832
CARGHSEM	37,7577	305,9868	,1879	,6818
SETOR	20,6466	38,2143	,4425	,6533
CHEFIA	39,2696	309,5038	,5386	,6415
TURNOTRA	38,5355	310,8258	,3923	,6577
ATIVREM	39,4135	306,0203	-,1051	,7065
TEMSAUDE	38,5792	312,8792	,5286	,6415

FUNÇÃO	34,6740	211,2968	,2556	,6745
--------	---------	----------	-------	-------

## Reliability Coefficients

N of Cases = 549,0

N of Items = 8

Alpha = ,6851

**APÊNDICE D**

**CRUZAMENTO DOS ÍNDICES MÉDIOS DE *BURNOUT* COM OUTRAS**

**VARIÁVEIS**

Tabela 15 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídas conforme o sexo

<b>Sexo</b>	<b>Fatores</b>	<b><i>Burnout</i></b>	<b>Níveis</b>
Masculino	Exaustão emocional	21,03	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28,89	B
	Despersonalização	9,04	M
Feminino	Exaustão emocional	1,95	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	27,01	B
	Despersonalização	6,77	M

Tabela 16 – Teste *t-student* com variável dependente fator sexo

<b>t-test para igualdade de médias</b>				
<b>Neste emprego lida diretamente com pacientes</b>	<b>Fatores</b>	<b>T</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Sim	Exaustão emocional	2,76	370	0,006*
	Envolvimento pessoal no trabalho	0,80	370	0,423
	Despersonalização	3,06	368	0,567
Não	Exaustão emocional	-0,00049	177	1,000
	Envolvimento pessoal no trabalho	1,99	177	0,049*
	Despersonalização	2,25	177	0,526

t: estatística do teste.

gl: graus de liberdade

\*Teste t-Studente para amostras independentes, significativo a 5%.

Tabela 17 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme as idades

Idade ( N = 556)	Fatores	<i>Burnout</i>	Níveis
Até 20 anos	Exaustão emocional	14,01	B
	Envolvimento pessoal no trabalho	28,79	B
	Despersonalização	7,01	M
De 21 a 25 anos	Exaustão emocional	19,00	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29,03	B
	Despersonalização	7,89	M
26 a 30 anos	Exaustão emocional	19,10	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29,05	B
	Despersonalização	8,23	M
De 31 a 35 anos	Exaustão emocional	18,01	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	27,79	B
	Despersonalização	8,00	M
De 36 a 40 anos	Exaustão emocional	21,32	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	27,88	B
	Despersonalização	9,036	M
De 41 a 45 anos	Exaustão emocional	18,85	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	26,01	B
	Despersonalização	7,03	M
De 46 a 50 anos	Exaustão emocional	14,96	B
	Envolvimento pessoal no trabalho	27,00	B
	Despersonalização	7,94	M
Acima de 50 anos	Exaustão emocional	19,01	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28,03	B
	Despersonalização	9,02	M

Tabela 18 – Índices médios de *Burnout* e as faixas etárias dos trabalhadores deste hospital

ANOVA		Soma de quadrados	gl	Quadrado médio	F	p
Exaustão emocional	Entre fatores de <i>Burnout</i>	724	7	103,494	0,691	0,679
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	82019	548	149,671		
	Total	82744	555			
Envolvimento pessoal no trabalho	Entre fatores de <i>Burnout</i>	757	7	108,108	1,311	0,243
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	45199	548	82,481		
	Total	45956	555			
Despersonalização	Entre fatores de <i>Burnout</i>	147	7	20,931	0,499	0,836
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	22923	546	41,983		
	Total	23069	553			

\* Teste F significativo a 5%

\* gl: graus de liberdade

Não há diferença significativa entre os índices, quando se considera a faixa etária.

Tabela 19 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme o turno de trabalho

<b>Turno de trabalho</b> (N = 556)	<b>Fatores</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
Manhã	Exaustão emocional	20	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	7	M
Tarde	Exaustão emocional	16	B
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	7	M
Noite	Exaustão emocional	20	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	26	B
	Despersonalização	9	M
Manhã e tarde	Exaustão emocional	18	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29	B
	Despersonalização	7	M
Folguista	Exaustão emocional	18	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	35	M
	Despersonalização	6	B
Manhã, tarde e noite	Exaustão emocional	24	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	26	B
	Despersonalização	11	M

Tabela 20 - ANOVA dos turnos de trabalho, como variável dependente e fatores de *Burnout*

