



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

FÁBIO GIAN BRAGA PANTOJA

**AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA**

Belém-Pará

2016

FÁBIO GIAN BRAGA PANTOJA

AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

Belém-Pará

2016

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Pantoja, Fábio Gian Braga

Avaliação da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de um hospital universitário do Município de Belém, PA ; orientador, Marcos Valério Santos da Silva. — 2016.
69 p. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPG-SAS), Belém, 2016.

1. Síndrome de *Burnout*.
2. Esgotamento profissional.
3. Exaustão profissional.
4. Saúde do Trabalhador. I. Título.

CDD: 22.ed. : 616.89

FÁBIO GIAN BRAGA PANTOJA

AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva - UFPA
Orientador

Prof^a. Dra. Denise da Silva Pinto - UFPA
Examinador

Prof^a. Dra. Irland Barroncas Gonzaga Martens - UFPA
Examinador

Prof^a. Dra. Marcieni Ataíde de Andrade - UFPA
Examinador

Conceito: _____

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria José e Raimundo Pantoja que, com muita dedicação, deram-me amor e educação.

A vovó, D. Nina (in memoriam), que me criou até os últimos dias de sua vida.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Marcos Valério, pela oportunidade e paciência, que me ajudou na superação dos obstáculos para a elaboração deste trabalho nestes dois anos de convívio e que muito vem contribuindo para o meu aperfeiçoamento acadêmico;

A Christiane, pelo carinho, afeto e presença na minha vida, bem como pelo constante incentivo para continuar este trabalho;

Ao Vânderson, irmão, que muito me auxiliou nas difíceis tarefas impostas pelas ferramentas da computação;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, por abrirem as portas para a pesquisa na região amazônica;

A direção do Hospital João de Barros Barreto e aos servidores deste estabelecimento, em especial, aqueles lotados na diretoria acadêmica, que viabilizaram a realização dessa pesquisa;

Aos participantes desta pesquisa, que dispuseram de seu tempo para contribuir com os objetivos deste estudo, na busca de melhorias das suas condições de trabalho, bem como da saúde do trabalhador;

Aos amigos do trabalho que compreenderam minhas ausências em muitos momentos e que me incentivaram a continuar diversas vezes;

Aos amigos do mestrado que dividiram ensinamentos e vivências, alegrias e descontrações no decorrer do curso;

A todas e todos que colaboraram para a realização deste trabalho, minha profunda gratidão. Consigno qualquer mérito que possa vir a ter este trabalho a todos os meus mestres budistas. Que sejam felizes.

*De longe, as boas pessoas cintilam
como os cumes do Himalaia.
De perto, as pessoas más desaparecem
como flechas disparadas na noite.
BUDA.*

RESUMO

A Síndrome de *Burnout* é uma doença ocupacional que se expressa em três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e baixa realização pessoal (RP), causando prejuízos à saúde do trabalhador. **Objetivos:** avaliar os elementos que caracterizam a doença em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém, Estado do Pará-Brasil. **Métodos:** Estudo descritivo e observacional através de abordagem quantitativa de delineamento transversal. Foram aplicados 2 questionários, sendo um protocolo de caracterização sócio-ocupacional e o Maslach Burnout Inventory (MBI) com 62 profissionais. Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva e inferencial. A apresentação dos dados foi realizada por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas. A estatística inferencial foi realizada pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis, pois as amostras não foram gaussianas, conforme o resultado do teste de D'Agostino-Pearson. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar as variáveis qualitativas. As variáveis quantitativas foram comparadas pela ANOVA de Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn, visto que não foram compatíveis com o padrão de normalidade. Considerou-se nível de significância (nível alfa) de 5%. **Resultados:** 48,3% apresentaram grau médio ou alto em EE; 40,03% médio ou alto em baixa RP e 38,7% apresentaram grau médio ou alto em DP, sendo que 45,16% dos trabalhadores apresentaram pelo menos uma das dimensões em nível crítico e 8,06% apresentaram todas as três dimensões críticas. Encontrou-se associações estatísticas significativas entre estado civil solteiro e maiores níveis de EE ($p=0,0285$) e RP ($p=0,0082$); renda acima de 10 salários mínimos e altos níveis de EE ($p=0,0122$) e DP ($p=0,0498$), desinteresse pela profissão e maiores níveis de RP ($p=0,0011$) e DP ($p=0,0046$) e outra atividade remunerada e altos níveis de EE ($p=0,0373$). **Discussão:** Embora alguns resultados não confirmem a literatura, deve-se ressaltar que a maioria das categorias profissionais ainda não haviam sido investigadas adotando a metodologia descrita, o que nos impediu de estabelecer comparações mais consistentes. **Considerações finais:** O índice de prevalência encontrado foi alto entre os trabalhadores. Como grande parte das associações estudadas não obtiveram significância estatística, é possível sugerir que as condições de trabalho podem ser as responsáveis pelos sintomas do burnout mais do que as características isoladas dos profissionais ou de seu ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*; Esgotamento profissional; Exaustão profissional; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Burnout is an occupational disease that is expressed in three dimensions: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and low personal accomplishment (RP), causing damage to worker health. Objectives: To evaluate the characteristics of the disease in workers at a university hospital in the city of Belem, State of Para, Brazil. Methods: A descriptive and observational study using quantitative approach to cross-sectional design. 2 questionnaires were applied, being a socio-occupational characterization protocol and the Maslach Burnout Inventory (MBI) with 62 professionals. Data analysis was descriptive and inferential statistics used. The presentation of the data was performed using absolute and relative frequency distributions. The inferential statistics were performed by Kruskal-Wallis test, since the samples were not Gaussian, as the result of the test D'Agostino-Pearson. The chi-square test was used to evaluate the qualitative variables. Quantitative variables were compared by Kruskal-Wallis ANOVA with Dunn's post-test, since they were not compatible with the normal range. significance level were considered (alpha level) of 5%. Overall result: 48.3% had medium or high degree in EE; 40.03% medium or high in low PR and 38.7% had medium or high degree DP, with 45.16% of the workers had at least one dimension at a critical level and 8.06% had all three dimensions criticism. It was found statistically significant associations between being single and higher EE levels ($p = 0.0285$) and RP ($p = 0.0082$); income above 10 minimum wages and high levels of EE ($p = 0.0122$) and PD ($p = 0.0498$), lack of interest in work and higher levels of RP ($p = 0.0011$) and PD ($p = 0, 0046$) and other gainful activity and high levels of EE ($p = 0.0373$). Discussion: Although some results did not confirm the literature, it should be noted that most of the professional categories had not been investigated by adopting the methodology, which prevented us from establishing more consistent comparisons. Final Thoughts: The prevalence rate was found to be high among workers. How much of the studied associations did not achieve statistical significance, it is possible to suggest that working conditions may be responsible for the symptoms of *burnout* more than isolated features of professional or your workplace.

Keywords: Burnout Syndrome; Burnout; Professional exhaustion; Worker's health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Padrão de pontuação das dimensões da síndrome de <i>burnout</i> pelo <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI).....	34
Tabela 2 - Dados demográfico, social, ocupacional e cultural dos trabalhadores entrevistados.....	37
Tabela 3 - Resultados do MBI entre os trabalhadores entrevistados.....	39
Tabela 4 - Comparação estatística entre as diferentes dimensões do MBI e as características dos trabalhadores entrevistados	40
Tabela 5 – Distribuição da síndrome de <i>burnout</i> por categoria profissional entre os trabalhadores entrevistados.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CID 10	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
DP	Despersonalização
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EE	Exaustão Emocional
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI GS	Maslach Burnout Inventory General Survey
MBI HSS	Maslach Burnout Inventory Human Services Survey
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RP	Realização Pessoal
SB	Síndrome de Burnout
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SRTE	Superintendência Regional do Trabalho e Emprego
SUS	Sistema Único de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Saúde do Trabalhador.....	14
2.2 Trabalho imaterial, afetividade e sofrimento: a saúde mental do trabalhador da saúde....	17
2.3 A Síndrome de <i>Burnout</i>	23
3 ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE	28
4 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A	63
PROTOCOLO PARA A INVESTIGAÇÃO SOBRE BURNOUT	63
APÊNDICE B	65
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
APÊNDICE C	66
CARTILHA SÍNDROME DE BURNOUT	66
ANEXO A	68
MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)	68

1 INTRODUÇÃO

Este estudo investigou a ocorrência da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de um hospital universitário na cidade de Belém-Pará.

O interesse por este estudo se fundamentou em experiência pessoal que dura mais de 10 anos de exercício de mandato classista e militância sindical pela representação dos trabalhadores, sendo possível observar empiricamente as queixas e padecimentos destes, os quais se assemelhavam aos sintomas da Síndrome de *Burnout*, motivando a luta e a resistência da classe trabalhadora frente ao capital, traduzindo-se em incluir, em suas convenções e acordos de trabalho, cláusulas de proteção à saúde do trabalhador, além de outras ações políticas.

O sofrimento e o desgaste no ambiente de trabalho são fenômenos antigos enfrentados pelos trabalhadores. A Revolução Industrial levou a um consumo da força de trabalho resultante da submissão dos trabalhadores a um processo desumano de produção, exigindo intervenções, sob pena de se tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES; DIAS, 1991).

A convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), objetiva promoção através da melhoria contínua da segurança e saúde no trabalho, evitando lesões, doenças e mortes causadas pelo trabalho, por meio de uma cultura de prevenção (OIT, 2006). Isso contribui nas reduções do custo mundial quanto aos gastos com tratamentos dos lesionados e absenteísmo, os quais, para a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) anual do mundo (cerca de US\$ 1,25 trilhão) são perdidos em gastos diretos e indiretos provenientes de acidentes e doenças profissionais, em termos de tempo de trabalho, indenizações pagas aos trabalhadores, interrupção de produção e gastos médicos (CNTS, 2008).

Dessa forma, a construção do campo da saúde do trabalhador deve permanentemente vincular-se entre ação de saúde e ação política, tendo os trabalhadores como sujeitos e protagonistas da ação política e institucional, inclusive quanto à produção de conhecimento e instrumentos de intervenção, sendo a base estrutural para a concretização da política do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma lógica efetivamente sistêmica que possa ir além do setor saúde (VASCONCELOS; MACHADO, 2013).

Sabe-se, também, que hospitais são locais de trabalho que se destinam à prestação de serviços de saúde e de cuidados onde convivem pacientes e profissionais oriundos das mais diversas formações da área da saúde. Tais cuidados tendem a ser intensos. Os pacientes podem evoluir para cura ou mesmo ao óbito, produzindo, assim, um quadro de estresse para

os empregados que trabalham nesses ambientes, além de pacientes e pessoas próximas. Estes estabelecimentos também não estão isentos das reestruturações produtivas impostas pela força do capital, pois sujeitam seus empregados a demissões e acúmulo de trabalho.

Ainda que a Síndrome de *Burnout* conste nos manuais de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os agentes envolvidos nesse processo parecem pouco fazer para a prevenção da doença e de suas implicações no mundo do trabalho e, conseqüentemente, garantir a saúde, de modo a tornar possível sua promoção no ambiente de trabalho.

Em função dos poucos estudos nacionais relacionados à Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de hospitais e da possibilidade de intervenção nos fatores de risco no ambiente de trabalho, optou-se por realizar essa pesquisa. Pretende-se, assim, contribuir diretamente para estudos e mudanças, por meio de educação permanente e formulação de estratégias que auxiliem na construção de novos paradigmas, repensando a saúde dos trabalhadores, além do papel dos gestores e demais sujeitos envolvidos no processo.

Nessa direção, traçou-se os seguintes objetivos para o estudo:

- Identificar quais elementos caracterizam a Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém-PA.
- Conhecer as características sócio-ocupacionais desses trabalhadores;
- Descrever os níveis da Síndrome de *Burnout* entre esses trabalhadores;
- Analisar possíveis associações entre variáveis sócio-ocupacionais e os níveis da Síndrome de *Burnout*.

Os resultados deste estudo, presume que possibilitarão uma melhor compreensão da centralidade do trabalho no processo saúde-doença, o que pode ser de grande relevância, considerando-se, ainda, que os trabalhadores são usuários dos serviços públicos de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde do Trabalhador

Nas origens dos sistemas públicos de saúde encontram-se iniciativas de organizações de trabalhadores e de partidos políticos que, no contexto da urbanização e industrialização do século XIX, criaram sociedades de socorro mútuo, de contribuição voluntária dos trabalhadores, que garantiam benefícios em dinheiro em caso de perda de salário por doença, auxílio funeral e, por vezes, assistência médica (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Assim, a saúde dos trabalhadores assim está relacionada com a esfera pública e privada. Para Mendes e Dias (1991), inicialmente, os serviços eram centrados na figura do médico, que deveria se responsabilizar pelos problemas de saúde e, para as expectativas do capital, deveriam ser dirigidos por pessoas de confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo.

Lobato e Giovanella (2008) informam que, em alguns países, sociedades de socorro foram vistas como uma forma assistencial de organização dos trabalhadores e que deveriam ser encorajados pelos governos, sendo que em alguns casos, a ideia era que o Estado combatesse movimentos socialistas não apenas pela repressão, mas realizando alguns pontos das reivindicações socialistas desde que fossem compatíveis com as leis do Estado, como na tentativa de fomentar positivamente o bem estar dos trabalhadores.

No Brasil, Brant e Gomes (2013), estudando a temática do sofrimento no trabalho e na saúde, nos informam que, nas primeiras décadas do século XX, como objetivos da higiene mental à época, cabia formar trabalhadores competentes, controlados e disciplinados, disponibilizando sujeitos adestrados e potencialmente maximizados para a emergente indústria brasileira, ou reinserir às empresas, trabalhadores recuperados e livres da degeneração; cabia ainda retirar mendigos e alcoólatras das ruas, conduzindo-os aos sanatórios, ou seja, buscava-se “[...] a formação de uma mão de obra dócil, produtiva e curvada a ditadura” (BRANT; GOMES, 2013, p. 388).

