

IVANI GENGHINI NICOLETTI



**UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO**

**ESTUDO DE EVIDÊNCIA DE VALIDADE PARA O
*MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI HSS)***

ITATIBA

2011

IVANI GENGHINI NICOLETTI

**ESTUDO DE EVIDÊNCIA DE VALIDADE PARA O
*MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI HSS)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Cláudio Garcia Capitão

**ITATIBA
2011**

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho em especial à minha neta Luisa que durante essa jornada foi o sorriso mais doce e terno, alegrando-me nos dias escuros, fazendo com que o brilho do sol e o azul do céu surgissem e tornassem os momentos pesados e escuros um pouco mais suaves. Aos meus sobrinhos, Gabriela e Nicolas, que nasceram na metade dessa jornada, e ainda não consegui dedicar a eles a atenção e o carinho que merecem.

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

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me concedeu o Dom da Vida e me permitiu ter saúde, coragem, resignação e persistência para terminar essa etapa tão importante de minha vida. Foi para mim um grande desafio a construção desse trabalho, em face às atividades cotidianas durante esse tempo.

À minha família, pela paciência, apoio e dedicação durante esse período.

Agradeço ao meu querido esposo Luis Tadeu pela compreensão e pelo suporte dados nos momentos difíceis e pelo incentivo para que eu continuasse - muito obrigada, com todo o meu amor.

Aos meus filhos, Carolina e Luis Tadeu, que sempre me incentivaram, mesmo que muitas vezes tivéssemos que deixar de estar juntos e aproveitar nossos momentos em família, tiveram paciência e me deram o carinho e o apoio para prosseguir nessa jornada por meio do amor e do incentivo.

Agradeço à minha mãe, Agenora que sempre se mostrou ao meu lado, e me incentivou a prosseguir nessa caminhada dizendo que no final tudo daria certo.

Agradeço também ao meu padrasto Lázaro pelo apoio e incentivo desde o início.

Agradeço imensamente ao meu genro Norton pelas sugestões, por ter lido diversas vezes o meu trabalho, e por ter me ajudado a compor o meu banco de dados, sua ajuda foi muito importante.

Agradeço à minha sogra, Nacyr pela ajuda prestada em minha casa e pelo incentivo durante essa jornada.

Agradeço à grande amiga Mayra que conheci no início do mestrado pela grande ajuda, apoio e incentivo, que nos momentos difíceis de crítica nunca me deixou desanimar -

a você, o meu muito obrigado, nunca me esquecerei de uma pessoa tão maravilhosa e incentivadora como você.

Ao meu orientador Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão pela preocupação e persistência que muitas vezes por meio de palavras fortes me fez crescer e melhorar, pela dedicação ao meu crescimento como pessoa o meu muito obrigado.

Não poderia deixar de agradecer aos professores que fizeram parte da minha vida durante esses dois anos em especial às Professoras Ana Paula, Acácia e Claudete pelo apoio e carinho e pela forma que muitas vezes suavizaram as minhas angústias, porém de forma ativa e determinada e assim contribuíram para o meu conhecimento e crescimento.

Ao professor Makilim Nunes Baptista pelas sugestões feitas à minha qualificação de forma tão descontraída. Agradeço, enfim, a todos os professores e funcionários da Universidade que direta ou indiretamente fizeram parte dessa construção de saber, meus agradecimentos a todos.

Aos colegas de mestrado, obrigada pelo acolhimento, pela ajuda prestada e pela oportunidade de compartilhar momentos tão agradáveis.

Aos diretores, amigos e colegas dos Hospitais em que realizei a pesquisa, em especial aos colegas enfermeiros que me apoiaram e permitiram que esse estudo acontecesse. A todos vocês os meus agradecimentos.

RESUMO

Nicoletti, I. G. (2011). Estudo de Evidência e Validade para o Maslach *Burnout Inventory* (MBI). Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

A sensação de impotência no ambiente de trabalho, associada a sintomas como Exaustão Emocional, Despersonalização e Insatisfação no trabalho são aspectos que permitem discriminar o *burnout* da depressão. Enquanto que a depressão abrange todos os aspectos da vida do indivíduo, a pessoa com *burnout* apresenta-se sem as energias suficientes exigidas pelo trabalho devido à sobrecarga de atividades. No entanto alguns aspectos desses construtos podem estar associados. O objetivo principal deste estudo foi buscar evidências de validade para os *Maslach Burnout Inventory* (MBI), com base na relação com outras variáveis, correlacionando suas dimensões com a Escala de Depressão (EDEP) em uma amostra de profissionais de enfermagem. Também foram buscadas diferenças por eixos de cuidado, número de filhos, cargos, estado civil, experiência profissional, mais de um vínculo empregatício. A amostra foi constituída por 48 enfermeiros, 32 técnicos e 126 auxiliares de enfermagem de 2 hospitais no interior do estado de São Paulo, a maioria composta por mulheres. Foram utilizados os instrumentos Maslach *Burnout Inventory* (MBI) e Escala de depressão (EDEP), além de um Questionário Sociodemográfico (QSD) para caracterização da amostra. Os resultados observados apontaram para correlações significativas entre EDEP e Exaustão Emocional e entre EDEP e MBI total. A correlação encontrada entre EDEP e realização profissional foi negativa, uma vez que essa dimensão do *burnout* é invertida. Também foi encontrada diferença com relação ao eixo de cuidado, segundo a qual profissionais do eixo cirúrgico tiveram maior pontuação do que o grupo do eixo clínico para despersonalização e MBI total. Em relação à EDEP, houve também uma pequena diferença entre esses grupos, ainda que não estatisticamente significativa. Na comparação dos participantes que possuem ou não filhos, foram obtidas diferenças apenas para EDEP. Nesse caso, os participantes com filhos apresentaram maior nível de depressão, quando comparados ao grupo dos que não tinham filhos. Por fim, ao comparar o grupo de participantes com relação à variável qualidade do sono, apenas um resultado marginal foi encontrado para a EDEP, de modo que os pesquisados que dormem mal obtiveram maiores escores de depressão, se comparados aos que dormem normalmente. Estes resultados são condizentes aos encontrados na literatura pesquisada. Com efeito, os resultados obtidos qualificam e dão validade para o MBI, de forma que foi respondido o principal delineamento dessa pesquisa, concluindo que existe correlação entre a síndrome de *burnout* e a depressão. Entretanto sugerimos que outros estudos sejam aplicados com outros grupos de profissionais, com amostras maiores e locais diversificados como em centros de saúde, clínicas e consultórios; locais em que haja muita exigência dos profissionais, e a atuação implique em atender e cuidar do outro.

Palavras-chave: Correlação; *Burnout*; Depressão; Enfermagem

ABSTRACT

Nicoletti, I. G. (2011). Evidence and Validity Study for the Maslach Burnout Inventory (MBI). Master's Thesis, Program of Post Graduation *stricto sensu* in Psychology, University of St. Francis, Itatiba.

Feelings of impotence in the working environment, associated with symptoms like Emotional Exhaustion, Depersonalization and Reduced Personal Accomplishment, are aspects that can be used to distinguish burnout from depression. While depression covers all aspects of an individual's life, people affected by burnout turn out to lack the energy necessary to carry out their work, given the overload of activities. Still, some aspects of both constructs can be correlated. This study aimed at looking for evidence to validate the Maslach Burnout Inventory (MBI), based on its relation to other variables, correlating its dimensions with EDEP (Depression Scale) within a sample of nursing professionals. Differences were also sought according to the participants' working area, number of children, working position, marital status, professional experience and multiplicity of jobs. The sample constituted 48 nurses, 32 technicians and 126 nursing assistants, from two hospitals in the countryside of the state of São Paulo, the majority of them being women. Instruments used in this study were the Maslach *Burnout* Inventory (MBI) and the Depression Scale (EDEP), along with a socio-demographic questionnaire (QSD) to characterize the sample. Observed results pointed towards significant correlations between EDEP and Emotional Exhaustion and between EDEP and MBI. The correlation found between EDEP and personal accomplishment was negative, since this is an inverted burnout dimension. Differences were also found according to the participants' working area, to the extent that professionals in the surgical area scored higher than those in the clinical area on depersonalization and overall MBI. As for EDEP, it was also found a small difference between these groups, although not statistically significant. When comparing participants with and without children, differences were observed only for EDEP. In this case, participants with children presented higher levels of depression, when compared to their counterparts without children. Finally, by comparing participants regarding to their quality of sleep it was found but a marginal result for EDEP, whereby people with a bad sleep quality presented higher depression levels than those with a normal sleep quality. These results are in line with those found in the related literature. As a matter of fact, such results qualify and validate MBI, thereby fulfilling this research's main requirement, by concluding there to be a correlation between burnout and depression. Still, it is strongly suggested that further studies are carried out with other groups of professionals, higher sample sizes and different working places, such as health centers and clinics, places where professionals face heavy demands, and where acting implies serving and taking care of others.