<b>Fatores de <i>Burnout</i></b>	<b>Causas de variação</b>	<b>Soma de quadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Quadrado médio</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	Entre os grupos de <i>Burnout</i>	2730.28	5	546.056	3.753	
	Nos grupos de <i>Burnout</i>	80013.67	550	145.4794		0.002*
	Total	82743.95	555			
Envolvimento pessoal no trabalho	Entre os grupos de <i>Burnout</i>	948.1442	5	189.6288	2.317	
	Nos grupos de <i>Burnout</i>	45008.11	550	81.83292		0.042*
	Total	45956.25	555			
Despersonalização	Entre os grupos de <i>Burnout</i>	576.2903	5	115.2581	2.808	
	Nos grupos de <i>Burnout</i>	22492.73	548	41.04512		0.016*
	Total	23069.02	553			

\*Teste F significativo a 5%

Constata-se diferença significativa entre as médias nos três componentes, quando se considera a variável turno de trabalho.

Tabela 21 - Teste de complementação de médias para os turnos

<b>Exaustão emocional</b>	<b>Tukey significativo a 5%</b>		
<b>Turno de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Tarde	136	15.94	
Folguista	6	17.50	17.50
Manhã e tarde	93	17.81	17.81
Noite	150	19.99	19.99
Manhã	137	20.09	20.09
Manhã, tarde e noite	34		24.44
Sig.		0.27	0.06

Tabela 22 - Tukey do fator Envolvimento pessoal do trabalho e os turnos

<b>Envolvimento pessoal no trabalho</b>	<b>Tukey significativo a 5%</b>		
<b>Turno de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Manhã, tarde e noite	34	25.97	
Noite	150	26.20	
Manhã	137	28.26	28.26
Tarde	136	28.48	28.48
Manhã e tarde	93	28.62	28.62
Folguista	6		34.83
Sig.		0.35	0.09

Tabela 23 - Tukey do fator de Despersonalização e os turnos

<b>Despersonalização</b>	<b>Tukey significativo a 5%</b>		
<b>Turno de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Folguista	6	5.50	
Manhã e tarde	93	7.04	
Manhã	137	7.28	7.28
Tarde	136	7.49	7.49
Noite	148	8.63	8.63
Manhã, tarde e noite	34		10.97
Sig.		0.49	0.23

Os “folguistas” têm índices mais baixos no componente despersonalização e mais altos no componente envolvimento pessoal no trabalho. Entre os trabalhadores que têm três turnos de trabalho, constata-se um índice mais elevado de *Burnout* a partir da interpretação de seus três componentes.

Tabela 24 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme o tempo de serviço na área

Área	Tempo como profissional na área da saúde (N = 556)	Fatores	<i>Burnout</i>	Níveis	
Administrativa /apoio	Menos de 1 ano	Exaustão emocional	12	B	
		Envolvimento pessoal no trabalho	32	M	
		Despersonalização	5	B	
	De 1 a 5 anos	Exaustão emocional	20	M	
		Envolvimento pessoal no trabalho	28	B	
		Despersonalização	7	M	
	De 6 a 10 anos	Exaustão emocional	19	M	
		Envolvimento pessoal no trabalho	26	B	
		Despersonalização	8	M	
		Exaustão emocional	20	M	
	Acima de 10 anos	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B	
		Despersonalização	8	M	
	Médica /enfermagem.	Menos de 1 ano	Exaustão emocional	15	B
			Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
Despersonalização			8	M	
De 1 a 5 anos		Exaustão emocional	19	M	
		Envolvimento pessoal no trabalho	28	B	
		Despersonalização	9	M	
De 6 a 10 anos		Exaustão emocional	21	M	
		Envolvimento pessoal no trabalho	27	B	
Acima de 10 anos		Despersonalização	7	M	
		Exaustão emocional	20	M	
NS/NR		Envolvimento pessoal no trabalho	29	B	
		Despersonalização	8	M	
			Exaustão emocional	10	B
			Envolvimento pessoal no trabalho	9	B
		Despersonalização	10	M	

Tabela 25 - ANOVA dos componentes de *Burnout* por tempo de profissão na área

Área	Fatores		Soma de quadrados	gl	Quadrado médio	F	p
Administrativa/ apoio	Exaustão emocional	Entre fatores	1909,7	3	636,581	4,775	0,003*
		Dentro dos fatores	39865	299	133,327		
		Total	41774	302			
	Envolvimento pessoal no trabalho	Entre fatores	1024,2	3	341,385	4,176	0,006*
		Dentro dos fatores	24444	299	81,754		
		Total	25469	302			
	Despersonalização	Entre fatores	257,68	3	85,893	2,235	0,084
		Dentro dos fatores	11414	297	38,431		
		Total	11672	300			
Médica/ enfermagem	Exaustão emocional	Entre fatores	808,66	3	269,552	1,669	0,174
		Dentro dos fatores	40063	248	161,542		
		Total	40871	251			
	Envolvimento pessoal no trabalho	Entre fatores	29,89	3	9,963	0,123	0,946
		Dentro dos fatores	20090	248	81,007		
		Total	20120	251			
	Despersonalização	Entre fatores	231,02	3	77,007	1,719	0,164
		Dentro dos fatores	11110	248	44,798		
		Total	11341	251			