Na década de 1920, com o crescimento do processo de industrialização e da massa de trabalhadores urbana, iniciou-se as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde, resultando na organização dos trabalhadores junto às empresas a fim de instituir as Caixas de Aposentadoria e Pensão, as CAP's (BEZERRA et al., 2011).

Tal vinculação ao mercado de trabalho, garantia aos trabalhadores o direito de receber aposentadorias, pensões e assistência médica, o que era possível por meio da contribuição de empregadores e empregados além de uma parte financiada pelo Estado provinda da criação

de impostos (BEZERRA et al., 2011).

A estratégia de inserção da atenção à saúde dos trabalhadores na saúde pública é contemporânea ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira e obteve grande repercussão com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual propôs a criação do SUS. Nesse mesmo ano, ocorria a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ratificando a proposição dessa estratégia e inserção (SANTOS; LACAZ, 2013).

Observa-se, assim, que os movimentos sociais também estiveram nas origens do SUS. A proposta brasileira toma forma na década de 70 durante a luta pela redemocratização quando um amplo movimento social cresceu no país, reunindo setores da sociedade como movimentos de base até a população da classe média e os sindicatos, em alguns casos associados a partidos políticos de esquerda ilegais à época, além de professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos, estando, assim, na concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira (PAIM et al., 2011).

Dessa forma, durante um período da história brasileira até antes de 1988, a saúde foi considerada um benefício previdenciário, restrito aos contribuintes, ou um serviço na forma de assistência médica passível de compra, ou ainda, uma ação oferecida por hospitais filantrópicos, como as Santas Casas destinadas a quem não tinha acesso à previdência ou recursos para pagar ao setor privado (BRASIL, 2006).

A partir da Constituição de 1988, o povo brasileiro conquistou o direito universal à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, competindo ao SUS, entre muitas outras atribuições, executar ações de saúde do trabalhador, colaborando na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988). Com a Constituição Federal, a problemática da saúde do trabalhador se inscreve como política de saúde, estabelecendo-se com a criação de uma área específica dentro do Ministério da Saúde: a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) que coordena as ações de saúde do trabalhador (JACQUES, 2009).

Percebe-se então que, entre os fatores que contribuíram para a institucionalização da saúde do trabalhador no âmbito do SUS, merecem destaque: o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; o movimento pelas eleições diretas e pela Assembleia Nacional Constituinte; a promulgação da Constituição de 1988 e o movimento de oposição sindical dos anos 70 e 80 (BRASIL, 2006).

No âmbito da Lei Orgânica da Saúde (LOS), entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores,

além de recuperação e reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Deste modo, diversas legislações infraconstitucionais, incluindo leis e portarias, vem instituindo ações de saúde do trabalhador e de implementação de uma política nacional para essa área, sendo as mais recentes a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012).

Nessa direção, os determinantes sociais de saúde (DSS) expressam um conceito atualmente difundido de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A apropriação e transformação da natureza pelo ser humano, através do trabalho, permitiu que se construísse o mundo tal como o conhecemos, mas também deixou um extenso legado de acidentes, adoecimentos, invalidez e mortes (SILVEIRA, 2007).

Indo além do conceito tradicional abordado pela saúde ocupacional, que abrange fundamentalmente as áreas de medicina e engenharia de segurança, a saúde do trabalhador, como campo de saber próprio da saúde coletiva, abrange a epidemiologia, a administração, o planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, além de disciplinas auxiliares como a demografia, estatística, ecologia, geografia, antropologia, economia, sociologia, entre outras, e ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador situa-se no campo da saúde como direito (MINAYO GOMEZ, 2013a).

Essa é a linha do documento do Ministério da Saúde que institui a PNSTT ao definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos e definindo como sujeitos desta política todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Alinha-se, ainda, com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Costa et al., (2013), considera louvável a iniciativa do Ministério da Saúde que estabelece a participação do SUS no contexto de uma política nacional de saúde do trabalhador e Minayo Gomes (2013b) reconhece a promulgação da portaria que institui a

PNSTT como um importante passo para a promoção da saúde do trabalhador.

Não há como se pensar em uma política de saúde do trabalhador sem ampliar o olhar sobre os processos das relações saúde-trabalho e sem sua operacionalização em um SUS efetivamente sistêmico (VASCONCELOS; MACHADO, 2013).

Um grande desafio a ser enfrentado refere-se ao baixo nível de articulação entre as estruturas do aparelho do Estado como CGSAT/Ministério da Saúde; Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE); Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); universidades; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (RENAST/CEREST), entre outras (VASCONCELLOS; MACHADO, 2013).

Diversos outros desafios incluem a formação de profissionais que não tem prática de atuação dentro de uma lógica de complexidade das ações requeridas pela vigilância em saúde do trabalhador (MINAYO GOMEZ, 2013b). Há, ainda, a formação medicocêntrica do pesquisador; a marginalização e o não reconhecimento da capacidade estrutural e sistêmica do SUS, excluindo-o, por exemplo, da Política Nacional de Ordenamento Territorial, que reserva ao SUS tão somente a disponibilização de hospitais, bem como do não protagonismo do sistema público de saúde em programas sociais como Fome Zero, cujo caráter intersetorial envolve diversas estruturas do aparelho do Estado (VASCONCELOS; MACHADO, 2013).

2.2 Trabalho imaterial, afetividade e sofrimento: a saúde mental do trabalhador da saúde

Para Marx e Engels (2010), a divisão do trabalho, no interior de uma nação, leva a distinção entre o trabalho industrial e comercial, de um lado, e o trabalho agrícola de outro. Desenvolvem-se diferentes subdivisões entre os indivíduos que cooperam em determinados trabalhos sendo que, cada nova fase da divisão do trabalho, determina igualmente as relações entre os indivíduos.

A divisão do trabalho, no modo de produção capitalista, conduz a especialização, a qual restringe a atividade humana a uma ação específica que aliena o trabalhador em operações cada vez mais isoladas ou assistêmicas de um lado, e verticalizadas, de outro (SANT'ANNA, 2010).

Nesse terreno, a divisão do trabalho leva a crer que a própria ação do homem torna-se, para ele, uma força estranha a ele próprio, subjugando-o, em vez de ser por ele dominado (MARX; ENGELS, 2010).

Dessa forma, parece correto interpretar que, como proposto por Marx, os acontecimentos históricos são fundados em fatores econômico-sociais, ou seja, relações de

trabalho e produção, que concebe a natureza humana como sendo intrinsecamente constituída por relações de trabalho e de produção que os homens estabelecem entre si visando satisfazer suas necessidades (BARBOSA, 2005). Acredita-se, assim, que a epidemia de doenças do trabalho na atualidade faz parte desses acontecimentos.

O trabalho na saúde se enquadra em um campo político, e não apenas de bem-estar social. Assim, o trabalho na saúde se aproxima da cidadania, na medida em que saúde é uma questão de direito à vida (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010).

O trabalho na saúde envolve duas dimensões do que atualmente se compreende como grandes agrupamentos de categorias laborais: prestação de serviços e trabalho de rotina. A essas duas categorias, soma-se o que caracteriza trabalho na saúde, que é sua relação com o outro. Essa particularidade do trabalho na saúde justifica como este vem sendo nomeado: trabalho afetivo ou familiar ou prestação de cuidados (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010).

Utilizam-se, ainda, termos como trabalho imaterial, o qual se traduz em atividades cujos produtos finais não se caracterizam necessariamente como bens palpáveis, tal qual um objeto propriamente dito, mas como prestação de serviço, comunicação, entretenimento ou cultura. Para isso, são exigidas dimensões subjetivas que outrora eram praticamente disfuncionais no mundo do trabalho, como a cognição, os afetos e as relações sociais (FAZZANO; MANSANO, 2013).

Assim, ao valer-se de tais elementos, o trabalhador insere-se em um ciclo de afetação constante, pois a separação entre tempo de trabalho e vida privada encontra-se turva, sendo, ainda, exigido do trabalhador que não expresse parte de seus afetos durante sua jornada de trabalho. Os efeitos dessa exigência podem ser encontrados na proliferação de psicopatologias como transtorno do pânico e o estresse, demonstrando, assim, o padecimento do corpo do trabalhador na contemporaneidade (FAZZANO; MANSANO, 2013).

Diversos modelos de saúde consideram o estresse um agente que potencializa a vulnerabilidade ao adoecimento. O estresse pode ser considerado como um fator psicossocial que eleva a probabilidade de indivíduos e grupos apresentarem problemas de saúde em virtude de suas experiências psicológicas e sociais, sendo derivado de avaliações sucessivas dos estímulos percebidos, ocorrendo quando pressões ambientais, psicológicas ou desajustes biológicos imprimem a necessidade de ativar recursos adaptativos até que seja dissipado o caráter estressor da situação ou o organismo sucumba à magnitude e, ou, ao tempo de exposição ao elemento avaliado como agente estressor (SANTOS, 2014).

O trabalho imaterial aparece como interface da nova relação produção/consumo no capitalismo da era atual chamada de pós-fordista ou flexível. Sua emergência é um

desdobramento claro das transformações por que passa o paradigma industrial (GRISCI; RODRIGUES, 2007).

O trabalho afetivo envolve, além da relação com o outro, a capacidade de produzir laços, redes sociais, invenções de novos desejos, exigindo do trabalhador da saúde sua inteligência, sensibilidade, imaginação, criatividade, conectividade e afetividade, ou seja, é a existência que é colocada a trabalhar, e não somente o corpo (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010). Também contribui para essa reflexão, a reestruturação produtiva, que leva ao surgimento de processos que exigem a capacidade física, a cognição, a comunicação e a subjetividade do trabalhador (HENNIGTON, 2013).

Nesse sentido, Sodré (2013) afirma que o trabalho imaterial gera relações sociais e assume uma forma social de manifestação que se baseia na colaboração de relações afetivas, isto é, o afeto ocupa posição central para o trabalho imaterial.

Até a década de 90 se tinha um referencial teórico acumulado pela sociologia do trabalho, o qual se baseava em evidências do emprego fabril e dependente de máquinas, mas que, na atualidade, devido à crise da grande indústria, o tempo do trabalho torna-se algo supérfluo, pois a geração de riqueza independe da quantidade de tempo empregado na sua produção, tornando impossível distinguir o tempo livre do tempo de trabalho, ou o tempo produtivo do tempo de lazer, o que o autor chama de trabalho imaterial, e que se insere em todos os tempos da vida (SODRÉ, 2013).

O trabalho afetivo é visível dentre os que exercem o cuidado através da escuta e acolhimento, como os enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, e nutricionistas entre outros, demonstrando que quando a produção afetiva se torna parte do trabalho assalariado, pode gerar alienação extrema pois corre o risco de não ser compreendido como trabalho pelo fato de produzir afeto, conhecimentos e simbolismos (SODRÉ, 2013). Para Telles e Pimenta (2009), a atitude de ser solidário e de prestação de ajuda às pessoas é reconhecida como uma ação valorosa, mas não se pode desconsiderar que tal ação tem os seus custos emocionais.

O conteúdo e o resultado do trabalho imaterial consiste na própria produção de subjetividade que atravessa as etapas do processo de trabalho, sendo que este trabalho necessita da vida como nunca e que seu produto afeta a vida em grande escala (LIMA, 2013).

Assim, passou-se a estruturar o campo saúde mental e trabalho, que foram impulsionados pelos estudos que tratam do trabalho no processo de construção de subjetividade, além da contribuição do trabalho nos processos de adoecimento psíquico, da caracterização de aspectos do trabalho associados à ocorrência de transtornos mentais (ARAÚJO, 2013).

A saúde mental do trabalhador pode ser impactada por diversas causas como exposição a agentes tóxicos, política de gestão de pessoas e aspectos relacionados à organização do trabalho. Reconhece-se, ainda, que a reestruturação do mundo do trabalho, bem como a divisão internacional da economia tem também, ainda que indiretamente, afetado a saúde psíquica dos trabalhadores, pois contribui para definir as diferentes formas sobre como o trabalho será exercido em um determinado país, seja ele de capitalismo central ou periférico (MERLO, 2013).

A cultura ocidental no trabalho pós-industrial passa a construir a concepção do “sujeito nervoso” que seria o portador de transtornos neuroquímicos, momento no qual o trabalhador aparece como usuário de instituições que tratam doentes mentais. Dessa forma, a doença mental também passa a ser manifestada no comportamento do trabalhador frente a organização do trabalho (BRANT; GOMEZ, 2013).

Analisando alguns estudos, Araújo (2013), parece constatar que a doença mental e sua relação com o trabalho permanecem, no Brasil, invisíveis nas estatísticas existentes, configurando, então, um desafio: dar legitimidade ao processo de adoecimento mental e incrementar investigações centradas na análise das exposições mais que nos desfechos, isto é, nos efeitos sobre a saúde.

Deve ser considerado, como aspecto relevante no contexto atual, que saúde mental e trabalho estão intimamente relacionados ao fortalecimento da perspectiva da saúde coletiva no modelo de atenção à saúde no Brasil, mesmo com limitações significativas na adoção desse paradigma, pois o reordenamento do sistema de saúde a partir da consolidação do SUS forneceu novas perspectivas para a estruturação do sistema de atenção à saúde dos trabalhadores, ressaltando, entretanto, que as demandas dos trabalhadores pelos serviços de atenção estabelecidos evidenciaram uma insuficiência das abordagens tradicionais para avaliação de realidades complexas nas organizações contemporâneas, o que abrange novos processos de trabalho, permanecendo, porém, antigas e autoritárias formas de gerenciamento (ARAÚJO, 2013).