keywords: Correlation, *Burnout*: Depression; Nurse.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
Introdução.....	1
Capítulo 1. Estresse.....	9
1.1. Estresse no trabalho.....	13
Capítulo 2. <i>Burnout</i>.....	18
Capítulo 3. Depressão.....	33
3.1. Depressão e sua relação com o <i>burnout</i>.....	37
4. Objetivos.....	43
5. Método.....	44
5.1. Participantes.....	44
5.2. Instrumentos.....	45
5.3. Procedimento.....	50
6. Resultados.....	52
6.1. Análise descritiva dos dados.....	52
6.2. Análise inferencial dos dados.....	54
Considerações finais.....	69
Referências.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas descritivas dos escores dos instrumentos (EDEP e MBI) respondidos pelos participantes.....	54
Tabela 2. <i>Correlação de Pearson</i> entre a EDEP e o MBI e suas dimensões.....	55
Tabela 3. Análise de Variância entre grupos de cargos dos profissionais de acordo com as pontuações dos instrumentos EDEP e MBI e suas dimensões.....	56
Tabela 4. Teste <i>t de Student</i> entre os grupos de situação conjugal de acordo com os instrumentos respondidos.....	57
Tabela 5. Teste <i>t de Student</i> para comparar os grupos por sexo de acordo com os instrumentos respondidos pelos participantes.....	58
Tabela 6. Análise de Variância para comparar grupos de participantes por eixo de cuidados de acordo com os instrumentos respondidos.....	59
Tabela 7. Prova <i>Tukey</i> entre os setores de atuação de acordo com os escores obtidos nos instrumentos respondidos.....	60
Tabela 8. <i>Correlação de Pearson</i> para comparar Tempo de Trabalho entre as dimensões do MBI e EDEP.....	62
Tabela 9. Teste <i>t de Student</i> Análise de diferenças da experiência profissional dos participantes.....	63
Tabela 10. Teste <i>t de Student</i> entre os participantes que possuem e os que não possuem mais de uma atividade profissional de acordo com os instrumentos respondidos	64

Tabela 11. Correlação entre tempo de Férias, EDEP e MBI e suas dimensões.....	65
Tabela 12. <i>Teste t de Student</i> em grupos de participantes que dormem ou não normalmente de acordo com os instrumentos respondidos.....	66
Tabela 13. <i>Análise de Variância</i> entre grupos de diferentes escolaridades de acordo com os instrumentos respondidos.....	67
Tabela 14. <i>Teste t de Student</i> entre os hospitais estudados de acordo com os instrumentos respondidos pelos participantes.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS

APA - *American Psychological Association*

BDI - *Beck's Depression Inventory*

CISS - **Inventário de enfrentamento para situação estressante**

CID - **Código Internacional de Doença**

EDEP - **Escala de depressão**

EPQ - *Eysenck Personality Questionnaire*

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HSS - *Human Services Survey*

IBDQ - *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

IPSF - **Inventário de Percepção e Suporte Familiar**

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

OMS - **Organização Mundial de Saúde**

OPAS - **Organização Panamericana de Saúde.**

SOC - *Sense of Coherence Questionnaire*

SPS - *Stress percebido subjetivamente*

TAS - **Escala de Alexitimia de Toronto**

TCLE - **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

ZDS - *Zung Depression Scale*

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	80
Anexo II. Questionário sociodemográfico (QSD).....	82

INTRODUÇÃO

O trabalho representa um papel central na vida das pessoas e na forma como as sociedades se desenvolvem, uma vez que é por meio do trabalho que o homem se auto-produz e desenvolve suas habilidades e imaginação, aprende a conhecer as forças da natureza e a desafiá-las, bem como conhecer suas próprias forças e limitações, mudando a sua visão em relação ao mundo e a si próprio. Assim, o trabalho contribui para a construção e a alteração do mundo do qual faz parte (Borges-Andrade, 2004; Borges & Yamamoto, 2004; Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2004), sendo entendido como uma dupla relação de modificações entre o homem e a natureza, que se faz presente desde as sociedades primitivas até as sociedades industrializadas e informatizadas dos dias atuais (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

O homem percebe sua vida como um projeto por meio da concretização e do produto do seu trabalho, podendo reconhecer sua condição e seu universo, materializando e expressando sua dependência e seu poder sobre a natureza, produzindo os recursos materiais, culturais e institucionais que constituem o seu ambiente, e desenvolvendo sua forma de viver (Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2004). Dessa maneira, o trabalho pode ser definido como uma forma de o trabalhador afirmar sua identidade, por meio de atribuições individuais que estão inseridas na realização de suas atividades, a tal ponto que muitos desempregados, por não contribuírem de alguma forma para o mundo do trabalho, podem até adoecer (Dejours, 1997).

O trabalho possui também um aspecto mais favorável, anunciando que, apesar dos resultados nocivos da evolução contemporânea da organização do trabalho, ainda pode ser fonte de prazer e de estruturação do ser humano. Embora fonte de prazer, a organização do

trabalho apresenta-se também como uma causa de sofrimento, podendo levar ao adoecimento, ocorrendo naqueles indivíduos com uma pobre canalização das defesas psíquicas, ou seja, nos indivíduos com um ego debilitado e frágil (Dejours, 1997).

Pode-se perceber que um trabalhador que esteja satisfeito com o seu trabalho venha a tornar-se uma pessoa com mais possibilidades de ser um cidadão integrado à sociedade, à sua família, além de apresentar maior qualidade de vida e de bem-estar físico e mental, de forma que vínculos saudáveis no ambiente de trabalho possam sustentar uma vida saudável tanto familiar como social (Zanelli, Borges-Andrade & Bastos; 2004). A qualidade de vida dos trabalhadores depende, contudo, de como as organizações funcionam. Nas organizações de trabalho são desenvolvidos estudos por meio da Psicologia Organizacional e do Trabalho sobre as condições de trabalho e sua influência sobre a afetividade do trabalhador, levando em consideração as condições físicas, temporais e sociais. Os estudiosos não só se preocupam com condições satisfatórias ou insatisfatórias de trabalho, mas também em elaborar teorias que possam explicar o funcionamento psicossocial do trabalhador (Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2004).

A satisfação no trabalho, por sua vez, decorre da adequação do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico em relação à tarefa. Quando uma pessoa esgota as possibilidades de atender a essas duas demandas no exercício de sua função, cabe considerar que está diante da necessidade de um esforço extra que gera um cansaço excessivo, o início de um sofrimento intenso que pode resultar em algum tipo de adoecimento. Assim, nos vemos diante de uma intensa carga de trabalho, conforme denomina Dejours (1994). Mais que isso, o significado que o trabalho apresenta ao longo da história tem mostrado diferenças muito importantes entre as diversas épocas e sociedades (Peiró, Prieto & Roe, 1996). Essas mudanças, em conjunto com as pressões exercidas sobre os profissionais por parte de muitas instituições, levaram os trabalhadores a uma situação de insatisfação, fadiga e

desmotivação, podendo esses virem a apresentar um quadro de esgotamento emocional, distanciamento afetivo e tratamento despersonalizado, além de sentimentos de insatisfação pessoal denominado *burnout*.

De fato, o desgaste físico e emocional relacionado ao trabalho nos dias atuais é tal que pode até ser apontado como uma epidemia entre os trabalhadores nas diversas profissões (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999). Nesse sentido, as exigências impostas pelo estilo da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas têm colaborado para um consumo de energia física e mental cada vez maior por parte do trabalhador, diminuindo o seu compromisso e a sua dedicação, e fazendo com que ele não acredite nas suas possibilidades de conquista e ascensão profissional (Cooper, 2005; Grazziano, 2008; Maslach & Leiter, 1999; Peres, Santos & Carvalho, 2003). Além disso, devido à maior complexidade exigida pelos cargos assumidos, existe um aumento na demanda por pessoas mais qualificadas e aptas a desenvolver as tarefas necessárias. Essa demanda, por sua vez, acarreta mudanças na forma de organização do trabalho, bem como em sua relação com o ser humano que, inserido nesse contexto, está sujeito a sofrer variações que podem vir a afetar sua produção (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005; Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002).

As razões para tais mudanças estão associadas a várias causas, desde a economia mundial, que exige reestruturação nas organizações, levando à diminuição do número de trabalhadores e a um aumento na carga de trabalho, além de gerar também uma situação de insegurança pela instabilidade no emprego (Cooper, 2005; Grazziano, 2008; Kanter, 1997; Maslach & Leiter, 1999), até o surgimento de novas tecnologias e a necessidade de capacitação permanente, tornando o ambiente de trabalho um campo fértil para o aparecimento do desgaste físico, emocional e do estresse (Menzani & Bianchi, 2009). Desse modo, conhecer a saúde física e mental dos trabalhadores, seu adoecer, as relações

entre as doenças, os agravos psicossomáticos e certas características do trabalho tem sido importante tarefa nos tempos atuais, uma vez que todas as transformações ocorridas em relação ao trabalho podem ter impacto na saúde e também no estado psíquico do trabalhador, bem como em suas relações interpessoais (Lautert, Chaves & Moura, 1999).