Teste F significativo a 5%

Tabela 26 - Teste de complementação de médias para área Administrativa/Apoio

Administrativa/apoio	Teste de Tukey sig. 5%		
Tempo como profissional na área da saúde	N	Grupo 1	Grupo 2
Menos de 1 ano	38	12,18	
de 6 a 10 anos	57		19,18
acima de 10 anos	95		19,54
de 1 a 5 anos	113		20,09
Sig.		1,000	0,971

Tabela 27 - Teste de complementação de médias para área Médica/Enfermagem

Médica/enfermagem	Teste de Tukey sig. 5%		
Tempo como profissional na área da saúde	N	Grupo 1	Grupo 2
Menos de 1 ano	37	15,27	
de 1 a 5 anos	111	18,96	18,96
acima de 10 anos	60		20,40
de 6 a 10 anos	44		21,02
Sig.		0,136	0,436

Constata-se uma relação entre o tempo de serviço na área de saúde e as médias de *Burnout* nos seus diferentes componentes, na tabela 25. Na área administrativa/apoio crescem os índices médios de exaustão emocional e despersonalização, e diminui o envolvimento pessoal no trabalho, conforme o maior tempo de serviço na área da saúde.

Tabela 28 – Índices médios do componente Exaustão emocional dos trabalhadores distribuídos conforme setor de trabalho

<b>Exaustão emocional – Setor (N = 556)</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
ABC	26	M
Almoxarifado	13	B
Ambulatório	23	M
Banco de sangue	4	B
Berçário	26	M
Bloco cirúrgico	18	M
Centro de processamento de roupas	21	M
Centro obstétrico	3	B
Clinica cirúrgica 1 e 2	18	M
Clinica médica 1	24	M
Clínica médica 2	26	M
CME	14	B
Contabilidade	22	M
Convênios	21	M
Direção	12	B
Eletrocardiograma	22	M
Emergência	22	M
Emergência pediátrica	30	A
Farmácia	19	M
Faturamentos	24	M
Higienização	17	M
Laboratório	26	M
Manutenção	9	B
Maternidade	17	M
Medicina do trabalho	22	M
Nutrição	16	B
Patrimônio	13	B
Pediatria	21	M
Radiologia	9	B
Recepção	23	M
Recursos humanos	18	M
Sala de recuperação	24	M
SAME	13	B
Segurança	22	M
Telefonia	18	M
Transporte	19	M
Traumatologia	23	M
UTI/Intermediário	12	B

Constata-se, na tabela 28, uma média elevada entre os funcionários da Emergência Pediátrica, quanto à subescala exaustão emocional.

Tabela 29 – Índices médios do componente Despersonalização dos trabalhadores distribuídos conforme o setor de trabalho

<b>Despersonalização – Setor (N = 556)</b>	<b><i>Burnout</i></b>	<b>Níveis</b>
ABC	9	M
Almoxarifado	3	B
Ambulatório	3	B
Banco de sangue	2	B
Berçário	4	B
Centro de processamento de roupas	10	M
Centro obstétrico	3	B
Clinica cirúrgica 1 e 2	6	B
Clinica médica 1 e 2	9	M
CME	5	B
Contabilidade	7	M
Convênios	7	M
Direção	7	M
Eletrocardiograma	5	B
Emergência	10	M
Emergência pediátrica	10	M
Farmácia	8	M
Faturamentos	7	M
Higienização	9	M
Laboratório	10	M
Manutenção	7	M
Maternidade	10	M
Medicina do trabalho	12	M
Nutrição	7	M
Patrimônio	13	M
Pediatria	8	M
Radiologia	8	M
Recepção	10	M
Recursos humanos	5	B
Sala de recuperação	9	M
SAME	2	B
Segurança	7	M
Telefonia	4	B
Transporte	8	M
Traumatologia	11	M
UTI/Intermediário	6	B

Na tabela 29, quanto à subescala despersonalização; os índices médios estão, em geral, nas classificações média e baixa.