Dessa forma, passou-se a discutir a questão do sofrimento no campo da saúde do trabalhador. O sofrimento pode ser o instrumento de modificação na organização do trabalho ou também pode gerar um processo de alienação e de conservadorismo sendo que este último pode ser explicado pelo uso de mecanismos de defesa contra a organização do trabalho, tornando penoso tentar uma modificação (MERLO, 2013).

Brant e Gomez (2013) afirmam que, nas duas últimas décadas, a temática do sofrimento tem ocupado parte da produção científica do campo da saúde do trabalhador, sendo que, de acordo com esses autores, alguns estudiosos identificam em suas investigações

as manifestações do sofrimento como transtorno psíquico.

O sofrimento psíquico é algo que emerge do interior do sujeito através do contato com situações externas situadas geralmente no ambiente de trabalho, levando a surgir a angústia armazenada no ser, estabelecendo, nesse caso, uma correlação de causa-efeito entre sofrimento psíquico e condições de trabalho, sendo que o primeiro decorre do segundo (BRANT; GOMEZ, 2013).

Brant e Gomez (2013), investigando a temática do sofrimento em diversos estudos, percebem que os termos sofrimento, sofrimento psíquico e sofrimento mental são empregados indiferenciadamente, compondo uma serialidade sinonímica, entretanto, favorecem a configuração de uma relação causal entre processo de trabalho e sofrimento.

Avançando-se nas discussões quanto ao contexto das relações de trabalho e saúde, pode-se dizer que saúde se enquadra no setor de serviços. Trabalha-se, aqui, com o conceito de que serviços designam variadas atividades, não se articulando, porém à produção de um bem, diferente das atividades industriais e à agricultura, ou seja, são atividades que o próprio indivíduo pode realizar (PENA, 2013).

Pena (2013) nos informa que alguns autores alegam que o produto no serviço médico se confunde com o próprio consumo na forma de cuidado com a saúde, sendo que o produto, resultando do processo de trabalho do serviço médico, seria a saúde preservada ou reconstituída.

O setor de serviços ampliou sua participação na economia e a área da saúde participa da oferta de empregos caracterizando-se pelo dinamismo, complexidade e competitividade (HENNINGTON, 2013).

Profissionais de saúde de diversas categorias utilizam variados equipamentos, medicamentos e técnicas que atuam no objeto corpo planejado pela divisão do trabalho, resultando em um produto, sendo que o consumo imediato desse produto pode se expressar em processos saúde/doença variados e relacionados, muitas vezes, pela relação próxima e conflituosa entre o trabalhador e o cliente, acreditando ainda que o aprofundamento das noções de terciário e serviço contribui para revelar modos de se compreender a saúde do trabalhador nas especificidades desse setor que é fortemente inserido nas transformações atuais do mundo do trabalho (PENA, 2013).

Pena (2013) afirma que, no SUS, o usuário estabelece uma condição de consumo de serviços de saúde como algo além da noção de paciente, podendo ocasionar que se substituam as noções de paciente/usuário por cliente, favorecendo o aparecimento de relações absolutamente mercantis, sendo que uma das especificidades do setor serviços é a presença do consumidor cliente, seja no espaço de trabalho ou mesmo nas proximidades no

desenvolvimento das atividades, que pode levar a circulação de grandes contingentes de pessoas, diferente da realidade das indústrias (PENA, 2013).

Os processos saúde e doença são condicionados de forma similar na indústria e no serviço para as atividades dos trabalhadores. Questiona-se a hegemonia do paradigma industriário, que ainda é central nas referências analíticas em saúde do trabalhador. Existem, entretanto, evidências da emergência de um novo paradigma, baseado no crescimento do setor de serviços que a saúde do trabalhador deve considerar (PENA, 2013).

Algumas transformações recentes devem ser assinaladas nas práticas de saúde. Uma delas refere-se à mudança de paradigma sobre o cuidado, com a introdução de novos conceitos e técnicas sobre os processos de trabalho. Outra, a rápida expansão das tecnologias que alteram os procedimentos no cotidiano dos estabelecimentos de saúde e a complexidade das tarefas. Considera-se, também, o aumento dos custos que provocam desafios para a gestão orçamentária, causando restrições quando são referentes às condições de trabalho (ASSUNÇÃO, 2013).

Em relação à composição do setor saúde, diferentes entidades públicas ou privadas compõem esse setor. Faculdades e escolas conferem diplomas certificados por diferentes instituições específicas a cada categoria de profissionais. Existem, ainda, diferentes tipos de organizações, como hospitais, laboratórios, rede pública de serviços, entre outros, os quais utilizam diferentes lógicas e visões embasadas em diferentes regulamentações (ASSUNÇÃO, 2013).

O fato de existirem uma grande quantidade de profissionais inseridos tanto nas atividades fins, quanto no âmbito da gestão dessas organizações, nos impõem análises complexas, as quais ainda são intensificadas pela contratação dos diferentes vínculos e contratos, sendo as condições de trabalho bastante diferenciadas entre as ocupações nucleares (ASSUNÇÃO, 2013).

Existem sinais de insatisfação associados à indicadores de adoecimento em diversas categorias profissionais que representam o setor. Todavia, trabalhar em saúde pode representar autorrealização e construção de identidades devido o objetivo de assistir o outro através do cuidado, sendo na maioria dos casos, um trabalho que reflete sentido aos seus atores, identificando-se, porém, que os trabalhadores, em sua maioria, encontram-se insatisfeitos e esgotados (ASSUNÇÃO, 2013).

Assunção (2013) afirma haver convergências em diversos estudos quanto aos resultados encontrados referentes a distúrbios psicológicos, queixas músculo-esqueléticas, acidentes, medo de agressões físicas e psicológicas, entre outras, sendo que a distribuição não é homogênea, pois depende da ocupação, do conteúdo da tarefa e do setor, demonstrando a

riqueza e a complexidade de se trabalhar em saúde.

2.3 A Síndrome de *Burnout*

Existem diversas patologias que podem acometer os trabalhadores como é possível verificar na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999), onde existem 198 entidades nosológicas classificadas na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 2008).

Quando se aprofundam os estudos sobre saúde mental e trabalho, pode-se contextualizar essas duas dimensões e suas intrínsecas relações, as quais se acredita que a Síndrome de *Burnout* está inserida. Dessa forma, para Araújo (2013), três modelos teóricos são identificados como abordagens predominantes nos estudos brasileiros quanto à produção de textos acerca da temática da saúde mental e trabalho: a psicodinâmica do trabalho; a teoria do estresse e o modelo de desgaste.

A psicodinâmica do trabalho tem como elemento central o sofrimento mental, detendo-se nas análises das defesas que são coletivamente elaboradas pelos trabalhadores no enfrentamento das situações de sofrimento no cotidiano laboral, sendo que as estratégias metodológicas comumente usadas são as abordagens qualitativas (ARAÚJO, 2013).

Entre as contribuições da psicodinâmica do trabalho está a abordagem da relação com o prazer que pode existir entre o trabalhador e seu trabalho, sendo que a compreensão da maneira como se abordam as duas facetas da organização do trabalho, ou seja, aquelas que são fontes de sofrimento e de prazer, são essenciais para uma interpretação mais global entre trabalho e saúde (MERLO, 2013).

Embora haja expressiva aceitação entre os pesquisadores brasileiros, sofre críticas ao não considerar a relação causal entre o trabalho e a saúde mental, sendo que a saúde mental dependeria de estruturas de personalidade, adquiridos antes da entrada dos indivíduos no mundo produtivo (ARAÚJO, 2013).

Já a teoria do estresse integra conceitos de psicologia social e psicofisiologia, aplicados a fadiga, insatisfação e tensão no ambiente de trabalho, sendo que o estresse tem sido abordado, no Brasil, como variável resposta, buscando identificar os níveis de estresse vivido pelos trabalhadores. Cunharam-se termos como estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* como necessidade de designar um campo específico desta teoria no mundo do trabalho (ARAÚJO, 2013).

Essa corrente utiliza instrumentos padronizados de avaliação e aporte de métodos quantitativos e ferramentas epidemiológicas. Considera que o trabalho e seus elementos

constituintes são estruturantes do conteúdo e da forma ao do sofrimento apresentado. No entanto, existem críticas nesta abordagem de que a dicotomização entre dimensões internas e externas do trabalho ainda se mantém presa a uma perspectiva centrada no indivíduo, registrando-se, ainda, a multiplicidade de instrumentos de mensuração utilizados, o que dificulta a comparação entre os estudos, além do foco expressivo na doença, prejudicando, assim, o olhar sobre a dimensão estruturante do trabalho (ARAÚJO, 2013).

Há, ainda, os estudos de subjetividade que analisam as relações entre saúde mental e trabalho que consideram que esta categoria é o eixo central para a compreensão da subjetividade humana, concebendo que o trabalho pode estabelecer formas específicas de sofrimento. Observação, entrevistas individuais e coletivas e análises documentais fazem parte da metodologia utilizada através de abordagens qualitativas (ARAÚJO, 2013).

Assim, uma dessas doenças que afetam os trabalhadores é a Síndrome de *Burnout*. O termo para essa síndrome surgiu como uma metáfora para exprimir o sentimento de profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas. Eles se deparavam com o sofrimento, sendo que alguns reclamavam que já não viam seus pacientes como pessoas que necessitavam de cuidados especiais, visto que esses pacientes não se esforçavam para pararem de usar tais substâncias. Outros relatavam ainda que estavam muito exaustos e que, às vezes desejavam nem acordar para não ter que ir para o trabalho (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

Embora o estudo da literatura internacional aponte que não há uma definição única sobre *Burnout*, parece ser consenso que se trata de uma resposta ao estresse laboral crônico, sendo que alguns autores entendem que as características do ambiente de trabalho podem desencadear este tipo de sofrimento mental (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

A Síndrome de *Burnout* é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho e recebe o código Z73.0 na classificação oficial (BRASIL, 2001; SILVA, 2011). Envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, à organização e ao trabalho, em uma experiência subjetiva que ocasiona prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização (BRASIL, 2001).

Apesar da dificuldade de consenso quanto aos desencadeantes da síndrome, Telles e Pimenta (2009), acreditam que há convergências nos estudos em apontar uma incidência elevada de *Burnout* entre profissionais de saúde, professores e policiais, caracterizando-se uma tendência de epidemia, muito embora não ocorra exclusivamente com essas profissões.

De acordo com o Ministério da Previdência Social do Brasil, em 2014, foram concedidos 123 auxílios-doença previdenciários e 40 auxílios-doença acidentários no código Z73. Em 2015, de janeiro a agosto, já contabilizava concessão de 91 auxílios-doença

previdenciários e 27 auxílios-doença acidentários de acordo com o código Z73 da CID-10 (BRASIL, 2015).

Silva (2011), afirma já terem sido realizados diversos estudos sobre *Burnout* na Europa e na América do Norte e, apenas recentemente, na América Latina, tanto em abordagens epidemiológicas, quanto em pesquisas qualitativas, sendo que tais estudos têm analisado principalmente profissionais dos setores de educação e saúde, levando a crer que os profissionais que desenvolvem o *Burnout* são, em sua maioria, aqueles que prestam serviços a outras pessoas, especialmente os denominados cuidadores.

Caracterizam-se, na síndrome, a exaustão emocional (EE), a despersonalização (DP), bem como a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho/realização pessoal (RP). A EE refere-se a sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo. A DP envolve reação negativa, insensibilidade ou afastamento demasiado do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente. Já a diminuição da RP está relacionada a um sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho (BRASIL, 2001).

No Brasil, grande parte das pesquisas que se propuseram a investigar o fenômeno do *Burnout* são relacionadas à frequência da doença em profissionais de saúde, sendo predominantes os estudos com a classe profissional da enfermagem (SANTOS; PASSOS, 2009; AFECTO; TEIXEIRA, 2009; MOREIRA et al., 2009; JODAS; HADDAD, 2009; MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; GALINDO et al., 2012; FRANÇA; FERRARI, 2012). Assim como da medicina (TUCUNDUVA et al., 2006; MAGALHÃES; GLINA, 2006; GLASBERG et al., 2007). Citando aqui apenas alguns estudos como exemplos.

Mota, Dosea e Nunes (2014) avaliaram a presença da Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde de Aracaju (SE). Encontraram que 10,8% dos agentes comunitários de saúde demonstravam moderada tendência à Síndrome de *Burnout* e 29,3% apresentavam características equivalentes à doença.

Lima et al. (2013), buscando identificar o *Burnout* e fatores associados entre médicos de hospital público do Recife, constataram altos níveis de EE (61,4%) e DP (36,7%) e baixo nível de RP (13,3%), estando 5,1% com *Burnout*, quando definiram essa síndrome pela sobreposição de alta EE e DP e baixa RP.

Moreira et al. (2009) investigaram trabalhadores do serviço de enfermagem em hospital geral de grande porte localizado em Tubarão, Santa Catarina. Foram encontradas pontuações médias em cansaço emocional (17), DP (7,79) e em RP (36,6), concluindo que 35,7 % dos entrevistados apresentaram *Burnout*.

Tironi et al. (2009) investigaram a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas de Salvador e constataram prevalência dessa síndrome em 7,4%.

Martins et al. (2014) avaliaram *Burnout* entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, encontrando associação positiva com indicativo de esgotamento profissional nas variáveis: possuir idade inferior à mediana da população (> 29,5 anos) e fazer uso de medicamentos calmantes, tranquilizantes e remédios para dormir.