Outro fator importante para o desgaste físico e emocional dos trabalhadores é o contato com pessoas, especialmente em profissões em que há uma relação de ajuda constante e direta com outras pessoas, sendo a área de saúde um caso paradigmático (Truco, Valenzuela & Trucco, 1999). Nesse sentido, dentre as profissões relacionadas à saúde, a enfermagem é merecedora de atenção por ser considerada uma profissão de alto contato, uma vez que mantém uma relação de ajuda constante e direta com outras pessoas, além de estar ligada a longas jornadas de trabalho, em locais predispostos à geração de conflitos (Mallar & Capitão, 2004; Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009; Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005; Rosa & Carlotto, 2005; Stacciarini & Tróccoli, 2001; Trigo, Teng & Hallak, 2007). No Brasil, a enfermagem é uma categoria com aproximadamente 1,5 milhão de profissionais, sendo composta por 44% de técnicos de enfermagem (nível médio), 41% de auxiliares de enfermagem (nível fundamental), e, em menor proporção, 15% de enfermeiros, chefiando a equipe de enfermagem (COFEN, 2010). Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional de nível superior responsável inicialmente pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, preparado para atuar em todas as áreas da saúde, tanto assistencial como administrativa e gerencial.

Dentre os principais motivos para a enfermagem ser considerada uma profissão cujas atividades estão entre as mais geradoras de estresse, destaca-se o fato de, no Brasil, o maior número de trabalhadores da profissão atuarem em hospitais, o que exige dos profissionais experiência e maturidade que permitam enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente envolvendo implicações éticas e morais (Benevides-Pereira, 2002; Rosa &

Carlotto, 2005). Além disso, o ambiente hospitalar configura também um local de alto nível de tensão, por estar aliado à excessiva carga de trabalho devida a situações limites. A própria organização do serviço hospitalar, por sua vez, é determinada por uma união dos serviços com pessoal especializado para cumprir as tarefas que as caracterizam. Assim, a enfermagem representa a maior força de trabalho, exercendo atividades que requerem atenção constante, pois caso aconteça algum tipo de intercorrência que envolva tanto o aspecto assistencial como o administrativo, a situação deve ser solucionada imediatamente.

Juntamente com esses agentes estressantes, atuam também o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição a riscos químicos, físicos e biológicos, assim como o contato constante com o sofrimento, a dor e, muitas vezes, a morte (Rosa & Carlotto, 2005). Ainda nesse sentido, o contato direto da equipe de enfermagem com pessoas que apresentam doenças crônicas, traumas agudos e enfermidades terminais, grave risco de morte ou complexidade de alguns procedimentos, além da responsabilidade muitas vezes envolvendo a manutenção da vida de outrem, torna mais evidente esse problema, uma vez que pacientes em estado grave compartilham com o enfermeiro a angústia, a dor, a depressão e o medo de padecerem (Benevides- Pereira, 2002).

Além disso, outros fatores apontados como preocupantes em profissionais de enfermagem são a falta de participação nas decisões, os conflitos, a ambigüidade dos papéis, o trabalho em plantões (principalmente os noturnos), o rodízio de horários, a escassez de recursos, a falta de treinamento frente às novas tecnologias, as alterações de regras constantes, o grande número de horas extras e a tensão no ambiente de trabalho. Assim, aspectos da atuação desse profissional podem fazer dessa atividade uma ocupação vulnerável ao estresse (Albaladejo & cols., 2004; Benevides-Pereira, 2002; Stacciarini & Tróccoli, 2001).

Segundo Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), o estilo de vida frenético do profissional de enfermagem decorre muitas vezes de necessidades financeiras e manutenção de um padrão social, fazendo com que o trabalhador estabeleça para si um ritmo rigoroso de atividades envolvendo os vínculos empregatícios e a vida doméstica, propiciando, dessa forma, o estresse. Soma-se a isso o fato desses profissionais trabalharem em situações adversas impostas pela profissão, o que impinge grande demanda de atividades variadas em turnos diferentes, podendo afetar o desempenho físico, além de gerar distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos e gastrintestinais, como comentam (Murofuse, (2004) ; Lautert, 1995). Esses problemas, por sua vez, tornam-se mais evidentes na medida em que há contato direto com os pacientes. Nesses profissionais, parte da fadiga que os acomete pode ser atribuída também à necessidade de negar permanentemente as emoções, para que possam adquirir a objetividade necessária, sendo que a repressão das emoções é um dos principais provocadores do esgotamento.

Para Lipp (2000) os sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência estão no nível físico, como aumento da sudorese, sensação de nó no estômago, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, mãos e pés frios e náuseas. Em termos psicológicos, vários sintomas podem ocorrer, como ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, inabilidade de se concentrar em outros assuntos que não o relacionado ao estressor, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva. Muitas vezes, inclusive, o profissional não consegue realizar aquilo que lhe compete, devido principalmente à quantidade enorme de tarefas, que obrigatória e cotidianamente deve executar em tempo útil. Por fim, merece atenção também o fato de os enfermeiros estarem envolvidos no seu tempo com uma multiplicidade de tarefas e atividades polivalentes, dada à burocracia que impera nos serviços de saúde, principalmente

nos serviços públicos, fazendo com que esses profissionais tendam a ser constantemente dominados por uma sensação de ambivalência (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005; Spíndola & Martins, 2007). A carga psíquica aumenta quando o profissional percebe que o seu trabalho não é valorizado, trabalhando de forma mecânica, situação em que ocorre o desgaste tanto físico como emocional, provocando sensações de medo, angústias, incertezas e falta de perspectivas. Assim, ele não consegue manter sua energia física e mental para um bom desempenho no trabalho e, com isso, o sofrimento psíquico começa a se manifestar, fazendo com que haja um maior gasto de energia psíquica do que o organismo está apto a produzir, o que pode levá-lo ao distanciamento do seu ideal profissional (Dejours, 1994).

Diante da relevância da influência de problemas como *burnout* e depressão no ambiente de trabalho, e percebendo também que ainda são relativamente escassas as pesquisas nacionais que possam contemplar essa temática, a reversão desse cenário é essencial para que, com base em evidências científicas, esses fenômenos possam ser quem sabe correlacionados. Nesse sentido, e com intuito de ajudar a preencher esse espaço, a presente pesquisa envolveu a realização de estudos que correlacionaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e a escala de depressão (EDEP), tendo como foco principal o primeiro construto. Entende-se que os resultados encontrados podem contribuir para o avanço do conhecimento científico, além de servir de incentivo para novas pesquisas, ajudando, assim, a suprir a atual carência nessa área.

O restante do trabalho está organizado como segue: o capítulo 1 abordará inicialmente um panorama sobre estresse em geral, definindo-o e descrevendo os tipos de estressores, as alterações sofridas pelo organismo, bem como suas possíveis complicações. Em seguida, será feita a explanação do estresse laboral em função da preocupação com a saúde mental do trabalhador, pelo impacto do ambiente de trabalho, mostrando as principais contribuições dos estudos realizados nessa área. Em seguida, no capítulo 2 será

feita uma abordagem sobre a síndrome do desgaste profissional, ou *burnout*, explicando o conceito, seus fatores de risco, dimensões e impacto para o trabalhador da saúde em ambiente hospitalar. Nessa seção também serão apresentados vários estudos nacionais e internacionais na área com os instrumentos usados no trabalho. No capítulo 3 será apresentada uma descrição sobre o conceito da depressão bem como a prevalência dessa doença, sendo também mostrados alguns estudos que correlacionam a depressão e o *burnout*. O item 4 refere-se aos objetivos e métodos utilizados para a elaboração desta dissertação, caracterizando as instituições estudadas, os procedimentos para coleta de dados e a metodologia para análise dos resultados. Por fim, as seções finais destinam-se à apresentação dos resultados à sua discussão, sendo então feitas as considerações finais deste estudo.

CAPÍTULO 1

Estresse

O estresse foi definido por Selye (1936 apud Lipp e Malagris, 2001) como um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para a adaptação, produzida por diversos agentes nocivos, tendo sido inicialmente denominado como “síndrome da adaptação geral”. Dessa forma o estresse é um processo temporário de adaptação que compõe um conjunto de modificações físicas e mentais, tendo como função ajustar a homeostase e assim melhorar a capacidade do indivíduo para garantir-lhe sobrevivência e sobrevida (Benevides-Pereira, 2002). Derivada do latim, a palavra estresse foi popularmente empregada no século XVII, tendo como significado fadiga, cansaço, aparecendo, a partir dos séculos XVIII e XIX, relacionado ao conceito de força, esforço e tensão (Lipp & Malagris, 2001).

O termo estresse obteve tamanha difusão que acabou por transformar-se praticamente em um sinônimo de qualquer espécie de alteração, em geral negativa, percebida ou sentida pelo indivíduo (Benevides-Pereira, 2002). Em sua pesquisa, Selye (1936) verificou que muitos indivíduos sofriam de várias doenças físicas, tendo em comum alguns sintomas, tais como pressão alta, falta de apetite, desânimo e fadiga. Esses sintomas ficaram conhecidos como a “síndrome do simplesmente estar doente”. Segundo Selye, as características do agente estressor podem ter diferentes aspectos, sendo que o que o norteia como agente estressor é a necessidade de adaptação que acarreta.