Tabela 30 – Índices médios do componente Envolvimento pessoal no trabalho dos trabalhadores distribuídos conforme o setor de trabalho

<b>Envolvimento pessoal no trabalho – Setor (N = 556)</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
ABC	32	M
Almoxarifado	29	B
Ambulatório	30	B
Banco de sangue	39	M
Berçário	33	M
Bloco cirúrgico	7	B
Bloco cirúrgico	28	B
Centro de processamento de roupas	28	B
Centro obstétrico	37	M
Clinica cirúrgica 1 e 2	28	B
Clinica médica 1	27	B
Clínica médica 2	26	B
CME	31	B
Contabilidade	29	B
Convênios	29	B
Direção	33	M
Eletrocardiograma	26	B
Emergência	26	B
Emergência pediátrica	20	B
Farmácia	24	B
Faturamentos	23	B
Higienização	26	B
Laboratório	28	B
Manutenção	32	M
Maternidade	25	B
Medicina do trabalho	31	B
Nutrição	29	B
Patrimônio	35	M
Pediatria	27	B
Radiologia	28	B
Recepção	21	B
Recursos humanos	29	B
Sala de recuperação	34	M
SAME	36	M
Segurança	27	B
Telefonia	31	B
Transporte	32	M
Traumatologia	28	B
UTI/Intermediário	29	B

Na tabela 30, constata-se uma tendência a índices médios baixos na subescala envolvimento pessoal no trabalho nos diferentes setores.

Tabela 31 - ANOVA componentes de *Burnout* e setor de trabalho

<b>Fatores</b>		<b>Soma de quadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Quadrado médio</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	Entre fatores	13504,71	37	364,992	2,723	
	Dentro dos fatores	68908,33	514	134,063		<0,01*
	Total	82413,04	551			
Envolvimento pessoal no trabalho	Entre fatores	4339,043	37	117,271	1,451	
	Dentro dos fatores	41531,45	514	80,800		,045
	Total	45870,49	551			
Despersonalização	Entre fatores	2256,314	37	60,981	1,506	
	Dentro dos fatores	20735,73	512	40,499		0,031
	Total	22992,04	549			

Teste F significativo a 5%

Tabela 32 - Teste para identificação das diferenças de *Burnout* nos setores - Continua

Setor	N	Tukey sig a 5%		
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Centro obstétrico	5	3,00		
Banco de sangue	3	4,00		
Radiologia	11	9,36	9,36	
Manutenção	14	9,43	9,43	
Direção	4	11,50	11,50	
UTI/Intermediário	42	11,52	11,52	
Patrimônio	2	12,50	12,50	
Almoxarifado	5	12,60	12,60	
SAME	3	12,67	12,67	
CME	6	14,00	14,00	14,00
Nutrição	42	15,60	15,60	15,60
Maternidade	9	16,56	16,56	16,56
Higienização	37	17,19	17,19	17,19
Telefonia	2	17,50	17,50	17,50
Recursos humanos	10	17,90	17,90	17,90
Bloco cirúrgico	42	17,90	17,90	17,90
Clinica cirúrgica 1 e 2	33	17,91	17,91	17,91
Transporte	6	19,17	19,17	19,17
Farmácia	4	19,25	19,25	19,25
Convênios	34		20,91	20,91
Pediatria	21		21,00	21,00
Centro de processamento de roupas	10		21,40	21,40
Contabilidade	4		21,50	21,50
Segurança	3		21,67	21,67
Emergência	78		21,94	21,94
Eletrocardiograma	3		22,00	22,00
Medicina do trabalho	3		22,00	22,00
Traumatologia	11		22,64	22,64
Recepção	12		22,75	22,75
Ambulatório	5		23,40	23,40
Sala de recuperação	6		23,50	23,50
Faturamentos	17		23,71	23,71
Clinica médica 1	13		24,00	24,00
ABC	2		25,50	25,50
Berçário	6		25,50	25,50
Clínica médica 2	19		26,00	26,00
Laboratório	18		26,06	26,06
Emergência pediátrica	7			30,43
Sig.		0,053	0,055	0,057

Tabela 33 - Teste para identificação das diferenças de *Burnout* nos setores - continuação