Franco (2011) investigando *Burnout* em residentes de enfermagem, identificou que 17,2% mostraram valores elevados em EE e DP; 18,8% comprometimento em incompetência/falta de realização profissional, dos quais 75% pertenciam às especialidades de pronto socorro e unidade de terapia intensiva. Idade e especialidade correlacionaram-se positivamente com a Incompetência/falta de realização profissional, concluindo que os residentes de enfermagem pesquisados possuíam perfis de adoecimento.

Tucunduva et al. (2006), objetivando avaliar prevalência do *Burnout* entre cancerologistas brasileiros, encontraram níveis moderado ou grave. Para DP, esse número foi de 96,1% e, para RP, 23,4%.

Magalhães et al. (2015), objetivando avaliar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional, a intensidade de seus componentes e identificar características dos seus portadores entre anesthesiologistas do Distrito Federal, encontraram níveis significativos de baixa realização profissional (47,7%), DP (28,3%) e EE (23,1%). A Síndrome de *Burnout* apresentou prevalência de 10,4% e ocorreu principalmente em homens (64,2%), na faixa de 30 a 50 anos (64,2%), com mais de dez anos de profissão (64,2%), com atuação em plantões noturnos (71,4%), sedentários (57,1%) e que não fazem cursos não relacionados à medicina (78,5%). Dos participantes, 50,7% apresentaram pelo menos um de três critérios para desenvolver a síndrome e apenas 8,2% têm baixo risco para sua manifestação, concluindo que a prevalência da síndrome de *Burnout* é relevante entre os anesthesiologistas.

Existem, ainda, estudos que analisaram *Burnout* com prestadores de serviços que não se enquadram nas categorias da área da saúde como funcionários de empresas de transporte coletivo, bancários, entre outros.

Localizou-se um único estudo (NORO, 2004) que se propôs a investigar a Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de uma organização hospitalar envolvendo diversas categorias que prestam serviços nesses ambientes.

Interessante notar que, a Política Nacional de Humanização (PNH), propõe que o acolhimento deve fazer parte das práticas de produção e promoção da saúde, atentando-se em incluir a saúde do trabalhador em saúde como parte das metas do SUS e de seus parâmetros de avaliação. Tais propostas da PNH conduzem tanto a possibilidades de humanização do trabalho no SUS como a exigências que podem sobrecarregar ainda mais os profissionais de

saúde, devido ao aumento de demanda gerada na ampliação qualitativa da universalidade e pela qual devem se responsabilizar. Dessa forma, ainda que com boas intenções, a humanização com base no acolhimento produz condições adicionais para o surgimento da Síndrome de *Burnout* do trabalhador em saúde (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

Seidl et al. (2001) analisaram estudos que investigaram enfrentamento em modelos de estresse no processo saúde-doença e observaram a utilização de estratégias focalizadas no problema, busca de suporte social e práticas religiosas/pensamento fantasioso, além de estratégias focalizadas na emoção.

Em estudo de revisão da literatura, Moreno et al. (2011) encontraram três níveis de estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de *Burnout*: estratégias organizacionais aplicadas ao ambiente de trabalho; estratégias individuais focadas nas respostas pessoais, ao tentar regular as emoções frente a uma situação estressante e estratégias combinadas centradas na interação do contexto ocupacional com o indivíduo, enfatizando que as ações preventivas serão viáveis quando a Síndrome de *Burnout* não for estigmatizada unicamente como responsabilidade individual ou pelo relacionamento profissional-usuário, e ser entendida como um problema da relação indivíduo com o processo de trabalho e organização.

3 ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Avaliação da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém – Pa.

Burnout syndrome evaluation in workers at a university hospital in the city of Belém - Pa.

Fábio Gian Braga Pantoja¹; Marcos Valério Santos da Silva²

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA), Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - Belém (PA), Brasil. fabiogianb@gmail.com

² Universidade Federal do Pará (UFPA), Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - Belém (PA), Brasil. marcoasilva@ufpa.br

RESUMO

Objetivou-se avaliar os elementos que caracterizam a Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém, Estado do Pará-Brasil. Trata-se de estudo descritivo, observacional, de abordagem quantitativa e de delineamento transversal, investigando-se 62 trabalhadores. Verificou-se alto índice de prevalência. Embora alguns resultados não confirmem a literatura, deve-se ressaltar que a maioria das categorias profissionais ainda não havia sido estudadas adotando essa metodologia, impedindo comparações mais consistentes. Sugere-se que as condições de trabalho podem ser responsáveis pelos sintomas do *Burnout* mais do que características isoladas dos profissionais.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*; Esgotamento profissional; Exaustão profissional; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the characteristics of the burnout syndrome in workers at a university hospital in the city of Belem, State of Para, Brazil. It is a descriptive, observational study, a quantitative approach and cross-sectional design, investigating if 62 workers. There was high prevalence index. Although some results did not confirm the literature, it should be noted that most of the professional categories had not yet been studied by adopting this methodology, preventing more consistent comparisons. It is suggested that working conditions may be responsible for the symptoms of burnout more than isolated features of professionals.

Key words: Burnout Syndrome; Burnout; Professional exhaustion; Worker's health.

INTRODUÇÃO

A estratégia de inserção da atenção à saúde dos trabalhadores na saúde pública é contemporânea ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira e obteve grande repercussão com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse mesmo ano, ocorria a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ratificando a proposição dessa estratégia e inserção (SANTOS; LACAZ, 2013).

A partir da Constituição de 1988, o povo brasileiro conquistou o direito universal à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas; competindo ao SUS, entre muitas outras atribuições, executar ações de saúde do trabalhador, colaborando na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

No âmbito da Lei Orgânica da Saúde (LOS), entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, além de recuperação e reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Nessa direção, os determinantes sociais de saúde (DSS) expressam um conceito atualmente difundido de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A apropriação e transformação da natureza pelo ser humano, através do trabalho, permitiu que se construísse o mundo tal como o conhecemos, mas também deixou um extenso legado de acidentes, adoecimentos, invalidez e mortes (SILVEIRA, 2007).

Dessa forma, a construção do campo da saúde do trabalhador deve permanentemente vincular-se entre ação de saúde e ação política, tendo os trabalhadores como sujeitos e protagonistas da ação política e institucional, inclusive quanto à produção de conhecimento e instrumentos de intervenção, sendo a base estrutural para a concretização da política do SUS, em uma lógica efetivamente sistêmica que possa ir além do setor saúde (VASCONCELOS; MACHADO, 2013).

O trabalho na saúde se enquadra em um campo político, e não apenas de bem-estar social. Assim, o trabalho na saúde se aproxima da cidadania, na medida em que saúde é uma questão de direito à vida (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010).

Esse tipo de trabalho tem sido caracterizado como trabalho imaterial, o qual se traduz em atividades cujos produtos finais não se caracterizam necessariamente como bens palpáveis, tal qual um objeto propriamente dito, mas como prestação de serviço, comunicação, entretenimento ou cultura. Para isso, são exigidas dimensões subjetivas que outrora eram praticamente disfuncionais no mundo do trabalho, como a cognição, os afetos e as relações sociais (FAZZANO; MANSANO, 2013).

O trabalho afetivo envolve, além da relação com o outro, a capacidade de produzir laços, redes sociais, invenções de novos desejos, exigindo do trabalhador da saúde sua inteligência, sensibilidade, imaginação, criatividade, conectividade e afetividade, ou seja, é a existência que é colocada a trabalhar, e não somente o corpo (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010).

O trabalho afetivo é visível dentre os que exercem o cuidado através da escuta e acolhimento, como os enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos e nutricionistas, entre outros, demonstrando que quando a produção afetiva se torna parte do trabalho assalariado, pode gerar alienação extrema já que existe a possibilidade de não ser compreendido como trabalho pelo fato de produzir afeto, conhecimentos e simbolismos (SODRÉ, 2013).

Profissionais de saúde de diversas categorias utilizam variados equipamentos, medicamentos e técnicas que atuam no objeto corpo planejado pela divisão do trabalho, resultando em um produto, sendo que o consumo imediato desse produto pode se expressar em processos saúde/doença variados e relacionados, muitas vezes, pela relação próxima e conflituosa entre o trabalhador e o cliente, acreditando ainda que o aprofundamento das noções de terciário e serviço contribui para revelar modos de se compreender a saúde do trabalhador nas especificidades desse setor que é fortemente inserido nas transformações atuais do mundo do trabalho (PENA, 2013).

Reconhecem-se diversas patologias que podem acometer os trabalhadores como é possível verificar na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999), na qual existem 198

entidades nosológicas classificadas na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 2008).

Uma dessas doenças que afetam os trabalhadores é a síndrome de *burnout*. O termo para essa síndrome surgiu como uma metáfora para exprimir o sentimento de profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas. Eles se deparavam com o sofrimento, sendo que alguns reclamavam que já não viam seus pacientes como pessoas que necessitavam de cuidados especiais, visto que esses pacientes não se esforçavam para pararem de usar tais substâncias. Outros relatavam ainda que estavam muito exaustos, e que às vezes, desejavam nem acordar para não ter que ir para o trabalho (CODD; VASQUES-MENEZES, 1999).

A síndrome de *burnout* é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho e recebe o código Z73.0 na classificação oficial (BRASIL, 2001; SILVA, 2011). Envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, à organização e ao trabalho, em uma experiência subjetiva que ocasiona prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização (BRASIL, 2001).

Possui três elementos centrais: exaustão emocional (EE), que envolve sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo; despersonalização (DP), onde se verifica reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente; e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (RP), que envolve sentimentos de diminuição de competência e de sucesso no trabalho (BRASIL, 2001).

Diante desse contexto, este estudo investigou quais os elementos que caracterizam a síndrome de *burnout* em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém-Pa, sendo que, para isso, também se investigou características demográfica, social, ocupacional e cultural desses trabalhadores, os níveis da síndrome de *burnout* entre os mesmos e as associações entre tais variáveis e esta síndrome.

METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se como um estudo do tipo descritivo e observacional, através de abordagem quantitativa de delineamento transversal.

Foi realizada em um hospital universitário no município de Belém, capital do Estado do Pará. Trata-se de uma instituição de assistência, ensino e pesquisa ligada a Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviços à comunidade exclusivamente através do SUS. Possui programas de residência médica e multiprofissional sendo referência na região norte do Brasil em diversas áreas.

Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores de nível superior da área da saúde que prestavam serviços no hospital, além de vínculo formal junto à instituição, em atividade profissional há mais de um ano e que suas atividades fossem diretamente associadas aos cuidados com pacientes. Optou-se pelo tempo de contrato de trabalho superior a um ano devido após esse período o trabalhador passar a ter o direito de descanso, de caráter terapêutico visando a segurança e a saúde do trabalhador (BERNARDES, 2011).

Foram excluídos da amostra aqueles que estavam em gozo de licença médica para tratamento de saúde. Justifica-se tal escolha considerando que os sujeitos que compõe a amostra possam estar enfrentando potenciais riscos para o adoecimento em detrimento dos trabalhadores já adoecidos.

Também foram excluídos os profissionais que estavam de férias; transferido para outros órgãos; licença maternidade ou afastados para capacitação profissional como cursos de mestrado ou doutorado, no momento em que a equipe se deslocou ao local de trabalho para coleta de dados.

Excluiu-se, ainda, aqueles trabalhadores que, embora constassem na listagem, haviam sido demitidos durante a fase da coleta de dados.

Considerando que devido à frequência do *burnout* em médicos e enfermeiros já ter sido abordada em estudos anteriores e, portanto, relativamente conhecidas nessas duas categorias profissionais, optou-se por não incluí-las nesta amostra, restando, assim, 8 categorias profissionais que usualmente prestam serviços de saúde em ambientes hospitalares: assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Foi fornecida a listagem nominal desses empregados pela direção do hospital, sendo convidados todos os trabalhadores que preenchiam os critérios de inclusão e que não se enquadravam nos critérios de exclusão.

A coleta de dados foi realizada durante os turnos de trabalho dos empregados por um período aproximado de 30 dias entre os meses de novembro e dezembro de 2015, sendo recrutados alunos de graduação da área da saúde que receberam treinamento para aplicação dos formulários e que atuaram como auxiliares na coleta.

Foram aplicados 2 (dois) questionários: o primeiro foi um protocolo que continha perguntas que possibilitassem a caracterização demográfica, social, ocupacional e cultural dos sujeitos, de elaboração do pesquisador.

O segundo questionário foi o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI HSS). Utilizou-se a versão proposta por Carlotto e Câmara (2007) que analisaram as propriedades psicométricas desse instrumento quanto à sua fidedignidade e validade, em uma amostra multifuncional de trabalhadores brasileiros da área da saúde, justiça, segurança e educação, e nos informa que há consistência interna do MBI-HSS nas suas três dimensões na amostra estudada, demonstrando a capacidade desse inventário na medição da síndrome de *burnout* em diversas profissões, sendo que a versão brasileira do instrumento apresenta os requisitos necessários em termos de consistência interna e validade fatorial para ser amplamente utilizada na avaliação da síndrome em trabalhadores que desenvolvem suas atividades em profissões consideradas de ajuda.

O MBI-HSS é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam os três aspectos fundamentais da síndrome de *burnout*, divididos em três escalas com sete opções de respostas, do tipo *likert*, variando de 0 a 6. A EE é avaliada por nove itens, DP por cinco e RP por oito.

Realizou-se um teste piloto com 8 trabalhadores de três categorias profissionais no próprio hospital, o que apontou para a necessidade de se modificar algumas opções de resposta de alguns itens do primeiro questionário para melhor refinamento das análises estatísticas. Serviu também para alterar a disposição dos questionários quando da apresentação aos participantes. Todos os sujeitos que responderam o piloto não foram incluídos quando da seleção da amostra da pesquisa.