Dentre os estressores podemos citar os Estressores Físicos provenientes do ambiente externo, como ruídos, frio, calor intenso, acidentes, dor, fome, dentre outros, e os que interferem diretamente no corpo, como excesso de atividade física, alimentação inadequada ou utilização de drogas; Estressores Cognitivos, pontuados como ameaçadores à

integridade da pessoa (Lipp & Malagris, 2001), como a iminência ou a vivência de um assalto, envolvimento em uma discussão, disputa por um emprego, provas, dentre outros; e os Estressores Emocionais, relativos a sentimentos de perda, medo, raiva ou até acontecimentos como casamento, divórcio, mudança de cidade, casa, escola, dentre outros. Nessas situações, em que o componente afetivo mostra-se mais proeminente, presume-se que o mesmo agente estressor que pode ser positivo para uma pessoa, para outra pode ser percebido como negativo.

De acordo com Lipp (1996), cada pessoa reage ao estresse de forma diferente, pois cada um interpreta a realidade à sua maneira, de modo que o que pode ser ruim para um, pode ser um desafio para outro. Benevides-Pereira (2002) e Lipp & Rocha (1996), assinalam que isso ocorre devido a experiências anteriores, características de personalidade, predisposição genética e condições de vida, além de outros fatores que individualmente podem modular a reação do estresse. Lipp (2003) pontua também que, apesar de todas as alterações físicas, o estresse pode ser positivo, negativo ou ideal, dependendo do evento e da capacidade que a pessoa tem para interpretá-lo.

Para Lipp e Tanganelli (2002), o estresse pode ser definido como um conjunto de reações que o organismo apresenta diante de determinados acontecimentos, juntamente com os componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorre quando surge a necessidade de uma grande adaptação a um evento estressor, mas que será prejudicial se houver exposição prolongada ou uma predisposição do indivíduo a determinadas doenças, que podem ou não ser reais, internos ou externos, e que atuam como se fossem uma ameaça. Essas reações compreendem três fases, a saber: alarme, resistência e exaustão. A primeira delas é o Alarme, fase em que o organismo é exposto ao agente estressor, ativando o estado de alerta e ficando de prontidão para reagir ou fugir, chamada por Selye como reação de alarme à resposta inicial do quadro do estresse. Nessa fase, o organismo já pode

ter manifestações de sintomas como redução da libido, taquicardia, pressão no peito, extremidades frias, e comprometimento do raciocínio rápido e lógico.

Na fase do Alarme, definida como fase inicial, o estresse pode ser visto como positivo, em que o organismo produz adrenalina, que dá ânimo, bem como vigor e energia, fazendo com que o indivíduo produza mais e seja mais criativo. Contudo, esse mesmo indivíduo certamente não conseguirá ficar em alerta por muito tempo. Assim, entende-se que o estresse transforma-se em excesso quando dura demais. Com efeito, quando ocorre esse excesso, o indivíduo esgota suas possibilidades e ultrapassa seus limites, havendo assim diminuição da energia mental, ficando o organismo carente de nutrientes, e podendo assim haver redução da produtividade e da capacidade de trabalho, acarretando danos para a qualidade de vida do indivíduo e até mesmo seu adoecimento (Lipp, 2003; Malagris, 2003).

A fase da Resistência é a fase intermediária, na qual o organismo se mantém ativado, ainda que, se voltasse à situação inicial da fase do alerta, poderia livrar-se da exaustão. O organismo busca então resistir, alterando seus parâmetros de normalidade, concentrando a reação interna em um determinado órgão-alvo, e desencadeando assim a síndrome da adaptação. Os sintomas se diferenciam da primeira fase, sendo característicos da fase da Resistência, como medo, ansiedade, isolamento social, oscilação do apetite. Esses sintomas, no entanto, tendem a desaparecer. Já na fase da Exaustão, o organismo encontra-se extenuado e com alto consumo de energia, podendo ocorrer a falência do órgão mobilizado, falência essa que pode se manifestar sob a forma de doenças orgânicas.

Embora Selye tenha identificado três fases do estresse, posteriormente, foi proposto um modelo quadrifásico (Lipp, 2000), em que foi acrescentada outra fase do processo de estresse, denominada de quase-exaustão, por se encontrar entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não está

conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. Para a autora, as pessoas não entram em exaustão subitamente, portanto, é de supor a existência de um período de transição antes dessa fase. Apesar da presença dos sintomas, contudo, a pessoa consegue realizar suas tarefas da vida diária e profissional, com diferenças no rendimento. Nessa fase as doenças começam a surgir, porém ainda não são tão graves como na fase de exaustão (Lipp, 2003).

O estresse, quando se manifesta no indivíduo, pode desencadear várias doenças, e se não for tomada nenhuma medida para aliviar a tensão, a pessoa cada vez mais se sentirá exaurida, com falta de energia e depressiva. No organismo, muitos tipos de doenças podem se manifestar. Dependendo da herança genética do indivíduo, alguns poderão adquirir úlceras, outros poderão desenvolver hipertensão, outros ainda terão crises de pânico, de herpes e outras doenças. A partir daí, sem tratamento especializado em concordância com as características pessoais do indivíduo, há o risco de ocorrerem problemas graves, como enfarto, acidente vascular cerebral, dentre outros. Vale lembrar, contudo, que não é o estresse o causador dessas doenças, mas sim o agente que pode vir a propiciar o desencadeamento de doenças para as quais a pessoa já tinha predisposição por meio da redução da sua defesa imunológica e abrir espaço para o aparecimento de doenças oportunistas (Stacciarini & Tróccoli, 2001).

Embora o estresse possa apresentar aspectos positivos relacionados à manutenção da vida e das atividades cotidianas, sendo benéfico quando é um estímulo para mudança, crescimento e desempenho geral da pessoa, o processo de estresse elevado pode ocasionar doenças físicas e mentais, incluindo distúrbios psiquiátricos, endócrinos e inflamatórios (Benevides-Pereira, 2002; Gil Monte & Peiró, 1997; Molina, 1996; Rosa & Carlotto, 2005). Além disso, as fontes estressoras podem ser vistas por dois fatores importantes, como a vulnerabilidade física e emocional e as de estratégias e enfrentamento

pontuadas pelos esforços de gerenciar as demandas ambientais e internas durante um acontecimento estressante (Lipp, 2000).

Nem todos têm essa capacidade de enfrentar os agentes estressores, pois as pessoas são constituídas como únicas, com desejos diferentes, necessidades diferentes e com objetivos diferentes, no entanto, assemelham-se em muitos aspectos, mas apresentando resistências individuais em relação ao stress (Lipp, 1996). A mente e o corpo operam juntos para obter respostas adequadas e normalmente produzem sinais de alerta quando o stress é demasiado. No entanto, apesar de que o estresse, se bem compreendido e bem manejado servir de grande produtividade humana pelo fato de nos dar energia, ânimo e motivação, torna-se óbvio que a sua redução tanto em questão de intensidade quanto em duração seja imprescindível para evitar a queda total desta produtividade. O controle e a redução da predisposição ao desenvolvimento da reação do estresse por meio de medidas psicológicas que se baseiam na reestruturação cognitiva em benefício ao ser humano é tarefa que certamente vale a pena (Lipp, 1984; Lipp & Malagris, 1995).

1.1. Estresse no trabalho

O estresse Ocupacional pode ser definido como o conjunto de situações em que a pessoa percebe seu ambiente ocupacional como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional, ou à sua saúde física e mental, prejudicando sua interação com o trabalho e com o seu ambiente e à medida que as demandas vão aumentando, ela não possui os recursos adequados para enfrentá-las (Paschoal & Tamayo, 2008). Para Cooper (2005), o estresse ocupacional é um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como conseqüências

problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando não só o indivíduo como as organizações.

Para (Gil-Monte, 2005), o estresse ocupacional é o conjunto de fenômenos que se sucedem no organismo do trabalhador com a participação dos agentes estressantes lesivos derivados diretamente do trabalho ou por motivo deste, e que podem afetar a saúde do trabalhador, existindo desta forma a incapacidade de adaptação às situações. O estresse é um processo psicológico e a compreensão dos eventos estressantes é afetada por variáveis cognitivas; não é a situação nem a resposta da pessoa que define o estresse, mas a percepção do indivíduo sobre a situação. Devido à sua importância, esse tipo de estresse vem determinando os rumos da administração empresarial dos tempos modernos. Observa-se que a cada dia que passa aumentam as cobranças sobre o trabalhador, exigindo cada vez mais de sua competência. Diante de tantas obrigações um dia após o outro, fica difícil encontrar tempo para prestar atenção na saúde. O resultado desse amontoado de compromissos é o aparecimento do estresse que, em decorrência desse tipo de trabalho, pode impactar na maneira como o indivíduo se comporta socialmente, podendo torná-lo até agressivo (Zanelli, Borges–Andrade & Bastos, 2004).