Envolvimento pessoal no trabalho		Tukey sig a 5%				
Setor	N	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Emergência pediátrica	7	20,00				
Recepção	12	21,00	21,00			
Faturamentos	17	23,24	23,24	23,24		
Farmácia	4	24,25	24,25	24,25	24,25	
Maternidade	9	24,67	24,67	24,67	24,67	
Emergência	78	25,60	25,60	25,60	25,60	25,60
Clínica médica 2	19	25,74	25,74	25,74	25,74	25,74
Higienização	37	26,24	26,24	26,24	26,24	26,24
Eletrcardiograma	3	26,33	26,33	26,33	26,33	26,33
Clinica médica 1	13	26,62	26,62	26,62	26,62	26,62
Pediatria	21	26,67	26,67	26,67	26,67	26,67
Segurança	3	27,33	27,33	27,33	27,33	27,33
Centro de processamento de roupas	10	27,50	27,50	27,50	27,50	27,50
Laboratório	18	27,78	27,78	27,78	27,78	27,78
Traumatologia	11	27,82	27,82	27,82	27,82	27,82
Radiologia	11	28,09	28,09	28,09	28,09	28,09
Clinica cirúrgica 1 e 2	33	28,12	28,12	28,12	28,12	28,12
Bloco cirúrgico	42	28,33	28,33	28,33	28,33	28,33
Recursos humanos	10	28,60	28,60	28,60	28,60	28,60
Convênios	34	28,97	28,97	28,97	28,97	28,97
Nutrição	42	29,02	29,02	29,02	29,02	29,02
UTI/Intermediário	42	29,19	29,19	29,19	29,19	29,19
Contabilidade	4	29,25	29,25	29,25	29,25	29,25
Almoxarifado	5	29,40	29,40	29,40	29,40	29,40
Ambulatório	5	29,80	29,80	29,80	29,80	29,80
CME	6	30,50	30,50	30,50	30,50	30,50
Medicina do trabalho	3	30,67	30,67	30,67	30,67	30,67
Telefonia	2	31,00	31,00	31,00	31,00	31,00
Transporte	6	31,50	31,50	31,50	31,50	31,50
Manutenção	14	31,93	31,93	31,93	31,93	31,93
ABC	2	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00
Berçário	6	33,00	33,00	33,00	33,00	33,00
Direção	4		33,25	33,25	33,25	33,25
Sala de recuperação	6		33,83	33,83	33,83	33,83
Patrimônio	2			34,50	34,50	34,50
SAME	3			36,33	36,33	36,33
Centro obstétrico	5				36,80	36,80
Banco de sangue	3					38,67
Sig.		0,053	0,057	0,052	0,063	0,052

Verifica-se, na tabela 33, uma diferença muito significativa entre as médias no componente exaustão emocional, quando se considera o setor de trabalho. Verificam-se índices médios altos na unidade de Emergência Pediátrica e índices muito baixos no Banco de Sangue e Centro Obstétrico. A despersonalização tem índices médios e baixos em geral e o envolvimento emocional também.

Tabela 34 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme o estado civil

Estado civil (N = 556)	Fatores	<i>Burnout</i>	Níveis
Solteiro	Exaustão emocional	19	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	8	M
Casado	Exaustão emocional	19	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	8	M
Separado	Exaustão emocional	20	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	25	B
	Despersonalização	8	M
Viúvo	Exaustão emocional	18	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	26	B
	Despersonalização	8	M
Outros	Exaustão emocional	17	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29	B
	Despersonalização	7	M
NS/NR	Exaustão emocional	19	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	22	B
	Despersonalização	6	B

Tabela 35 - ANOVA do estado civil e componentes de *Burnout*

Fatores de <i>Burnout</i>	Causas de variação	Soma de quadrados	gl	Quadrado médio	F	p
Exaustão emocional	Entre fatores de <i>Burnout</i>	201.836	4	50.459	0.338	0.852
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	81628.9	547	149.23		
	Total	81830.7	551			
Envolvimento pessoal no Trabalho	Entre fatores de <i>Burnout</i>	575.711	4	143.928	1.778	0.132
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	44284.2	547	80.958		
	Total	44859.9	551			
Despersonalização	Entre fatores de <i>Burnout</i>	36.361	4	9.09	0.219	0.928
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	22647.2	545	41.555		
	Total	22683.6	549			

\*Teste F significativo a 5%

Não há diferença significativa entre as médias, quando se considera a variável estado civil.

Tabela 36 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme carga horária semanal

Carga horária de trabalho semanal (N = 556)	Fatores	<i>Burnout</i>	Níveis
Até 20 horas	Exaustão emocional	26	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	27	B
	Despersonalização	10	M
De 21 a 30 horas	Exaustão emocional	16	B
	Envolvimento pessoal no trabalho	30	B
	Despersonalização	6	B
De 31 a 40 horas	Exaustão emocional	19	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	8	M
Acima de 40 horas	Exaustão emocional	19	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	27	B
	Despersonalização	8	M

Tabela 37 - ANOVA da carga horária semanal em relação à carga horária semanal de trabalho

Fatores de <i>Burnout</i>	Causas de variação	Soma de quadrados	gl	Quadrado médio	F	p
Exaustão emocional	Entre fatores de <i>Burnout</i>	927.384	3	309.128	2.086	0.101
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	81816.564	552	148.218		
	Total	82743.948	555			
Envolvimento pessoal no trabalho	Entre fatores de <i>Burnout</i>	425.837	3	141.946	1.721	0.162
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	45530.413	552	82.483		
	Total	45956.25	555			
Despersonalização	Entre fatores de <i>Burnout</i>	157.413	3	52.471	1.26	0.287
	Nos fatores de <i>Burnout</i>	22911.605	550	41.657		
	Total	23069.018	553			

\*Teste F significativo a 5%

Não se constata diferenças significativas entre as médias, quando se considera a variável carga horária semanal.