Não há consenso na literatura para pontos de corte na avaliação da síndrome de *burnout*. Dessa forma, optou-se por utilizar os seguintes critérios: para EE, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 19 a 26 nível moderado; e menor que 19 nível baixo. Para DP, pontuações iguais ou maiores que 10 indicam alto nível, de seis a nove nível moderado e menores de seis nível baixo. A pontuação relacionada à RP vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 33 indicam alto nível, de 34 a 39 nível moderado e maior ou igual a 40, baixo (Tabela 1). Tais pontos de corte foram utilizados em estudos com profissionais de saúde nas pesquisas de Tena et al. (2002); Tucunduva et al. (2006); Moreira et al. (2009); Mota, Dosea e Nunes (2014); Santos (2010), entre outros.

Tabela 1 – Padrão de pontuação das dimensões da síndrome de *burnout* pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Dimensões	Questões	Padrão para pontuação		
		Nível alto	Nível médio	Nível baixo
Cansaço emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	≥ 27	19-26	< 19
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	≥ 10	6-9	< 6
Realização pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	≤ 33	34-39	≥ 40

Fonte: Maslach Burnout Inventory (MBI).

Como existem estudos que consideram a síndrome de *burnout* com a presença de apenas uma das dimensões do questionário Maslach em nível alto, bem como outros que avaliam a síndrome apenas se as três dimensões estiverem em níveis críticos (TUCUNDUVA et al., 2006; MOREIRA et al., 2009), avaliou-se, neste estudo, as três dimensões do MBI, destacando-se graus médio e alto em cada dimensão, considerando a presença de *burnout* entre aqueles que apresentaram tanto uma quanto as três dimensões críticas.

Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva e inferencial. A apresentação dos dados foi realizada por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar as variáveis qualitativas. As variáveis quantitativas foram comparadas pelo teste de Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn, visto que não foram compatíveis com o padrão de normalidade, o qual foi avaliado pelo teste de D'Agostino-Pearson (AYRES et al., 2007).

Considerou-se nível de significância (nível alfa) de 5%, sendo que as análises foram realizadas através dos softwares SAM (Statistical Analysis Model) versão 1.0 e Bioestat (versão 5.3, Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Belém, Pará, Brasil).

Como o hospital possui uma Divisão de Saúde e Segurança do Trabalhador, foram feitas visitas nessa unidade, visando coletar informações que pudessem colaborar na interpretação dos dados, além de melhor compreender as especificidades do local no que tange seus aspectos laborais conforme os objetivos desta pesquisa.

O projeto deste estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital conforme CAAE: 43931115.5.3001.0017 e seguiu as determinações da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os trabalhadores que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O número total dos trabalhadores de nível superior na área da saúde, de acordo com a listagem dos empregados por lotação com algum vínculo com o hospital foi de 145 funcionários: 35 farmacêuticos, 4 fonoaudiólogos, 20 nutricionistas, 4 terapeutas ocupacionais, 23 assistentes sociais, 23 fisioterapeutas, 22 odontólogos e 14 psicólogos. Além destes, também constavam no quadro de trabalhadores do hospital 223 médicos e 121 enfermeiros. A classe médica representa a maior categoria de trabalhadores da área da saúde de nível superior no hospital, totalizando 45,60% de todos esses profissionais.

Durante a fase da coleta de dados, ocorreram demissões em alguns setores da instituição, sendo que, em alguns casos, como na fonoaudiologia, houve a demissão dos profissionais que constavam na listagem fornecida, o que impossibilitou a inclusão destes na pesquisa.

Também não foi possível acesso aos odontólogos do nosocômio pois durante a fase estipulada para coleta de dados, foi informado que não haviam trabalhadores no local desta categoria profissional em virtude de reformas neste setor.

Assim, dos 145 profissionais que constavam na listagem, aproximadamente 87 preenchem os critérios de inclusão (vínculo de trabalho formal junto ao hospital; em atividade profissional

há mais de um ano e que suas atividades fossem diretamente associadas aos cuidados com pacientes.), respeitando também os critérios de exclusão delimitados neste estudo, restaram: 20 assistentes sociais, 18 farmacêuticos, 18 fisioterapeutas, 19 nutricionistas, 8 psicólogos e 4 terapeutas ocupacionais. Ao final, 62 formulários foram preenchidos pelos sujeitos que aceitaram participar do estudo, sendo: 14 assistentes sociais, 10 farmacêuticos, 10 fisioterapeutas, 17 nutricionistas, 7 psicólogos e 4 terapeutas ocupacionais.

Os trabalhadores com vínculo junto ao hospital estavam distribuídos entre a UFPA, Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa (FADESP), e da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA).

Os trabalhadores com vínculo de trabalho com a UFPA incluem os servidores da administração direta com seleção através de concurso público. Já os empregados com vínculo pela FADESP estão abrangidos no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O vínculo com a SESPÁ incluem servidores cedidos por este órgão e que prestam seus serviços laborais no hospital, sendo o vínculo de trabalho do tipo estatutário. Outros vínculos que também foram identificados no hospital incluem servidores da Secretaria de Saúde do município de Belém (SESMA), Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA) e Ministério da Saúde.

O hospital possui um setor de saúde e segurança do trabalhador que conta com 4 médicos, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 2 técnicos de segurança do trabalho e 1 auxiliar administrativo.

Entre os serviços oferecidos neste setor pode-se citar: homologação de atestados, realização de exames periódicos e perícias, além de atendimento psicossocial através do Programa de Assistência Psicossocial aos Servidores (PAPS) e Programa Cuidando do Cuidador, que foram implementados pela unidade.

De acordo com as informações prestadas, esta divisão trabalha ainda no sentido da prevenção e acompanhamento periódico aos servidores que não tem plano de saúde particular, representando um grupo de 61% os que não possuem plano privado de saúde.

Entre janeiro e novembro de 2015, foram contabilizados por este setor: 106 consultas médicas e odontológicas especializadas, 14 procedimentos cirúrgicos, 04 internamentos clínicos, 02 tratamentos quimioterápicos, 03 ressonâncias, 03 tomografias e 04 audiometrias.

Nesse mesmo período, 52 funcionários e 9 familiares que demandavam análise psicossocial foram atendidos pelo programa. Também foram atendidos 06 trabalhadores em processo de readaptação profissional por questões de limitações de saúde e/ou inadequação do ambiente de trabalho. Merece destaque a realização de rodas de conversa, em um total de 8, visando a sensibilização e orientação para um bom relacionamento e condições seguras e saudável de trabalho, além de 21 visitas domiciliares e hospitalares objetivando prestar apoio e subsídio à perícia médica ao trabalhador em estado de reabilitação biopsicossocial.

Em relação ao questionário demográfico, social, ocupacional e cultural, a maioria dos profissionais pesquisados era do sexo feminino (87,1%), na faixa etária entre 40 a 61 anos (58,1%) e casados ou em união estável (59,7%). Em relação à escolaridade, 53,2% possuem pós graduação do tipo Lato Sensu. 38,7% vivem com 5 a 9 salários mínimos; 50% possuem vínculo de trabalho com a UFPA; 35,5% trabalha no hospital entre 1 e 4 anos; 59,7% tem outra atividade remunerada e 87,1% possui jornada de trabalho até 6 horas. 96,8% procura um profissional de saúde sempre que sente necessidade. 82,3% não pensou em mudar de profissão e 88,7 % não sente a profissão menos interessante do que quando começou. 64,5% tem filhos, 90,3% reside em Belém e 72,6% se desloca para o trabalho por condução própria.

Os resultados do questionário demográfico, social, ocupacional e cultural dos trabalhadores estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados demográfico, social, ocupacional e cultural dos trabalhadores entrevistados.

	n	%	p-valor
Sexo			<0.0001*
Masculino	8	12.9	
Feminino	54	87.1	
Vínculo			0.0205*
UFPA*	31	50.0	
FADESP	16	25.8	
Outro	15	24.2	
Idade (anos)			0.2530
23 a 39	26	41.9	
40 a 61	36	58.1	
Escolaridade			<0.0001*
Graduação	5	8.1	
Lato Sensu*	33	53.2	

Strictu Sensu	24	38.7	
Estado Civil			<0.0001*
Solteiro	18	29.0	
Casado*	37	59.7	
Viúvo	3	4.8	
Divorciado	4	6.5	
Tempo Serviço			0.2685
1 a 4 anos	22	35.5	
5 a 9 anos	13	21.0	
10 a 14 anos	15	24.2	
15 ou mais	12	19.4	
Profissão			0.0604
Assistente Social	14	22.6	
Farmacêutico	10	16.1	
Fisioterapeuta	10	16.1	
Nutricionista	17	27.4	
Psicólogo	7	11.3	
T. Ocupacional	4	6.5	
Renda (SM)			0.6366
Até 4 SM	20	32.3	
5 a 9 SM	24	38.7	
10 SM ou mais	18	29.0	
Jornada Diária			<0.0001*
4 a 6 h*	54	87.1	
8 horas	4	6.5	
12 horas	4	6.5	
Procura			<0.0001*
Profissional de Saúde			
Sim	60	96.8	
Não	2	3.2	
Tem Filhos			0.0309*
Sim	40	64.5	
Não	22	35.5	
Desinteresse pela Profissão			<0.0001*
Sim	7	11.3	
Não	55	88.7	
Pensou Mudar de Profissão			<0.0001*
Sim	11	17.7	
Não	51	82.3	
Reside em Belém			<0.0001*
Sim	56	90.3	
Não	6	9.7	
Condução Própria			0.0006*
Sim	45	72.6	
Não	17	27.4	
Outro Emprego			0.1624
Sim	37	59.7	
Não	25	40.3	

Fonte: elaboração própria

*Qui-quadrado de aderência, com proporções esperadas iguais.

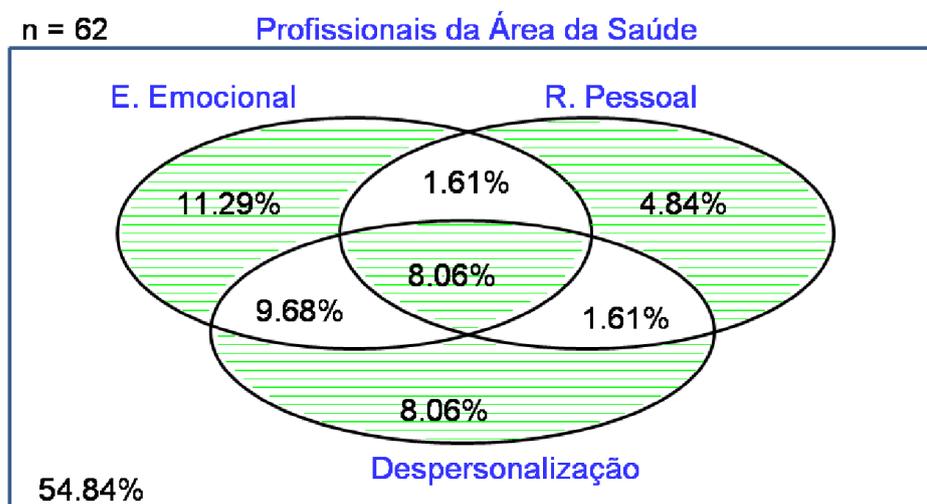
Os resultados do MBI mostram que, dos profissionais estudados, 48,3% apresentaram grau médio ou alto de exaustão emocional; 40,03% médio ou alto de realização pessoal no trabalho e 38,7% apresentaram grau médio ou alto de despersonalização. De acordo com os dados desta pesquisa, 45,16% dos trabalhadores apresentaram pelo menos uma das dimensões do instrumento de Maslach em níveis críticos, indicando, de acordo com critérios que vem sendo utilizados em alguns estudos, a presença da síndrome de *burnout*, sendo que 8,06% apresentaram todas as três dimensões críticas (Tabela 3). Para identificação das dimensões do MBI entre os profissionais, elaborou-se a Figura 1.

Tabela 3 - Resultados do MBI entre os trabalhadores entrevistados.

MBI	Exaustão Emocional		Realização Pessoal		Despersonalização	
	n	%	n	%	n	%
Alto	19	30.6	10	16.1	17	27.4
Médio	11	17.7	15	24.2	7	11.3
Baixo	32	51.6	37	59.7	38	61.3
Médio OU Alto	30	48.3	25	40,3	24	38.7

Fonte: elaboração própria

p-valor = 0.1711, Qui-quadrado (comparando os 3 domínios)



Fonte: Elaboração própria

Figura 1 - Distribuição das dimensões do MBI entre os trabalhadores entrevistados.

Considerando a associação entre as características dos profissionais assinaladas nos itens do questionário demográfico, social, ocupacional e cultural e os domínios do MBI, observou-se

diferenças significativamente estatísticas nas variáveis: estado civil, renda, interesse pela profissão e outra atividade remunerada (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação estatística entre as diferentes dimensões do MBI e as características dos trabalhadores entrevistados.

	E. Emocional	R. Pessoal	Despersonalização
Sexo	0.1859	0.1894	0.2314
Vínculo	0.2576	0.5144	0.3466
Idade (anos)	0.4582	0.9829	0.9205
Escolaridade	0.5458	0.6359	0.9639
Estado Civil	0.0285*	0.0082*	0.5263
Tempo Serviço	0.2659	0.8321	0.7791
Profissão	0.4099	0.8795	0.4641
Renda (SM)	0.0122*	0.0636	0.0498*
Jornada Diária	0.3041	0.5821	0.4501
Proc. Prof. Saúde	n/a	n/a	n/a
Tem Filhos	0.0681	0.0617	0.1297
Desint. Profissão	0.0734	0.0011*	0.0046*
P. Mudar Profissão	0.5554	0.0883	0.1642
Reside Belém	0.7211	0.3848	0.3593
Condução Própria	0.6136	0.8113	0.9937
Outro Emprego	0.0373*	0.6465	0.2755

Fonte: elaboração própria

*Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn

n/a: o teste de hipótese não foi aplicado

Em relação ao estado civil, observou-se a síndrome de *burnout* (pelo menos uma dimensão crítica) em: solteiro (13 casos, 72%), casado/união estável (12 casos, 32%), divorciado (2 casos, 50%), viúvo (1 caso, 33,3%). Assim, solteiros apresentaram maior prevalência da síndrome.