A preocupação em estabelecer a articulação entre o estresse e o trabalho surgiu a partir da revolução industrial, enfocando a atribuição de causas das doenças à exposição do organismo aos agentes físicos, químicos ou biológicos, bem como o ambiente físico do trabalho (Seligmann, 1994). Na atualidade, observa-se que investigações nessa área têm se voltado para outros profissionais, como os da educação, saúde, esporte, profissionais liberais, entre outros (Lipp & Tanganelli, 2002; Pitta, 1991).

Ao longo do tempo, muitas pesquisas foram realizadas na área do trabalho, estudando as causas e as conseqüências do estresse. Tais esforços justificam-se, uma vez que em algum momento da vida qualquer pessoa pode sentir o efeito do estresse laboral,

como, por exemplo, quando tenta conciliar várias atividades, experimentando assim a sobrecarga de papéis (França & Rodrigues, 1997; Judkins, Reid & Furlow, 2002). Desse modo, o estresse ocupacional consiste em um esgotamento físico e emocional desencadeado pelo ambiente em que as pessoas trabalham, expresso de forma única, ainda que os conteúdos básicos sejam os mesmos, a saber, uma erosão de compromissos com o trabalho, emoções e um problema de adequação entre o indivíduo e o trabalho (Silva, Argolo & Borges, 2005).

O estresse, além de estar relacionado ao trabalho e ao desequilíbrio na saúde do profissional, pode também repercutir diretamente na organização da empresa, levando a situações de absenteísmo, gerando também licenças por auxílio-doença, reposição de funcionários, transferências, baixo desempenho e violência, e ocasionando, assim, perdas para a economia empresarial (Lipp, 1996; Rossi, 2005). Muitos estudos têm revelado um alto nível de estresse em diversos tipos de profissões da população brasileira, entre eles policiais militares, professores e bancários (Lipp, 2005). De fato, o estresse ocupacional pode interferir nas diversas áreas da vida da pessoa, podendo ocorrer grandes desajustes na saúde física e mental, nas relações sociais e no meio ambiente em decorrência do pouco tempo dedicado à família, e da falta de suporte e apoio quando necessários, levando também ao isolamento e à falta de amigos. Portanto, o estresse, além de ter um efeito facilitador no desenvolvimento de algumas doenças, pode levar também a prejuízos tanto para a qualidade de vida como para a produtividade do indivíduo (Lipp, 2005).

Com frequência, associada ao estresse, a sobrecarga de trabalho, parece exercer também um papel importante. Nesse caso, o excesso de horas trabalhadas reduz as oportunidades de apoio social do indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde (Marziali, 2001). As baixas perspectivas de remuneração e de promoção podem também ser elencadas como estressores. Para muitos profissionais, parte

de sua identidade está ligada ao seu labor. Assim, se o seu trabalho não é considerado ou reconhecido, fica difícil de sustentar um sentimento verdadeiro de valor pessoal. Salários compatíveis e boas condições de trabalho não são apenas valiosos por si só, mas agem de modo que as pessoas se sintam reconhecidas e valorizadas. Porém, mais do que isso, perspectivas de promoção também causam esse sentimento. Sem isso, muitas pessoas ficam sujeitas ao estresse causado pela frustração de suas ambições (Fontana, 1991).

Murta e Tróccoli (2004) concordam que o estresse no trabalho vem causando impacto negativo, pois é considerado um fator de risco, devido às perdas econômicas associadas à diminuição da produtividade, ao aumento de indenizações e ao prejuízo para a qualidade de vida. Fatores psicossociais podem também desencadear o estresse, sendo que a resposta do organismo depende do estilo de vida e das estratégias de enfrentamento de cada indivíduo. Quando as causas do estresse se prolongam e sua forma de enfrentamento é escassa, o organismo torna-se vulnerável a doenças. Assim, para impedir o adoecimento é necessária uma intervenção direcionada ao trabalhador e também à promoção da saúde. Estar em estresse ocasionalmente não é prejudicial, porém a permanência nesse estado é que pode causar inúmeras complicações ao trabalhador.

Segundo Dejours (1994), o sofrimento psíquico surge quando a organização entra em conflito com o funcionamento psicológico dos homens, ou seja, quando são bloqueadas todas as possibilidades de interação e adaptação entre a organização e os desejos e as necessidades do trabalhador. Quando isso acontece, o trabalho deixa de ser motivo de prazer, bem-estar, satisfação, ou sentimento de utilidade passando a ser lugar de dor, sofrimento e cansaço, em função de uma atribuição alienante. Isso, por sua vez, aumenta a carga psíquica do trabalhador, ocasionando um aumento no desgaste físico e emocional. Sem força interior, sem energia, sem pulsão para a atitude, há a perda do entusiasmo, o que

pode ocasionar em um maior índice de erros na execução das tarefas e também acidentes de trabalho.

Encontrado em diversas profissões, o estresse ocupacional atinge também os profissionais da saúde, havendo inclusive estudos específicos que mostram o problema do esgotamento físico e emocional nesses profissionais, pontuando os processos geradores do esgotamento, bem como os entrelaçamentos das experiências do cotidiano (Murofuse & cols, 2005; Murta & Tróccoli, 2004). Ilustrando essa realidade, foi realizado um estudo por Ferrarese, Ferreira & Carvalho, (2006) investigando a percepção do estresse nos enfermeiros que atuavam em Unidade de Terapia Intensiva. Participaram do estudo 12 enfermeiros, a maioria do sexo feminino, com carga horária entre 10 e 12 horas diárias. O instrumento utilizado foi o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Os resultados demonstraram a presença de estresse em 66,7% dos participantes da pesquisa.

Ainda com esses profissionais, outro estudo realizado por Caregnato e Lautert (2005), para identificar o estresse no bloco cirúrgico em uma amostra de 32 profissionais de uma equipe multiprofissional que atuava em sala de cirurgia, mostrou que o estressor mais freqüente e importante foi o relacionamento interpessoal. Somava-se a isso brigas, desrespeito, problemas na equipe e falta de comprometimento por parte de alguns profissionais, seguido pelo ato cirúrgico, ambiente, material, equipamento, comportamento da equipe de cirurgiões, incertezas e condições do paciente.

Guerrer e Bianchi (2008), realizaram uma pesquisa, objetivando investigar o nível do estresse associado à idade, cargo, tempo de formação e freqüência a cursos de pós-graduação, em enfermeiros que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais de alta complexidade, o resultado demonstrou que, dos 263 profissionais enfermeiros estudados (241 deles eram mulheres), 39,9% dos enfermeiros encontravam-se com baixo nível de estresse, 36,5% com nível médio e 23,6% em alerta para alto nível, sendo que

nenhum apresentou alto nível. Dos cargos avaliados, o mais estressante foi a administração de pessoal, seguido por condições de trabalho, coordenação das atividades, assistência de enfermagem, funcionamento da unidade e relacionamento. Não foram observadas diferenças entre faixa etárias e sexo. Os enfermeiros que exerciam cargos de chefia apresentaram os maiores índices de estresse em comparação aos demais.

Com relação à jornada de trabalho, Pafaro e De Martino (2004), realizaram um estudo em uma Unidade de Oncologia Pediátrica no interior do estado de São Paulo, para comparar o nível de estresse em enfermeiros que faziam dupla jornada com os que faziam jornada única de trabalho. Fizeram parte do estudo 33 enfermeiros, sendo a maioria mulheres, 28 com idades variando entre 23 e 51 anos. Desses, 24 faziam jornada dupla e 9 faziam jornada única. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o Inventário de Sintomas de *Stress* Lipp (ISSL) e a Escala Analógica Visual (EAV). Os resultados obtidos na pesquisa mostraram que, em relação à presença e ausência de estresse, o grupo que cumpria jornada dupla apresentou maior número de profissionais com estresse (70,84%), quando comparado aos que cumpriam jornada única (55,56%). Observou-se também que os mais jovens e solteiros pertenciam ao grupo sem jornada dupla.

CAPÍTULO 2

Burnout

O termo *burnout*, literalmente “queimar até o fim”, significa algo que deixou de funcionar por exaustão de energia. Embora não exista uma definição unânime sobre essa síndrome, há um consenso em considerar que ela aparece no indivíduo como uma resposta ao estresse laboral. Também chamada de síndrome do esgotamento profissional, pelo psicanalista nova-iorquino, Herbert J. Freudenberger, citado por (Silva, Loureiro & Peres, 2008), após constatá-la em si mesmo no início dos anos 1970, ao verificar que sua atividade profissional como psicanalista, que tanto lhe trouxera prazer até então, passou a frustrá-lo de modo acentuado, o *burnout* foi descrito como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos internos. A dedicação exagerada à atividade laboral, embora característica marcante de *burnout*, não é única. O desejo de ser o melhor e sempre demonstrar alto grau de desempenho é outra fase importante da síndrome, uma vez que o indivíduo portador de *burnout* pode medir a autoestima pela capacidade de realização e sucesso profissional. O que tem início com satisfação e prazer, termina então quando esse desempenho não é reconhecido (Gil-Monte & Peiró, 1999; Tamayo, 2008).