Tabela 38 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme o grau de escolaridade

<b>Grau de escolaridade</b> (N = 556)	<b>Fatores</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
1º grau incompleto	Exaustão emocional	16	B
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	7	M
1º grau completo	Exaustão emocional	18	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	26	B
	Despersonalização	8	M
2º grau incompleto	Exaustão emocional	19	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	25	B
	Despersonalização	7	M
2º grau completo	Exaustão emocional	18	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
	Despersonalização	8	M
Superior incompleto	Exaustão emocional	20	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29	B
	Despersonalização	8	M
Superior completo	Exaustão emocional	23	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29	B
	Despersonalização	9	M
Especialização e pós-graduação	Exaustão emocional	23	M
	Envolvimento pessoal no trabalho	29	B
	Despersonalização	9	M

Tabela 39 - ANOVA dos fatores de *Burnout* e o grau de escolaridade

<b>Fatores de <i>Burnout</i></b>	<b>Causas de variação</b>	<b>Soma de quadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Quadrado médio</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	Entre os grupos de <i>Burnout</i>	1887.94	6	314.66	2.14	0.05
	Nos grupos de <i>Burnout</i>	80856	549	147.28		
	Total	82743.9	555			
Envolvimento pessoal no trabalho	Between Groups	788.089	6	131.35	1.60	0.15
	Within Groups	45168.2	549	82.27		
	Total	45956.3	555			
Despersonalização	Between Groups	177.259	6	29.54	0.71	0.64
	Within Groups	22891.8	547	41.85		
	Total	23069	553			

Tabela 40 - Teste de comparação entre as médias da Exaustão emocional por grau de escolaridade

Exaustão emocional	Tukey significativo a 5%		
	Grau de escolaridade	N	Grupo 1 Grupo 2
1º grau incompleto	59	16.34	
1º grau completo	54	17.96	17.96
2º grau completo	191	17.99	17.99
2º grau incompleto	58	18.62	18.62
superior incompleto	115	19.62	19.62
superior completo	30		22.80
especialização e pós-graduação	49		22.88
Sig.		0.20	0.06

Não há diferença significativa entre os índices, quando se considera a variável grau de escolaridade.

Tabela 41 – Índices médios do componente Exaustão emocional dos trabalhadores distribuídos conforme a função

Função (N = 556)	Burnout	Níveis
Atendente de enfermagem	25	M
Auxiliar administrativo	22	M
Auxiliar contábil	15	B
Auxiliar de almoxarifado	24	M
Auxiliar de costura	2	B
Auxiliar de farmácia	16	B
Auxiliar de higienização	19	M
Auxiliar de laboratório	26	M
Auxiliar de lavanderia	33	A
Auxiliar de manutenção	6	B
Auxiliar de rouparia	16	B
Auxiliar SND	15	B
Bioquímico	24	M
Chefia	18	M
Comprador	8	B
Enfermeiro	23	M
Médico	24	M
Motorista	18	M
Nutricionista	17	M
Porteiro	25	M
Psicologia	9	B
Técnico de radiologia	9	B
Técnico de segurança do trabalho	18	M
Técnico em enfermagem	17	M
Telefonista	18	M

Tabela 42 - Índices médios do componente Despersonalização dos trabalhadores distribuídos conforme a função

<b>Função (N = 556)</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
Atendente de enfermagem	5	B
Auxiliar administrativo	9	M
Auxiliar contábil	6	B
Auxiliar de almoxarifado	2	B
Auxiliar de costura	4	B
Auxiliar de farmácia	6	B
Auxiliar de higienização	9	M
Auxiliar de laboratório	10	M
Auxiliar de lavanderia	11	M
Auxiliar de manutenção	6	B
Auxiliar de rouparia	10	M
Auxiliar SND	7	M
Bioquímico	5	B
Chefia	8	M
Comprador	10	M
Enfermeiro	9	M
Médico	10	M
Motorista	7	M
Nutricionista	8	M
Porteiro	13	M
Psicologia	1	B
Técnico de radiologia	7	M
Técnico de segurança do trabalho	18	M
Técnico em enfermagem	7	M
Telefonista	4	B