Quanto à renda, observou-se a síndrome em: entre aqueles que recebem até 4 salários mínimos (9 casos, 45%), de 5 a 9 salários mínimos (5 casos, 21%), e mais de 10 salários mínimos (14 casos, 78,6%). Os dados mostram maior prevalência da síndrome entre aqueles que recebem mais de 10 salários mínimos.

A prevalência da síndrome foi significativamente maior entre os trabalhadores que tem outra atividade remunerada (18 casos, 48,6%) em comparação com aqueles que não tem (10 casos, 27%).

Em relação ao item do questionário “sente a profissão menos interessante do que quando começou”, todos os que responderam “sim” (7 casos, 100%), apresentaram pelo menos uma dimensão crítica. O restante dos casos responderam negativamente (21 casos, 38%).

A tabela 5 revela a distribuição da síndrome de *burnout* entre os trabalhadores entrevistados, percebendo-se que alguns profissionais apresentaram mais os sintomas da síndrome do que outros, embora não se tenha encontrado diferença estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Distribuição da síndrome de *burnout* por categoria profissional entre os trabalhadores entrevistados.

	Síndrome de <i>burnout</i>			
	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Assistente Social	7	50.0	7	50.0
Farmacêutico	5	50.0	5	50.0
Fisioterapeuta	2	20.0	8	80.0
Nutricionista	9	52.9	8	47.1
Psicólogo	3	42.9	4	57.1
T Ocupacional	2	50.0	2	50.0
Total geral	28	45.2	34	54.8

Fonte: elaboração própria

P-valor = 0.6313, Qui-quadrado de independência, para comparar as diferenças conforme as profissões.

DISCUSSÃO

A disparidade observada entre o quantitativo de profissionais da categoria médica em detrimento das demais, embora não seja objetivo deste trabalho, suscita algumas questões de interesse da saúde coletiva.

No caso de uma equipe multiprofissional que não trabalhe com a interdisciplinaridade- esta compreendida como utilização de técnicas metodológicas, conceitos e análises de diferentes ramos do saber com a finalidade de integração - pode caracterizar apenas burocratização, devido à mera comunicação de ideias, pois existem equipes multiprofissionais que apenas se ocupam de elaborar uma parte do trabalho, mesmo sem estarem imbuídos da preocupação de integração de diferentes saberes. Neste tipo de equipe, embora os profissionais pratiquem atividades distintas, vindo a ocupar o mesmo espaço físico e institucional, a decisão é, em geral, do médico, sendo levado a efeito por outros profissionais (BRUSCATO et. al., 2004).

Não é possível afirmar que tal realidade ocorre na instituição pesquisada. Porém, cabe levantar essa discussão em virtude da distribuição observada na classe médica, cuja categoria representa quase metade dos profissionais da área da saúde de nível superior que trabalham no hospital, estando distribuídos entre diversas unidades do estabelecimento, incluindo clínicas, ambulatórios, salas de cirurgias e unidades de terapia intensiva.

Também não se pode afirmar que uma simples aproximação quantitativa no número de profissionais levaria a uma mudança de paradigma. Observa-se uma crise na medicina que envolve os planos, ético, político, pedagógico e social e que, entre muitos problemas observados nesse campo, está a competição entre as especialidades médicas e demais profissionais de saúde, bem como a incapacidade de se formarem profissionais de saúde que sejam aptos à resolução dos problemas na área (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2006).

Referentes às demissões, entre o fornecimento da listagem pelo hospital e o início da coleta de dados, verificou-se diversos desligamentos abrangendo os trabalhadores cujo vínculo de trabalho era do tipo temporário. Tal situação também fora divulgada pelo sindicato representante dos trabalhadores (SINDTIFES, 2015). Não foi possível saber se esses trabalhadores ficaram desempregados, pois tais sujeitos não compuseram a amostra, visto que o vínculo formal de trabalho era critério de inclusão dos participantes na pesquisa.

Acentua-se, entretanto, o impacto dessa realidade no mundo do trabalho. O desemprego, a informalidade e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho estão associados à pior condição de saúde na população brasileira (GIATI; BARRETO, 2006; MIQUILIN, 2013). É evidente também a sobrecarga de trabalho entre os que permanecem empregados visto que, muitas vezes, não há reposição desses postos de trabalho.

Uma das estratégias consideradas para o enfrentamento do desemprego, está na ratificação da Convenção 158 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata de dispensas, sendo uma delas a do tipo arbitrária. O Objetivo desse instrumento é diminuir a grande rotatividade da mão-de-obra no Brasil, atacando o uso indiscriminado das demissões sem justa causa. Cerca de 40% dos trabalhadores sofrem com essa rotatividade, sendo assim, milhões de brasileiros demitidos sem justa causa todos os anos que precisam procurar um novo emprego. Em média, um trabalhador demitido leva 12 meses para conseguir nova colocação (CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES, 2009).

Tal tipo de demissão produz insegurança e medo, que pode multiplicar os esforços do trabalhador, mas também pode, ao contrário, reduzir a sua produtividade e/ou aumentar o número de acidentes e consequentes indenizações; além do mais, não faz sentido submeter alguém às razões da economia, que é uma criação do ser humano e deveria lhe servir, sendo tal Convenção apenas uma das muitas estratégias possíveis para enfrentar um mundo globalizado e desigual (VIANA, 2007).

Em relação à taxa de resposta de outros estudos que investigaram a síndrome de *burnout* com profissionais de saúde verifica-se que, no estudo de Tucunduva et al (2006) a taxa de resposta obtida foi de 21,1% onde, de um total de 645 cartas enviadas, obteve um retorno de 136 formulários. Em outro estudo, Mota, Dosea e Nunes (2014), obtiveram 81,9 % de taxa de resposta, pois foram respondidos 222 questionários de um total de 271 questionários da amostra, cuja totalidade dos servidores eram de 894 sujeitos. Moreira et al. (2009) coletou 54,12 % da amostra, uma vez que obteve 151 questionários de um total de 279 funcionários. Este estudo obteve 62 participantes de um total de 87, o que representa uma taxa de resposta de 71,26 %, estando assim de acordo com a média das taxas de resposta de outros estudos encontrados na literatura que investigaram *burnout*.

Os resultados do MBI demonstram um percentual elevado de trabalhadores que apresentaram grau médio ou alto nas dimensões da síndrome sendo que, conforme Codo e Vasques - Menezes (1999), um nível moderado de *burnout* já é preocupante do ponto de vista epidemiológico, devendo haver intervenção, pois o processo já se encontra em curso.

Analisando a saúde mental dos trabalhadores de um hospital, Ramminger (2002), concluiu que o estresse foi a queixa principal entre os funcionários, seguido da depressão, sustentando que, mesmo a literatura especializada não conseguindo definir com precisão o conceito de estresse, é unânime em afirmar sua relação com o trabalho.

Em um estudo realizado com médicos cancerologistas, 52,3% e 3% destes apresentaram, respectivamente, uma e as três dimensões consideradas críticas no questionário de Maslach (TUCUNDUVA et al., 2006). Os dados desta pesquisa estão de acordo quando considerados uma dimensão, mas divergem do segundo onde se encontrou percentis bem acima com alterações nas três dimensões.

Outro estudo com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, localizou 35,7% com pelo menos uma dimensão alterada, sendo que não houve trabalhadores com as três dimensões críticas (MOREIRA et al., 2009). Da mesa forma, dados deste estudo estão próximos daquele quando considerado uma dimensão e diferente, quando consideradas as três dimensões.

Quanto à análise do questionário demográfico, social, ocupacional e cultural, Gómez et al. (2005) e Matamoros (1997) afirmam que pessoas solteiras são mais propensas a apresentar a síndrome. Noro (2004), em seus estudos sobre trabalhadores hospitalares, evidenciou um aumento na síndrome de *burnout* entre os trabalhadores separados embora sem diferença que possa ser considerada significativa, achados esses que corroboram os resultados desta pesquisa. Tais estudos sugerem que casados ou em união estável podem experimentar sentimentos de responsabilidade na família, além de apoio emocional proveniente dos familiares, podendo resultar em uma maior resistência ao *burnout*.

Em relação à renda, Albuquerque; Melo e Araújo Neto (2012) acreditam que grupos de trabalhadores que possuem salários menores apresentam maiores índices de *burnout* mesmo que em seus achados não tenham percebido diferenças estatisticamente significativas nos índices de profissionais de nível superior (que possuem maior renda) e os de nível médio e técnico (que possuem menor renda), o que leva a crer que, a sobrecarga de trabalho parece ser um fator de risco para a síndrome visto que, dentre os 14 casos identificados como *burnout* entre os que recebem mais de 10 salários mínimos, existem 11 (78,6%) que possuem outro emprego. A sobrecarga de trabalho tem sido uma das variáveis mais apontadas como predisponente ao *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2008).

Nesse sentido, achados de Trindade et al. (2010), ao entrevistar trabalhadores portadores da síndrome de *burnout*, concluiu que o salário foi apontado como a segunda maior fonte de satisfação no trabalho para este grupo, sendo que, para alguns desses trabalhadores, o salário foi apontado como a única fonte de satisfação. Tais autores acreditam que a tentativa de conciliar dois empregos é comum entre os trabalhadores da saúde, nos turnos da noite e do dia, o que pode afetar o comprometimento do trabalhador com seu trabalho.

Outra questão que merece atenção foram os resultados encontrados na variável outra atividade remunerada. Dados de outro estudo revelam que trabalhadores de outras categorias profissionais - diferentes das aqui pesquisadas - que possuem outro trabalho, apresentaram

menores níveis de *burnout* em comparação com os que não possuem (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Este estudo, que investigou somente profissionais de nível superior de escolaridade, encontrou resultado adverso e se atribui tal diferença devido principalmente a dois fatores: diferença de trabalho entre os profissionais, bem como devido à heterogeneidade entre os sujeitos pesquisados, visto que Albuquerque; Melo e Araújo Neto (2012) investigaram um conjunto de profissionais com nível de exigência que abrangem desde o nível fundamental até o nível superior para o exercício de suas profissões. Já Mota, Dosea e Nunes (2014), investigando categoria profissional sem exigência de nível superior, não observou diferença estatística significativa.

Nesse sentido, ainda que o grau de escolaridade não seja um fator determinante para a síndrome, em seus achados, Albuquerque; Melo e Araújo Neto (2012) constataram, embora sem encontrar diferença significativa, que trabalhadores que possuem nível superior apresentam mais *burnout* desenvolvida quando comparado com aqueles que possuem somente nível técnico/médio.

O desinteresse pela profissão está relacionado com o próprio *burnout*, sendo a síndrome associada especificamente ao mundo laboral (BENEVIDES-PEREIRA, 2008). Pelas definições de Magalhães e Glina (2006), está no próprio conceito da síndrome quando afirmam que o *burnout* ocorre quando o estresse crônico consome o trabalhador física e emocionalmente, deixando-o agressivo e irritado e/ou desmotivado, desinteressado, causando um mal-estar interno, insatisfação ocupacional e insensibilidade com relação a quase tudo e todos. Para Codo e Vasques-Menezes (1999), o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho.

Tais constatações confirmam os dados deste estudo, onde a totalidade dos trabalhadores que manifestaram desinteresse pela profissão apresentam pelo menos uma dimensão crítica.

Ainda que utilizados o mesmo instrumento e pontos de cortes semelhantes aos desta pesquisa, atribui-se essas divergências as diferenças entre a população estudada ser de categoria profissional e/ou de nível de escolaridade e/ou de local de trabalho diferente.

É importante frisar a presença da síndrome de *burnout* entre os trabalhadores e suas respectivas categorias profissionais, pois, mesmo sem perceber diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos, há necessidade de investigações mais profundas para que seja possível explicar os índices verificados.

Uma limitação deste estudo foi a não caracterização de cada profissional quanto à área específica de sua atuação como, por exemplo, unidades de diagnóstico de meningite ou setores da pediatria. Entretanto, por se tratar de categorias profissionais que ainda não haviam sido investigadas, e dado o número restrito de profissionais como um todo, acredita-se que este estudo reflete as características da síndrome nos profissionais que compuseram a amostra no universo do contexto hospitalar.

Outra limitação foram as impossibilidades de se abranger todas as categorias profissionais que haviam sido previstas no projeto. Entretanto, acredita-se que a amostra foi representativa, visto que se buscou a totalidade dos trabalhadores, além de que a taxa de resposta obtida está de acordo com outros estudos.

Importante destacar que não há na literatura um consenso para a definição da síndrome de *burnout* a partir dos valores encontrados no questionário Maslach. Grande parte dos estudos descreve os níveis obtidos nas três diferentes dimensões, entretanto, sem um critério definido para agrupá-las. Desta forma, a definição do *burnout* se confunde com as próprias dimensões verificadas. Apesar de o questionário Maslach ser específico para o diagnóstico da síndrome, a falta de padronização para sua avaliação dificulta a interpretação dos resultados (TUCUNDUVA, et al., 2006).