A primeira descrição sistemática dessa síndrome foi realizada pelo psiquiatra Herbert J. Freudenberger, em 1974 (Gil-Monte & Peiró, 1997). Desde então, os estudos foram tornando-se numerosos. Na fase pioneira, toma-se o conceito centrado nas descrições clínicas do fenômeno, além de constatações não empíricas de sua relativa frequência. Nos anos 80, observou-se o desenvolvimento conceitual centrado na pesquisa empírica e na evolução do fenômeno, com foco nas categorias ocupacionais cujo trabalho implica em cuidar do outro, como profissionais de saúde e de educação. Nos últimos anos, aprofundou-se a tendência empírica e avaliando-se a incidência da síndrome em outras categorias

ocupacionais. O processo do *burnout* é individual e sua evolução pode levar anos e até mesmo décadas. O surgimento é paulatino, cumulativo, com incremento progressivo em severidade, não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar estar acontecendo algo de errado com ele (França, 1987)

Codo e Vasques-Menezes (1999) afirmam que o *burnout* é uma síndrome por meio da qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil. Trata-se de uma experiência interna que agrupa sentimentos e atitudes negativas, implicando em alterações e disfunções. O *burnout* se apresenta assim como um dos grandes problemas psicossociais que pode afetar a qualidade de vida dos trabalhadores, com conseqüências nocivas para a pessoa e para a organização de trabalho em que ela se insere, podendo também ser definida, resumidamente, como uma condição de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Benevides-Pereira (2002) pontua que a saúde do trabalhador vai ficando comprometida, na medida em que começa a aparecer o esgotamento, gerando a fadiga, monotonia e estresse. Esses sintomas, por sua vez, alienam o trabalhador do processo produtivo, a ponto de gerar danos psicológicos e podendo levar até a síndrome de *burnout*.

A evolução dos estudos sobre o estresse foi apontando outros estudos sobre a síndrome de *burnout* que, segundo (Maslach, 1994), é desenvolvida em resposta a fontes crônicas de estresse emocional e interpessoal no trabalho. O interesse e a preocupação pelo assunto é devido à severidade das conseqüências, tanto para o trabalhador quanto para a organização, acarretadas por essa síndrome, especialmente quando interfere nas relações interpessoais do indivíduo e em suas atividades laborais (Souza & Mendonça, 2009). O *burnout* pode ser desenvolvido como resultado de um período de esforço excessivo no trabalho, com intervalos muito pequenos para recuperação. Enquanto diversos estudiosos defendem que *burnout* refere-se exclusivamente a uma síndrome relacionada à exaustão,

que segundo (Gil-Monte & Peiró, 1999) é o esgotamento representado pela situação na qual os trabalhadores, mesmo querendo, percebem que já não podem dar mais de si afetivamente, sendo também colocado como uma situação de total esgotamento da energia física ou mental. Ausência de personalização é pontuado por esse mesmo autor como a substituição do vínculo afetivo pelo racional. Podemos entender despersonalização como a perda do sentimento de que estamos lidando com outro ser humano. É um estado psíquico em que prevalece o cinismo ou a dissimulação afetiva, a crítica exacerbada de tudo e de todos os demais e do meio ambiente. Outros autores também a vêem como um caso especial da depressão clínica mais geral, ou apenas uma forma de fadiga extrema (omitindo portanto o componente da despersonalização).

No que diz respeito às variáveis demográficas estudadas, a idade é uma das que tem sido mais relacionada ao *burnout*, apresentando-se essa correlação mais elevada entre os trabalhadores mais jovens, comparada aos trabalhadores com idade entre trinta e quarenta anos. Essa constatação justifica-se devido à insegurança existente no início da carreira, quando esses profissionais enfrentam dificuldades reais do mundo do trabalho, além das expectativas profissionais e pessoais, sem falar do idealismo e das amplas jornadas de trabalho, especialmente na área de saúde (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

Em relação à educação, pesquisas apontaram grande influência no desenvolvimento do *burnout*. O desgaste emocional e a despersonalização apresentam-se mais elevados no grupo com maior nível de educação, comparados àqueles com nível mais baixo, mostrando maior expectativa e responsabilidade para o primeiro grupo (Maslach, Shaufeli & Leiter, 2001).

No que se refere ao relacionamento afetivo das pessoas (Benevides-Pereira (2002); Maslach, Shaufeli e Leiter, 2001) afirmam que a existência de relacionamento afetivo estável pode estar associada aos baixos índices de *burnout*, já que os índices mais altos são

apresentados por pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas. Deve ser considerada, contudo, a qualidade da relação, e não apenas o fato de existir ou não um companheiro. Quanto à dimensão do trabalho, a síndrome pode ser entendida a partir de um contexto de trabalho, indo desde as condições em que é realizado, até seu conteúdo. Entende-se por contexto laboral a cultura, a função e o papel da organização. O conteúdo é expresso por conteúdo da tarefa, ritmo, aspectos temporais e relações sociais no trabalho e controle da tarefa.

Maslach e Leiter (1999) pontuam sobre os custos implicados na indiferença ao problema em relação ao *burnout* por parte das organizações e pontuam que a melhor forma de preveni-lo é tratá-lo e considerá-lo como problema coletivo da organização, em vez de algo individual. Seria pertinente contra-argumentar que, na atual conjuntura, na qual se refazem as oportunidades de emprego, conseqüências como a propensão ao abandono do emprego e o absenteísmo não se concretizam. Entretanto, é pertinente considerar a avaliação feita por (Codo e Vasques-Menezes, 1999), em que a persistência da síndrome e a generalização da sua incidência conduzem os trabalhadores a apresentarem uma "retirada" psíquica do trabalho, consistindo na manutenção do vínculo empregatício, com enfraquecimento do envolvimento com o trabalho e as decisões que lhe são inerentes.

Pioneira nos estudos empíricos da estafa ocupacional, Christina Maslach foi a responsável pela elaboração de uma metodologia de medição dessa síndrome, a partir dos conhecimentos gerados por meio de modelos teóricos. Assim, em 1981, Maslach e Jackson criaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento que até hoje continua sendo freqüentemente usado para mensurar a síndrome de *Burnout* (Pires, Brandão & Machado, 2005). Depois de perceber que diferentes ambientes de trabalho poderiam apresentar algumas idiossincrasias, (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) propuseram três tipos de Inventários, que deveriam ser aplicados em circunstâncias específicas, de acordo com cada contexto vivido. Nascia assim o *MBI Human Services Survey* (MBI-HSS), uma versão do

MBI original voltada para profissionais da área de saúde; o MBI *Educators Survey* (MBI-ES), versão elaborada a partir da versão original, para ser usada com professores (substituindo a palavra paciente por aluno); e o MBI *General Survey* (MBI-GS), direcionado a qualquer tipo de trabalhador e, conseqüentemente, comportando itens mais genéricos (Gil-Monte, 2005).

Qualquer que seja a versão utilizada, esse instrumento busca sempre medir essa síndrome com base em três dimensões. A primeira delas, Exaustão Emocional, ocorre quando o indivíduo percebe não possuir mais condições de despender a energia que seu trabalho exige, estando entre algumas de suas causas a sobrecarga de atividades e o conflito pessoal nas relações. A segunda, Despersonalização, é considerada uma dimensão típica da Síndrome de *burnout*, como elemento que distingue essa síndrome do estresse. Apresenta-se como uma maneira de o profissional se defender da carga emocional derivada do contato direto com outras pessoas, levando à criação de uma barreira para reduzir a influência dos problemas e sofrimentos alheios em sua vida. Dessa forma, o profissional com a síndrome de *burnout* age com cinismo e rigidez, ignorando completamente o sentimento da outra pessoa. A última dimensão, baixa Realização Profissional, ocorre quando o trabalhador passa a ter insatisfação consigo próprio em relação à execução do seu trabalho, gerando assim sentimentos de baixa autoestima (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

De acordo com Cherniss (1980), em uma perspectiva organizacional, os sintomas que compõem a síndrome do *burnout* são respostas possíveis para um trabalho estressante, frustrante ou monótono. Esse autor alerta também para a diferença entre *burnout* e alienação, em que a alienação diminui a liberdade do sujeito para levar a cabo sua tarefa, enquanto que no caso de *burnout*, a situação se inverte um pouco, uma vez que o sujeito tem liberdade para agir, mas sobre uma tarefa impossível de realizar. De acordo com esse autor, os agentes estressores movimentam-se como desencadeantes do *burnout*, tanto na

exaustão emocional quanto no cinismo, na indiferença, bem como em sentimentos de fracasso, sendo assim são fatalmente mecanismos de enfrentamento diante do processo que se instala no trabalhador. Embora haja indícios de fatores de risco individuais para a síndrome de *Burnout*, as variáveis socioambientais são coadjuvantes do processo do desenvolvimento da síndrome (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Benevides-Pereira, (2002) e Carlotto (2001; Souza e Mendonça (2009) postulam que uma análise dos fatores de riscos organizacionais para a síndrome leva a identificação de seis domínios principais: Sobrecarga de trabalho, em que os profissionais têm uma demanda muito grande de atividades para cumprir, e não têm tempo suficiente para realizar as tarefas exigidas, nem recursos para fazer bem seu trabalho. Esses profissionais com sobrecarga de trabalho geralmente sentem um desequilíbrio na carga entre seu trabalho e sua vida pessoal; essa segunda área denominada de Controle é considerada pelos autores como área-chave, em que identificaram uma associação clara entre uma falta de controle e altos níveis de estresse. Essa falta de controle pode resultar em uma série de fatores no ambiente de trabalho. As pessoas podem sentir que estão sendo responsabilizadas por algo sobre o qual não têm o controle, podendo haver um impacto importante sobre os níveis de *estresse* e *burnout*. Recompensa, a terceira área crítica, abrange as recompensas insuficientes. Isso ocorre quando os trabalhadores acreditam não estarem sendo recompensados devidamente por seu desempenho. Essas recompensas envolvem principalmente o reconhecimento, em que se torna muito importante para as pessoas que alguém observe o que elas fazem ou se importe com a qualidade de seu trabalho.