Tabela 43 – Índices médios do componente Envolvimento pessoal no trabalho dos trabalhadores distribuídos conforme a função

<b>Função (N = 556)</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
Atendente de enfermagem	31	B
Auxiliar administrativo	27	B
Auxiliar contábil	31	B
Auxiliar de almoxarifado	27	B
Auxiliar de costura	35	M
Auxiliar de farmácia	25	B
Auxiliar de higienização	27	B
Auxiliar de laboratório	25	B
Auxiliar de lavanderia	30	B
Auxiliar de manutenção	32	M
Auxiliar de rouparia	24	B
Auxiliar SND	30	B
Bioquímico	33	M
Chefia	32	M
Comprador	12	B
Enfermeiro	29	B
Médico	27	B
Motorista	32	M
Nutricionista	26	B
Porteiro	23	B
Psicologia	37	M
Técnico de radiologia	24	B
Técnico de segurança do trabalho	30	B
Técnico em enfermagem	28	B
Telefonista	31	B

Tabela 44 - ANOVA dos fatores de *Burnout* e as funções dos trabalhadores deste hospital

<b>Fatores</b>		<b>Soma de quadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Quadrado médio</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	Entre os fatores	7868,817	24	327,867	1,325	0,072
	Dentro dos fatores	74728,57	530	140,997		
	Total	82597,39	554			
Envolvimento pessoal no trabalho	Entre os fatores	1940,054	24	80,836	0,973	0,500
	Dentro dos fatores	44013,13	530	83,044		
	Total	45953,18	554			
Despersonalização	Entre os fatores	1471,898	24	61,329	1,499	0,061
	Dentro dos fatores	21597,1	528	40,904		
	Total	23069	552			

Teste F significativo a 5%

Não há diferença significativa entre os índices de *Burnout* conforme a função exercida.

Tabela 45 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme o exercício de outra atividade profissional

<b>Outra atividade Remunerada (N = 556)</b>		<b>Fatores</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
Sim		Exaustão emocional	19	M
		Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
		Despersonalização	8	M
Não		Exaustão emocional	19	M
		Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
		Despersonalização	8	M

Tabela 46 – Teste t-student para amostras independentes em outra atividade remunerada

<b>Teste t-Student para amostras independentes com uma sig. 5%</b>			
<b>Fatores</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Exaustão emocional	0,179	551,000	0,858
Envolvimento pessoal no trabalho	1,013	551,000	0,311
Despersonalização	-0,618	549,000	0,537

\*Teste t-Student significativo a 5%

Tabela 47 – Índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos conforme o número de empregos

<b>Número total de empregos (N = 556)</b>		<b>Fatores</b>	<b>Burnout</b>	<b>Níveis</b>
Só neste		Exaustão emocional	19	M
		Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
		Despersonalização	8	M
Dois empregos		Exaustão emocional	16	B
		Envolvimento pessoal no trabalho	29	B
		Despersonalização	6	B
Três empregos ou mais		Exaustão emocional	19	M
		Envolvimento pessoal no trabalho	28	B
		Despersonalização	8	M

Tabela 48 - ANOVA do número de empregos e os componentes de *Burnout*

Fatores		Soma de quadrados	gl	Quadrado médio	F	p
Exaustão emocional	Entre fatores de <i>Burnout</i>	348,3656	2	174,183	1,168	0,312
	Dentro dos fatores <i>Burnout</i>	82332,99	552	149,154		
	Total	82681,35	554			
Envolvimento pessoal no trabalho	Entre fatores de <i>Burnout</i>	31,09835	2	15,549	0,189	0,828
	Dentro dos fatores <i>Burnout</i>	45493,81	552	82,416		
	Total	45524,91	554			
Despersonalização	Entre fatores de <i>Burnout</i>	65,74406	2	32,872	0,786	0,456
	Dentro dos fatores <i>Burnout</i>	22999,81	550	41,818		
	Total	23065,56	552			

\*Teste F significativo a 5%

Não há diferença significativa entre as médias, quando se distribui os funcionários pelo número de empregos.

Na Figura 3, visualizam-se essas diferenças, com alto índice de *Burnout* na Emergência Pediátrica e tendência a alto índice na Recepção e Clínica Médica 2. Baixos índices de *Burnout* se verificam no Centro Obstétrico e Banco de Sangue.