Por não se ter consenso para a interpretação do MBI, critérios diferentes são utilizados em publicações no intuito de classificar e diagnosticar *burnout*. Nesse sentido, devido à diversidade de estudos acadêmicos quanto às formas de avaliação do *burnout* em relação aos pontos de cortes do instrumento para o estabelecimento de suas dimensões em alto, moderado e baixo, pode configurar um fator impeditivo para o estabelecimento de comparações mais consistentes com os resultados de outros trabalhos pesquisados (MOREIRA et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As constatações do presente estudo demonstram que o índice de prevalência encontrado entre o grupo de trabalhadores pesquisados pode ser considerado alto uma vez que quase metade destes apresentam características compatíveis com a síndrome, o que impacta na saúde dos mesmos. Ressalte-se aqui o paradoxo que atenta para situações de trabalho que contribuem para o adoecimento de trabalhadores cujas atividades visam à promoção da saúde de outrem (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

O estudo revela ainda que diversos trabalhadores da área da saúde estão sujeitos a serem afetados pelo *burnout*, visto que algumas categorias profissionais ainda não haviam sido investigadas adotando a metodologia ora utilizada em relação aos níveis da síndrome. Esse fato, porém, prejudica o estabelecimento de comparações mais rijas.

Como grande parte das associações estudadas não obtiveram significância estatística, é possível sugerir que as condições de trabalho podem ser as responsáveis pelos sintomas do *burnout* mais do que as características isoladas dos profissionais ou de seu ambiente de trabalho, sendo também essa a conclusão de Moreira et al. (2009). Acredita-se, assim, que as demissões observadas no estabelecimento durante a pesquisa, estão entre os fatores que contribuíram para os níveis observados de *burnout*.

Diversos autores apontam para ações que poderiam minimizar os efeitos da síndrome como: criação de espaços coletivos dentro das instituições para o compartilhamento de sentimentos (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014). Também o fomento de valores pessoais e familiares a fim de incentivar os trabalhadores para que aproveitem os momentos de convivência com a família e com os companheiros de trabalho, além de se programar medidas que favoreçam o controle dos níveis de estresse dos trabalhadores, entre outras ações desta natureza (TRINDADE et al., 2010).

Não se discorda destas ações. Entretanto, o *burnout* é um problema do mundo do trabalho e de saúde pública que nasce a partir da exploração do trabalhador pelo capital. Dessa forma, sugere-se o engajamento e a militância política dos trabalhadores visando ao fortalecimento de suas entidades representativas de classe para que seja possível auferir conquistas coletivas, garantindo sua saúde tanto física quanto mental.

Com esta pesquisa, tal como propõe Vasconcelos (2013) referente à categoria trabalho, espera-se contribuir para a introdução de tal categoria no sistema das políticas desenvolvimentistas, tendo a saúde como foco de dignificação e valorização da vida.

É importante a realização de novos estudos, sobretudo, qualitativos, que busquem aprofundar a investigação dos fatores desencadeantes e ou associados ao *burnout* entre todos os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F.J.B.; MELO, C.F.; ARAÚJO NETO, J.L. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p.542-549, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n3/v25n3a14.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

AYRES, M.; AYRES JR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BioEstat 5.3:** Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p.

BENEVIDES -PEREIRA, A.M. T. Burnour, por quê?. In: BENEVIDES -PEREIRA, A.M.T. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 13-20. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=EMnnJklADqIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=burnout+desinteresse+profiss%C3%A3o&ots=rcaaUW1Jj&sig=8S4fZM8VqcuK9uttL27nZoVlS6I#v=onepage&q=burnout%20desinteresse%20profiss%C3%A3o&f=false>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BERNARDES, R. C. S. Férias uma relação entre a CLT e a convenção 132 da OIT. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v.14, n. 88, maio, 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9425>. Acesso em: 06 jun. 2016.

BERNARDES, A.G.; PELLICCIOLI,E.C.; GUARESCHI,N.M.F. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.1, p.5-13, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 25ago.2015.

BRAGA, L.C.; CARVALHO; L.R., BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p.1585-1596, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988. 292p. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 26 jan.2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 jan.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: MS, 2001. Normas e manuais técnicos; n. 114. Série A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339/GM**, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Brasília, DF: MS, 1999.

BRUSCATO, W.L. et al. O trabalho em equipe multiprofissional. In: BRUSCATO, W.L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S.R.A. (Orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novos paradigmas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 33-42. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=plkploewiY0C&oi=fnd&pg=PA33&dq=equipe+multiprofissional+hospital&ots=7qAepsQ8ms&sig=Pzd-h5L41-1gePPv46K_uZfvUDc#v=onepage&q=equipe%20multiprofissional%20hospital&f=false>. Acesso em: 01 dez. 2015.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.24, n.3, p. 325-332, jul./set. 2007.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES - CUT. **Convenção 158**. Para lutar é preciso conhecer. 2.ed. Brasília, DF: CUT, 2009. Disponível em: <http://www.cut.org.br/system/uploads/action_file_version/ffbaa1c114222c3bd56b159188a3e933/file/cartilha-20158-20web.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout. In: CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília, DF: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação; Universidade de Brasília, 1999.p.237-254.

FAZZANO, L.H.; MANSANO, S.R.V. Afeto e conhecimento: analisando algumas transformações no trabalho contemporâneo. **Rev. Psicol. UNESP**, v.13, n.1, p.25-35, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-62254>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p.99-106, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27122.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

GOMÉZ, M.N. et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. **Univ. Psychol. Bogotá** (Colombia), v. 4, n.1, p. 63-75, enero-junio,

2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v4n1/v4n1a09.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

GUEDES; C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

MAGALHÃES, R.A.C.; GLINA, D.M.R. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v.11, n.1/2, p.29-35. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/viewFile/43921/47542>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

MATAMOROS, M.B. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. **Med. leg. Costa Rica**, v.13/14, n.2, p.1-2, nov. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017>. Acesso em: 12 jan. 2016.

MIQUILIN, I. O. C. et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1392-1406, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n7/13.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

MOREIRA, D.S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1559-1568, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf>>. Acesso em: 20 dez.2014.

MOTA, C.M.; DOSEA,G.S.; NUNES,P.S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.12, Dec. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de DOENÇAS e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 14 nov. 2015.

NORO, N.T.T. **Síndrome de burnout entre trabalhadores de um hospital geral**. Porto Alegre, RS, 2004. 74f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção com ênfase em ergonomia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia, Porto Alegre, 2004.

PENA, P.G.L. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENNA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.p.411-432.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, 2002. p. 111-124. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf#page=107>. Acesso em: 03 dez. 2015.

SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador no SUS.: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.p.87-105.

SANTOS, P.G.O. **Estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS)**. Rio de Janeiro, 2010, 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2010/priscila-grangeia-dos-santos>>. Acesso em: 01 jan.2015.

SILVA, E.S. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVEIRA, A.M. A participação dos trabalhadores na redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2007, V.2, p.1817-1833.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR NO ESTADO DO PARÁ - SINDTIFES. **Trabalhadores do Hospital Barros Barreto denunciarão demissões e precarização em audiência pública**. 14 jul. 2015. Disponível em: <http://www.sindtifef.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1044:trabalhadores-do-hospital-barros-barreto-denunciarao-demissoes-e-precarizacao-em-audiencia-publica&catid=1:latest-news&Itemid=49>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SODRÉ, F. O trabalho e as redes. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.297-314.

TENA, P. S. et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. **MEDIFAM**, v. 12, n.10, p.613-619, 2002. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original1.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

TRINDADE, L.L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.5, p. 684-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/16.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

TUCUNDUVA, L.T.C.M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.2, p.108-12, 2006.

VASCONCELLOS, L.C.F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.38, n.128, p. 179-198, 2013.

VASCONCELLOS; L.C.F.; MACHADO, J.M.H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.37-65.

VIANA, M.T. Trabalhando sem medo: alguns argumentos em defesa da Convenção nº. 158 da OIT. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.235-246, jul./dez.2007.

Disponível em: <http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/rev_76/Marcio_Viana.pdf>.
Acesso em: 02 dez. 2015.

4 CONCLUSÃO

Enfatiza-se que foi de grande valor realizar esta pesquisa, pois se assinalou tarefa desafiadora, uma vez que estudar a síndrome de *burnout* em categorias profissionais diversas e praticamente inexploradas em sua relação com essa doença, configurou-se experiência gratificante.

A síndrome de *burnout*, embora já conhecida pelos acadêmicos que investigam a saúde mental e psíquica do trabalhador, parece ser pouco conhecida pelos profissionais de saúde, sendo possível perceber por algumas conversas com alguns dos participantes.

A literatura acadêmica tem demonstrado a prevalência do *burnout* em profissões como médicos, categorias da enfermagem, além de professores e até mesmo em categorias profissionais fora do âmbito da assistência e do cuidado. Este estudo evidenciou que outros profissionais da saúde, como os aqui investigados, também estão sujeitos a serem acometidos pela síndrome. A mesma bibliografia também aponta caminhos para a prevenção da doença.

Entre as estratégias adotadas para prevenção constam desde aquelas que focam na responsabilização do indivíduo frente ao controle de suas emoções, bem como daquelas empreendidas pelas próprias organizações. Aponta-se, neste estudo, duas estratégias complementares.

A primeira refere-se ao conhecimento gerado pelos resultados desta pesquisa e que, à partir destes, possam municiar os próprios trabalhadores das categorias profissionais investigadas (ou quem sabe até mesmo de outras) a melhor conhecer o setor e atividades as quais estão inseridos, a saber, o setor da saúde, o trabalho imaterial, bem como os riscos da síndrome de *burnout*.

O segundo, como consequência, aponta para o enfrentamento coletivo do problema, sendo indispensável a demonstração da força dos trabalhadores e de suas entidades representativas para que efetivamente busquem melhores condições de trabalho a partir de ações institucionais, considerando que a área da saúde do trabalhador comporta ações de saúde e ações políticas, sendo uma das bases do SUS, cujas origens foram os movimentos sociais de luta pela Reforma Sanitária, no qual os trabalhadores foram umas das forças protagonistas.

Pretende-se apresentar esta pesquisa à direção do hospital, bem como ao sindicato que representa os trabalhadores da instituição, visando cumprir as orientações do Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde onde, ainda que em caso de suspeita, deve-se notificar o sindicato da categoria e orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados

para eliminação ou controle dos fatores de risco (BRASIL, 2001).

Espera-se que novos estudos científicos devam ser conduzidos futuramente tratando-se do fenômeno do *burnout* em uma amostra maior e que também tenham como participantes diversas categorias de trabalhadores para comparações com estes dados. Acredita-se, ainda, que um estudo de natureza qualitativa pode aprofundar essas investigações, podendo-se, talvez, assim, detectar quais os fatores estão determinando a síndrome.

Por fim, elaborou-se um folder (Apêndice C) voltado aos trabalhadores em geral que aborda a síndrome de *burnout*, especialmente, sua definição e sintomas, além de estratégias de prevenção e combate a síndrome.

REFERÊNCIAS

AFECTO, M.C.P.; TEIXEIRA, M.B. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo.

Online Braz. J. Nurs., v.8, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2107/453>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

ALBUQUERQUE, F.J.B.; MELO, C.F.; ARAÚJO NETO, J.L. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p.542-549, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n3/v25n3a14.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

ARAÚJO, T.M. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 325-343.

ASSUNÇÃO, A.A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 453-478.

AYRES, M.; AYRES JR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p.

BARBOSA, W. V. O materialismo histórico. In: REZENDE, A. **Curso de filosofia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p. 173-195.

BENEVIDES -PEREIRA, A.M. T. Burnour, por quê?. In: BENEVIDES -PEREIRA, A.M.T. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 13-20. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=EMnnJklADqIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=burnout+desinteresse+profiss%C3%A3o&ots=rCAAUW1Jj&sig=8S4fZM8VqcuK9uttL27nZoVIS6I#v=onepage&q=burnout%20desinteresse%20profiss%C3%A3o&f=false>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BERNARDES, A.G.; PELLICCIOLI, E.C.; GUARESCHI, N.M.F. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.1, p.5-13, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 ago.2015.

BERNARDES, R. C. S. Férias uma relação entre a CLT e a convenção 132 da OIT. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v.14, n. 88, maio, 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9425>. Acesso em: 06 jun. 2016.

BEZERRA, I.M.P. et al. Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n.89, p. 197-206, abr./jun, 2011.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R., BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p.1585-1596, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRANT, L.C.; MINAYO GOMEZ, C. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 385-408.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988. 292p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 26 jan.2015.

BRASIL. Decreto n.º 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 jan.2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Tabelas CID-10 2014 e 2015**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: MS, 2001. Série A. Normas e manuais técnicos; n. 114. Série A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339/GM**, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Brasília, DF: MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento**. Área Técnica de Saúde dos Trabalhadores (COSAT). São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: MS, 2012.

BRUSCATO, W.L. et al. O trabalho em equipe multiprofissional. In: BRUSCATO, W.L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S.R.A. (Orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novos paradigmas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 33-42. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=plkploewiY0C&oi=fnd&pg=PA33&dq=equipe+multiprofissional+hospital&ots>>

=7qAepsQ8ms&sig=Pzd-h5L41-1gePPv46K_uZfvUDc#v=onepage&q=equipe%20multiprofissional%20hospital&f=false>. Acesso em: 01 dez. 2015.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.24, n.3, p. 325-332, jul./set. 2007.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES - CUT. **Convenção 158**. Para lutar é preciso conhecer. 2.ed. Brasília, DF: CUT, 2009. Disponível em: <http://www.cut.org.br/system/uploads/action_file_version/ffbaa1c114222c3bd56b159188a3e933/file/cartilha-20158-20web.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID 10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE - CNTS. **Ministérios assinam acordo pela saúde do trabalhador**. nº 96, maio, 2008.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout. In: CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília, DF: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação; Universidade de Brasília, 1999. p.237-254.

COSTA, D. et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.38, n. 127, p. 11-30, 2013.