A outra área crítica, codificada como Comunidade, diz respeito às relações que os trabalhadores têm com as outras pessoas no emprego. Se as relações do trabalho estão indo bem, pode haver bastante apoio social e os trabalhadores têm uma maneira eficaz de resolver os conflitos. Mas quando não há muito apoio, a resolução de conflitos já é mais

difícil. Sob tais fatores, o grau de estresse e *burnout* são elevados e o trabalho torna-se difícil. Outra área identificada é Justiça e Valores. Nesse caso, a falta de justiça no local de trabalho parece ser bastante importante para o *burnout*, embora seja uma área nova na pesquisa sobre o tema. Raiva e hostilidade podem ocorrer quando as pessoas sentem que não estão sendo tratadas como merecem, podendo gerar emoções intensas e afetar o psicológico. Com o desenvolvimento dos estudos sobre justiça, constatou-se que a dimensão processual sobre as percepções de justiça ou injustiça também é fundamental na dinâmica laboral e refere-se aos procedimentos que levam a uma determinada distribuição de recursos. Os itens desse fator foram definidos com base no pressuposto de que os trabalhadores consideram importante poder opinar e influenciar as decisões organizacionais (Souza & Mendonça, 2009).

Os valores podem ser considerados ideais e objetivos os quais originalmente levaram as pessoas ao seu emprego e, portanto, constituem a conexão motivadora entre o trabalhador e o local de trabalho. Os conflitos de valores surgem quando as pessoas trabalham em uma situação em que há um conflito entre os valores pessoais e da organização (Rossi, Perrewé, & Sauter, 2005).

Em geral, a síndrome de *Burnout* é característica do meio laboral, cujos sintomas podem ser divididos em quatro categorias distintas: sintomas físicos, como fadiga, disfunções constantes e progressivas, distúrbios do sono, dores musculares, cefaléias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres; sintomas psíquicos, como falta de atenção e de concentração, alterações na memória, lentificação do pensamento, presença de um sentimento de alienação, de solidão, de insuficiência, impaciência, labilidade emocional, baixa auto-estima, dificuldade de auto-aceitação, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranóia; sintomas

comportamentais, como negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, incremento e agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudança, perda da iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e suicídio; e sintomas defensivos, como tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, absenteísmo, insônia e cinismo (Benevides-Pereira, 2002).

Considerando que tanto o estresse como o *Burnout* afetam a forma de vivenciar o trabalho, Schmidt e Dantas (2006) propuseram-se a avaliar a satisfação dos profissionais de enfermagem que atuavam em bloco Operatório em quatro hospitais da região de Londrina. Dos 102 profissionais pesquisados, 12 eram enfermeiros, um técnico em enfermagem, 72 auxiliares e 18 atendentes de enfermagem. A maioria da amostra era do sexo feminino (82,9%), com idade média de 38,7 anos e escolaridade relativa ao ensino médio completo. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um questionário de caracterização sociodemográfica, com 20 questões, e a Escala de Atitude do Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os resultados obtidos mostraram que os baixos salários das categorias da enfermagem foram apontados como uma das causas de maior insatisfação, apresentando a menor média entre os componentes do ISP. Em virtude da questão salarial, a maioria dos trabalhadores da enfermagem é obrigada a optar por mais de um emprego, o que leva esses profissionais a permanecerem no ambiente do serviço de saúde a maior parte do tempo de suas vidas produtivas. Além disso, nesse estudo foi também notada uma diminuição do tempo para atividades de lazer e recreação, necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores. Em relação às frequências de respostas do componente *status* profissional, percebeu-se que o profissional de enfermagem reconheceu a importância de sua profissão, justificando o alto valor desse componente. Ainda assim, os resultados

obtidos na pesquisa mostraram que os profissionais de enfermagem encontravam-se insatisfeitos com as normas organizacionais e a remuneração.

Com intuito de avaliar a ocorrência de *burnout* na equipe de enfermagem e delinear seus possíveis fatores associados em termos demográficos e ocupacionais, Silva, Loureiro e Peres (2008), realizaram um estudo com uma amostra de 145 profissionais de um hospital filantrópico, com idades entre 18 e 30 anos. A maioria era do sexo feminino. Dos pesquisados, 45% viviam com parceiros em relação estável ou estavam casados. Dos participantes, 64% possuíam o ensino médio. Os instrumentos utilizados no estudo foram o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS) e um questionário sociodemográfico.

De acordo com os resultados encontrados, os profissionais que trabalhavam no setor de Emergência do hospital apresentaram sintomas mais acentuados nas dimensões Desgaste emocional e Despersonalização. Quanto ao grau de instrução, os não graduados indicaram maior comprometimento nas dimensões Desgaste Emocional e Realização profissional. A dupla jornada de trabalho mostrou ser um importante fator laboral associado à Síndrome de *burnout* em todas as suas dimensões, em comparação com o turno de trabalho único. Por fim, observou-se, que os técnicos de enfermagem avaliados se mostraram mais vulneráveis à síndrome em relação aos demais pesquisados, obtendo maior frequência de valor alto nas três dimensões de *Burnout*, (21% na dimensão Desgaste Emocional, 26% Despersonalização e 15% Realização Profissional). Os pontos de corte para avaliação dos dados provenientes da aplicação, foram o estabelecido por Lautert, (1997) 18 a 19 para a dimensão Desgaste Emocional, 6 a 7 para Despersonalização e 22 a 23 para a dimensão Insatisfação Profissional.

Benetti, Stumm, Izolan, Ramos e Kirchner (2009), identificaram e compararam as variáveis que caracterizam a Síndrome de *Burnout* presentes nos profissionais de uma

Unidade de Emergência de um Hospital Geral da região noroeste do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 31 profissionais, 12 técnicos em enfermagem, um auxiliar de enfermagem, 6 enfermeiros e 12 médicos. Em relação ao sexo, 51,6% eram homens e 48,4% mulheres. Dos pesquisados, 58,1% eram casados e 41,9% não tinham parceiro fixo. A idade dos participantes variou entre 25 e 30 anos. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de *Burnout de Maslach* e um questionário criado e testado pelas pesquisadoras, contendo dados de identificação sociodemográfica.

Os escores das três dimensões da Síndrome de *Burnout*, quais sejam, Desgaste Emocional, Despersonalização e Insatisfação Profissional, indicaram baixo nível de *burnout*. Comparativamente, a equipe médica apresentou média mais alta no Desgaste Emocional do que a enfermagem. Nas variáveis presentes no Contexto do Trabalho (quantitativo), Sobrecarga de Trabalho, Desenvolvimento da Carreira e Estrutura Organizacional, evidenciam-se sintomas da síndrome. Entende-se, a partir da interpretação dos resultados, que as variáveis da síndrome estão interligadas, sendo que a constatação de uma característica pode evoluir para o desencadeamento de outros sintomas, tornando essa síndrome silenciosa e sua instalação é lenta e progressiva, com intensidade de sintomas variável.

Outro estudo realizado por Bezerra e Beresin (2009) objetivou verificar a presença e os níveis da síndrome de *burnout* em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar na cidade de São Paulo, em quatro distritos do corpo de bombeiros. Os integrantes do estudo foram 17 enfermeiras, sendo todos do sexo feminino, com idade que variou de 30 a 49 anos. Em relação ao estado civil, 35% eram casadas e 35% solteiras. Das participantes, 53% relataram não ter filhos. A maioria das pesquisadas (59%) já atuava na profissão de 5 a 10 anos. Os instrumentos do estudo foram um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) elaborado por Cristina

Maslach, adaptado para a língua portuguesa por Robayo-Tamayo. Foi verificada, no grupo estudado, uma média de 31,53 pontos na subescala de baixa Realização Profissional (RP), 18,41 pontos na subescala de Exaustão Emocional (EE) e 8,88 pontos na subescala de Despersonalização (DE), correspondendo a um nível baixo/moderado nessas dimensões. Quanto aos níveis da síndrome de *Burnout* (MBI), verificou-se que, no grupo estudado, a maioria da amostra (76,47%) apresentou moderada Exaustão Emocional, Despersonalização e baixa Realização Profissional, apresentando pontuação de até 20 em Exaustão Emocional.