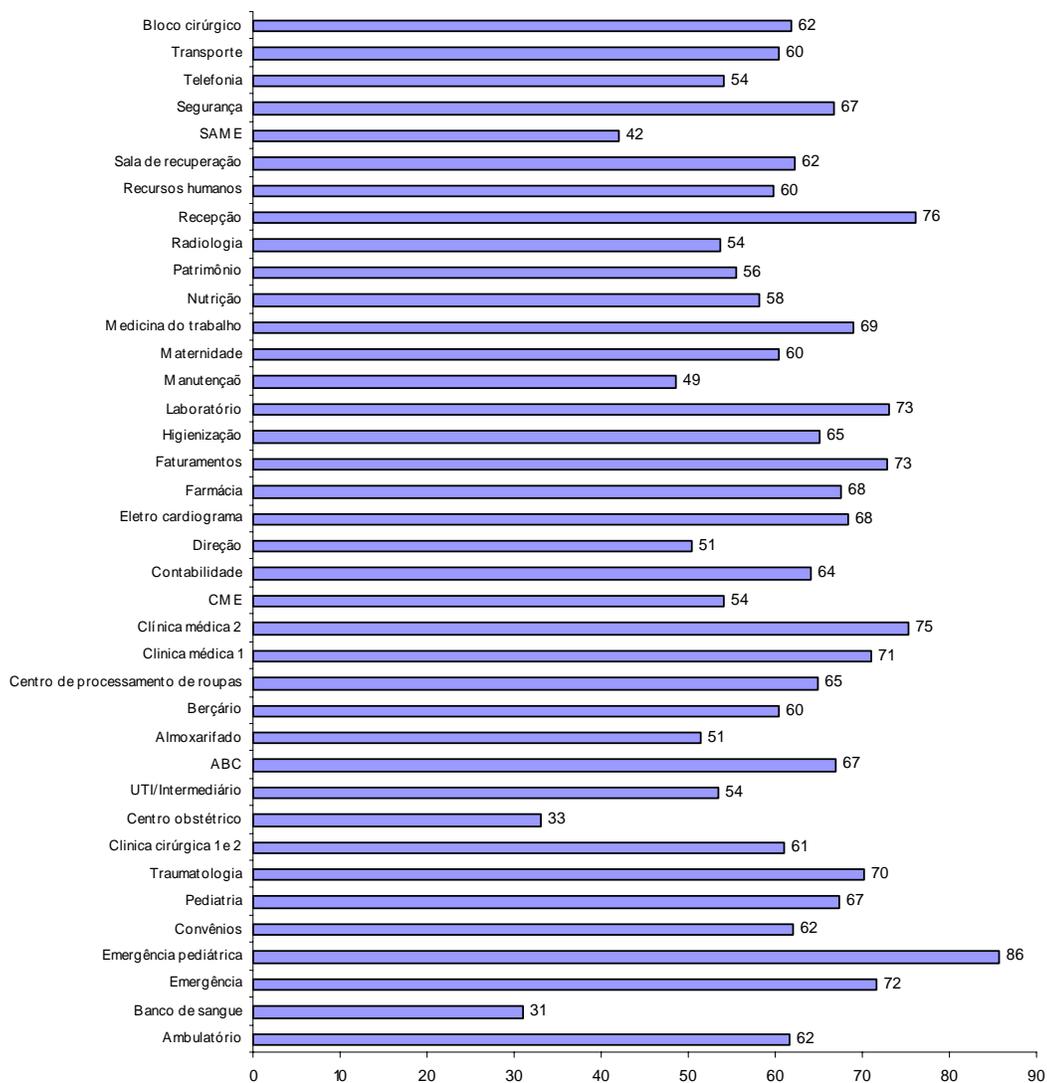


Figura 3 – Gráfico dos índices médios de *Burnout* dos trabalhadores distribuídos por setor

## ANEXO A

### ESCALA DE MASLACH

A seguir, apresenta-se uma escala com quesitos para avaliar o *Burnout* em trabalhadores.

Para responder as questões abaixo, lembre-se:

- quanto maior o número que você escolher, maior a intensidade, frequência ou concordância com a afirmação, sendo 7 a máxima;
- quanto menor o número que você escolher, menor a intensidade, frequência ou concordância com a afirmação, sendo 1 a negação total.

- 1- Eu me sinto cheio de energia: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 2- Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 3- Eu sinto que os clientes/pacientes me culpam por algum dos seus problemas: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 4- Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 5- Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 6- No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 7- Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 8- Eu me sinto frustrado com meu trabalho. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 9- Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 10- Eu me sinto esgotado com meu trabalho. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 11- Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 12- Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 13- Eu sinto que trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 14- Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
- 15- Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

16- Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

17- Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

18- Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

19- Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

20- Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

21- Eu não me importo realmente com alguns dos meus clientes. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

22- Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