FAZZANO, L.H.; MANSANO, S.R.V. Afeto e conhecimento: analisando algumas transformações no trabalho contemporâneo. **Rev. Psicol.** UNESP, n.1, p.25-35, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-62254>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

FRANÇA, F.M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.5, p.743-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/15.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

FRANCO, G.P. et al. Burnout em residentes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.1, p.12-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/02.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

GALINDO, R. H. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.2, p.420-7, 2012.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p.99-106, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27122.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

GLASBERG, J. et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical

oncologists. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.53, n. 1, p. 85-9, 2007.

GOMÉZ, M.N. et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. **Univ. Psychol. Bogotá** (Colombia), v. 4, n.1, p. 63-75, enero-junio, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v4n1/v4n1a09.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

GRISCI, C.L.I.; RODRIGUES, P.H. Trabalho imaterial e sofrimento psíquico: o pós-fordismo no jornalismo industrial. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n.2, p. 48-56, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a07v19n2.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

GUEDES; C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p.1093-1103, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

HENNINGTON, E.A. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 433-452.

JACQUES, C.C. Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST. Rio de Janeiro, 2009. 92f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2331/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jacques_Camila_Corr%C3%AAa.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2015.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n.2, p.192-7, 2009.

LIMA, R.A.S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciênc. Saúde Coletiva** v.18, n.4, p. 1051-1058, abr. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-674778>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

LIMA, S.M. Produção de conhecimento sobre a tríade saúde, trabalho e subjetividade. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 315-324.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MAGALHÃES, E. et al. Prevalência de síndrome de *burnout* entre os anestesiológicos do Distrito Federal. **Braz. J. Anesthesiol.**, v.65, n.2, p. 104-110, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709414001196>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

MAGALHÃES, R.A.C.; GLINA, D.M.R. Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, v.11, n.1/2, p.29-35, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/43921/0>>. Acesso em: 20 dez.

2014.

MARTINS, L.F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p. 4739-4750, 2014.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2010.

MATAMOROS, M.B. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. **Med. Leg. Costa Rica**, v.13/14, n.2, p.1-2, nov. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017>. Acesso em: 12 jan. 2016.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Publ.**, S. Paulo, v.25, n. 5, p. 341-9, 1991. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2014.

MENEZHINI, F; PAZ, A.A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.2, p. 225-33, 2011.

MERLO, A.R.C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 369-383.

MINAYO GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.38, n.127, p. 11-30, 2013b.

MINAYO GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. IN: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013a. p. 23-34.

MIQUILIN, I. O. C. et al. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1392-1406, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n7/13.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

MOREIRA, D.S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1559-1568, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf>>. Acesso em: 20 dez.2014.

MORENO, F.N. et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.140-5, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a23.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

MOTA, C.M.; DOSEA, G.S.; NUNES, P.S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.12, Dec. 2014.

NORO, N.T.T. **Síndrome de burnout entre trabalhadores de um hospital geral**. Porto Alegre, RS, 2004. 74f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção com ênfase em ergonomia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia, Porto Alegre, 2004..

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). C187 - **Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo**, 2006 (núm. 187). Disponível em:
<http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C187>. Acesso em: 17 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de DOENÇAS e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, 2008. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 14 nov. 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11 – 31, 2011. Série Saúde no Brasil, 1.

PENA, P.G.L. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENNA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.p.411-432.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, 2002. p. 111-124. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v16n1.pdf#page=107>. Acesso em: 03 dez. 2015.

SANT'ANNA, S. L. A cosmovisão dialética-materialista da história (introdução). In: MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2010. p. 11-31.

SANTOS, A. F. Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 201-207, abr. 2014.

SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador no SUS.: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENNA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.p.87-105.

SANTOS, P.G.; PASSOS, J.P. A síndrome de burnout e seus fatores desencadeantes em enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental** Online 2009. set/dez. 1(2): 235-241.

SANTOS, P.G.O. **Estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS)**. Rio de Janeiro, 2010, 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2010/priscila-grangeia-dos-santos>>. Acesso em: 01 jan.2015.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface** -

Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SEIDL, E. M.F. et al. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17, n.3, p.225-23, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SILVA, E.S. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVEIRA, A.M. A participação dos trabalhadores na redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2007, V.2, p.1817-1833.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR NO ESTADO DO PARÁ - SINDTIFES. **Trabalhadores do Hospital Barros Barreto denunciarão demissões e precarização em audiência pública**. 14 jul. 2015. Disponível em: <http://www.sindtif.es.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1044:trabalhadores-do-hospital-barros-barreto-denunciarao-demissoes-e-precarizacao-em-audiencia-publica&catid=1:latest-news&Itemid=49>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SODRÉ, F. O trabalho e as redes. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA,P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.297-314.

TELLES, S.H.; PIMENTA, A.M.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.3, p.467-478, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29616/31484>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

TENA, P. S. et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. **MEDIFAM**, v. 12, n.10, p.613-619, 2002. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original1.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

TIRONI, M.O.S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.55, n.6, p. 656-6. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/09.pdf>>. Aceso em: 28 jul. 2015.

TRINDADE, L.L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.5, p. 684-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/16.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

TUCUNDUVA, L.T.C.M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.2, p.108-12, 2006.

VASCONCELLOS, L.C.F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v..38, n.128, p. 179-198, 2013.

VASCONCELLOS; L.C.F.; MACHADO, J.M.H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: MINAYO GOMEZ, C.;

MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.37-65.

VIANA, M.T. Trabalhando sem medo: alguns argumentos em defesa da Convenção n°. 158 da OIT. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.235-246, jul./dez.2007. Disponível em: <http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/rev_76/Marcio_Viana.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

APÊNDICE A

PROTOCOLO PARA A INVESTIGAÇÃO SOBRE BURNOUT

Objetivo:

Este trabalho é desenvolvido com o fim de obtenção de levantamento estatístico dos níveis de burnout entre trabalhadores de um hospital universitário e embasam a dissertação de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, do aluno Fábio G B Pantoja.

1- Sexo: Masculino Feminino

2 - Seu vínculo de trabalho:

UFPA FADESP outro: _____

3- Idade: _____ anos.

4- Grau de escolaridade:

graduação pós graduação pós graduação stricto sensu

5- Estado civil: solteiro casado/união estável separado viúvo

6- Trabalha neste hospital desde (Mês/Ano): ____ / ____ / ____.

7 - Sua renda bruta em salários mínimos (S.M.): _____ S.M.
(Salário mínimo: R\$ 788,00)

8 - Profissão:

assistente social nutricionista terapeuta ocupacional
 farmacêutico(a) odontólogo(a) fonoaudiólogo
 fisioterapeuta psicólogo(a) médico(a)
 enfermeiro(a)

9- Sua jornada de trabalho diária neste hospital é: _____ horas.

10- Você procura um profissional de saúde:

Sempre que sente necessidade Não procura

11 - Pratica exercícios físicos com regularidade:

Sim Não

12- Possui filhos:

Sim Não

13 - Sente a profissão menos interessante do que quando começou:

Sim Não

14- Já pensou mudar de profissão:

Sim Não

15- Você reside em: Belém Outro município.

16 - Você se desloca para o trabalho por:
 Condução própria Transporte público

17- Tem outra atividade remunerada:
 Sim Não

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr(a) para participar da Pesquisa Avaliação da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém (Pa). O trabalho é desenvolvido pelo mestrando Fábio Gian Braga Pantoja, orientado pelo professor Dr. Marcos Valério Santos da Silva, sendo um dos requisitos para a titulação de Mestre em saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia.

O estudo pretende identificar quais os elementos que caracterizam a síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém-Pa.

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.

Caso o Sr (a) aceite participar, estará contribuindo para conhecermos melhor a saúde dos trabalhadores dos hospitais universitários de nossa região e, conseqüentemente, servir como fonte de futuras políticas de promoção em saúde do trabalhador.

Sua participação no estudo ocorrerá em um único momento e será através do auto preenchimento de dois formulários que conterão perguntas que visem atender aos objetivos do estudo. Após o preenchimento, o Sr(a) deverá devolver os formulários ao pesquisador.

Mínimos são os riscos neste estudo. Porém, é possível que ocorram sentimentos que lhe incomodem no momento da leitura ou das respostas sobre esgotamento profissional, podendo ocasionar sentimentos de tristeza que não lhe era evidente.

Quanto aos benefícios, você terá a possibilidade de, caso perceba sintomas de esgotamento profissional, procurar atendimento adequado nos serviços de assistência a saúde.

Porém, se depois de consentir em sua participação o Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua 28 de Setembro, 1210 - Reduto, Belém, Pará, ou pelo telefone (91) 99614-1317, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), localizado no Complexo de Sala de Aula/ICS, Sala 14, Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110. Belém, Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.

Consentimento Pós-Infirmação

Eu,....., fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, concordo em participar do referido estudo e estou ciente de que poderei desistir quando desejar, informando o pesquisador. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C

CARTILHA SÍNDROME DE BURNOUT

O que é a síndrome de burnout (SB)?

Também conhecida como *sensação de estar acabado* ou *síndrome do esgotamento profissional* é uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. O trabalhador pode vir a perder o sentido de sua relação com o trabalho, parecendo inútil qualquer esforço. O antigo envolvimento afetivo que o trabalhador apresentava com seus clientes e pacientes se desgasta.

Entre os sintomas aparecem sentimentos de desgaste emocional, esvaziamento afetivo, afastamento demasiado do público que deveria receber os serviços ou cuidados e sensação de diminuição de competência no trabalho.

Quais os grupos mais vulneráveis?

Todo trabalhador pode vir a apresentar sintomas da doença. A literatura especializada aponta que algumas categorias profissionais são mais suscetíveis a desenvolver SB. Entre as mais citadas aparecem profissionais da área da saúde e professores. No caso do pessoal da área da saúde a explicação é o contato frequente com pacientes em situações de sofrimento que levam ao estresse e ao sofrimento do próprio profissional, além de questões sócio-econômicas como reestruturações produtivas no setor da saúde, jornada de trabalho excessiva, sobrecarga de trabalho, entre outros.

Como saber se estou com SB?

No Brasil, a SB é contemplada na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde e recebe o código Z73.0 na classificação oficial sendo seu diagnóstico realizado por médico perito. Caso você apresente os sintomas, procure ajuda especializada de natureza médico-psicológica, descrevendo o que está sentindo, além de descrever também suas atividades laborais, bem como as características de seu ambiente de trabalho. A partir disso, procure os órgãos de proteção do trabalhador como o Ministério Público do Trabalho e o sindicato de sua categoria para relatar a situação.

Como é o tratamento?

Envolve psicoterapia, tratamento farmacoterápico e intervenções psicossociais, dependendo, cada um desses tratamentos, da gravidade de cada situação. A psicoterapia está indicada mesmo quando são prescritos psicofármacos, além de que o paciente encontra-se fragilizado e necessitando de suporte emocional. É dever do médico avaliar a indicação de afastamento do trabalho por meio de licença para tratamento de forma criteriosa, respeitando a situação clínica do trabalhador. A equipe de saúde deve estar apta para orientar detalhadamente o paciente e familiares quanto aos seus direitos previdenciários e trabalhistas, além de atenção especial na emissão de Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), laudos e atestados.

É possível prevenir a SB?

É possível embora seja uma questão complexa pois depende da ação de vários sujeitos envolvidos. O trabalhador pode buscar maior convívio familiar, falar de seus sentimentos em relação ao trabalho com seus familiares e colegas e aproveitar o tempo livre para atividades sadias que lhe seja prazerosa. Todavia, estratégias coletivas tendem a ser mais eficientes. Como a SB está relacionada ao mundo do trabalho, é importante denunciar os casos de doença ou de suspeitas ao Ministério Público do Trabalho e a Secretaria Regional do Trabalho e Emprego; participar de assembleia de seus sindicatos e associações, estimulando e discutindo com os demais trabalhadores mecanismos de combate a exploração do trabalhador, além de dinamizar informações sobre a doença.

Referências

BATISTA, J. B. V.; CARLOTTO, M. S.; COUTINHO, A. S.; AUGUSTO, L. G. da S. Síndrome de Burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.3 pp. 429-435, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: MS, 2001. Série A. Normas e manuais técnicos; n. 114.

ANEXO A

MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

A seguir, há 22 afirmativas relacionadas com o sentimento em relação ao trabalho. Por favor, leia com atenção cada uma das afirmativas e decida se você já se sentiu deste modo em seu trabalho.

Instruções:

Se você nunca teve estes sentimentos, escreva um “0” (zero) no espaço antes da afirmativa.

Se você já teve este sentimento, indique com que frequência você o sente, escrevendo o número (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

Um exemplo é mostrado abaixo:

Exemplo

	0	1	2	3	4	5	6
Frequência	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

Frequência Afirmativa:
0 - 6

I. _____ Sinto-me deprimido no trabalho.

Se você nunca se sentiu deprimido no trabalho, escreva o número “0” (zero) na coluna ao lado “Frequência”. Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes em um ano ou menos), você pode escrever o número “1”. Se seus sentimentos são bastante frequentes (poucas vezes na semana, mas não diariamente) você deve assinalar o número “5”.

Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)

	0	1	2	3	4	5	6
Frequência	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

Frequência**0 – 6****Afirmativas**

- 1).....Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.
- 2).....Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.
- 3).....Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.
- 4).....Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.
- 5).....Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.
- 6).....Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.
- 7).....Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.
- 8).....Sinto que meu trabalho está me desgastando.
- 9).....Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.
- 10).....Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.
- 11).....Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.
- 12).....Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.
- 13).....Sinto-me frustrado com meu trabalho.
- 14).....Sinto que estou trabalhando demais.
- 15).....Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
- 16).....Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.
- 17).....Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.
- 18).....Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.
- 19).....Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.
- 20).....Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.
- 21).....No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.
- 22).....Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.