Assim, 76% das enfermeiras, com pontuação de 13 a 20, apresentaram nível baixo/moderado de DE, sendo que 23,53% delas, com pontuação entre 21 a 26, apresentaram alto nível nessa dimensão. No que diz respeito à DE, o grupo estudado obteve pontuação de até 11, valor usado também como nota de corte. Dessa forma, os valores de 5 a 11 apresentaram nível baixo/moderado de DE, sendo que 23,23% das enfermeiras com pontuação de 12 a 15, apresentaram alto nível nessa dimensão. Em relação à baixa RP, o grupo estudado obteve pontuação de até 29, que foi usada como nota de corte. Portanto, 76,47% do grupo estudado com pontuação de 31 a 36, apresentaram baixo e moderado nível de baixa realização profissional (RP), sendo que 23,53% das enfermeiras, com pontuação entre 23 a 29, apresentaram alto nível nessa dimensão. O estudo demonstrou que, embora tratasse de uma população considerada de riscos ocupacionais, não houve presença significativa da síndrome de *burnout*, que somente é indicativa em altas pontuações em Exaustão Emocional, Despersonalização e baixa Realização Profissional (Bezerra & Beresin, 2009).

Jodas e Haddad (2008) investigaram os sinais e sintomas de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro de Hospital Universitário e os correlacionaram a fatores preditores. Os participantes do estudo foram 61 trabalhadores de

enfermagem, sendo a maioria do sexo feminino (72,1%). Dos participantes, 58,6% mantinham união estável com o companheiro (a) e 77,0% possuíam filhos. A faixa etária predominou entre 30 e 39 anos (41,0%), com média de 41,8 anos, extremos de 24 e 63 anos, e desvio padrão de 7,8. Quanto às categorias profissionais da população, verificou-se que 11,5% eram enfermeiros, 31,1% técnicos e 57,4% auxiliares de enfermagem. Dos trabalhadores pesquisados, 14,7% faziam carga horária superior a 40 horas semanais, por trabalhar em outra instituição. Quanto à escolaridade do pessoal técnico, 26,2% cursam graduação em Enfermagem. Os instrumentos utilizados foram um questionário estruturado, autoaplicável, e o *Maslach Burnout Inventory*. Nos resultados apontados para cada dimensão, destacou-se que 55,7% dos profissionais tinham baixo nível de exaustão emocional, 37,7% possuíam nível médio de despersonalização e 37,7% apresentavam um alto nível de realização profissional.

Com relação aos limites estabelecidos pelo NEPASB, verificou-se que 21,3% dos profissionais apresentaram alta classificação para exaustão emocional, 32,8% alta classificação para despersonalização e 26,2% apresentaram baixa classificação para realização profissional, características essas que estabelecem diagnóstico para manifestação de *burnout*. Dos 61 funcionários pesquisados, 8,2% (uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem) apresentaram sinais e sintomas de *burnout*. Os demais, 54,1% possuíam alto risco para manifestação de *burnout* e 37,7% baixo risco de manifestação da doença. Quanto aos fatores preditores para o desenvolvimento de *burnout*, o fato de possuir atividades que exige mais tempo do que o trabalhador julga capaz correspondeu a 33,4% da população estudada.

Nessa mesma direção, foi feito um estudo na Polônia por (Jaracz, Górna, & Konieczna, 2005) para avaliar o *burnout* entre enfermeiros hospitalares e fazer a análise de correlação entre o estresse percebido subjetivamente e os estilos de enfrentamento.

Participaram do estudo 227 enfermeiros que atuavam em unidades de internação de Clínica Geral, Neurológica e Psiquiátrica. O estudo foi desenvolvido em 2 estágios. O primeiro envolveu 101 enfermeiros que atuavam em unidades de internação de clínica médica, investigando *burnout* de estresse percebido subjetivamente. O segundo incluiu 126 enfermeiros das unidades de internação psiquiátrica e neurológica e dos outros questionários CISS. Os instrumentos utilizados foram 3 questionários: o MBI (versão polonesa), *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) (Inventário de Enfrentamento para Situações Estressantes) e o *Subjectively Perceived Stress* (SPS)(Stress percebido subjetivamente).

Os resultados apontaram nível médio e alto de *burnout* na exaustão emocional (EE), Despersonalização (DE) e Satisfação Profissional, presentes em 71%, 39,8% e 77% dos enfermeiros, respectivamente. Um nível significativamente mais alto do subgrupo da unidade de clínica geral, 28,81 para Exaustão Emocional com valor de corte 12,1. As diferenças envolveram o valor total do MBI 52,96 para valor de corte 24,1 e os resultados da subescalas. E correlação significativa foi encontrada entre o estresse percebido subjetivamente e o nível e *burnout* ($r=0,51$, $p<0,01$), e entre os valores do MBI e CISS. A correlação entre *burnout* e um enfrentamento orientado à tarefa foi negativa, enquanto que a correlação entre *burnout* e enfrentamento emocional orientado foi positiva. Para o SPS, correlacionaram com as dimensões do *burnout*, obtendo: 0,52 (EE), 0,36(d), 0,27 (PA reverso) e 0,51 para o MBI total ($p<0,01$). Os resultados para Anova e CISS, usaram o coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes variaram de 0,001, entre EE e enfrentamento orientado à fuga (avoidance oriented coping), a 0,31, entre PA e enfrentamento orientado à tarefa. A correlação entre o MBI total foi: MBI e enfrentamento orientado à tarefa: 0,31 correlação negativa ($p<0,05$) MBI e enfrentamento emocionalmente orientado: 0,17 correlação positiva ($p<0,05$) MBI e enfrentamento orientado à fuga: 0,13

correlação negativa ($p < 0,05$) Em todos, valores $P < 0,05$ foram considerados significantes. O nível de estresse influencia o *burnout* entre enfermeiros. Há uma diversidade no nível de *burnout* dependendo da especialização no trabalho, que não é acompanhada por uma diversidade semelhante no estresse percebido subjetivamente. A correlação entre *burnout* e estilo de enfrentamento é um tanto quanto fraca, mas estatisticamente significativa.

CAPÍTULO 3

Depressão

A depressão pode ser definida por um conjunto de alterações comportamentais, extensão de sentimentos negativos, falta de concentração ou anormalidade do funcionamento, afastamento do convívio social, perda do interesse nas atividades profissionais, acadêmicas e lúdicas, perda do prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa e auto-depreciação, baixa auto-estima, desesperança, alteração do sono e apetite, sensação de esgotamento da energia e dificuldades de concentração (APA, 2002; OMS, 1991). Considerada como um dos mais prevalentes transtornos na população, de etiologia multifatorial, a depressão surge como resultado de diversas variáveis, que devem ser enfocadas como responsáveis pelo seu início e desenvolvimento, bem como sua remissão (Baba, Galaperin & Lituchy, 1999). Dentre elas, estão as variáveis: biológicas, como fatores endocrinológicos e influências genéticas, evolução e estruturas químicas do cérebro; as psicológicas, como estresses durante a vida, traumas, desamparo, a forma como a pessoa percebe o mundo, sua forma de resolver os problemas e as memórias; as socioculturais, representadas pelos papéis sociais, expectativas do indivíduo, sua definição de normalidade e pela estrutura e suporte familiar e social (Manetti & Marzialli, 2007).

Muitas vezes confundida com a tristeza, o luto ou uma fase ruim, a depressão é frequentemente atribuída às dificuldades do dia a dia, ou mesmo ao estresse. A doença, contudo, pode surgir como resposta a situações reais, como causa de uma reação vivencial depressiva quando diante de situações desagradáveis, de aborrecimentos, frustrações e perdas, tratando-se de conflitos íntimos e determinados por fatores vivenciais (Grevet & Knijnik, 2001; Melo, 1999). Dentre os transtornos de humor, a depressão tem como sintomas principais a tristeza ou o humor deprimido. Este refere-se à tristeza freqüente, a

maior parte do tempo, em geral, sem responsivo a estímulos positivos. A tristeza pode também ser mascarada por irritabilidade, consumo excessivo de álcool, preocupações hipocondríacas e fóbicas e comportamento histriônico, enquanto que a anedonia é a perda do interesse ou a perda do prazer pelas coisas de que a pessoa antes gostava. Esses sintomas podem prejudicar principalmente os sentimentos da pessoa, podendo alterar também quase todas as atividades que antes realizava. Além disso, os sintomas da depressão fazem com que a pessoa resista em procurar ajuda médica, como consequência dos próprios sintomas da doença, elencado como a falta de energia, indecisão, insegurança e sentimento de culpa, além de aborrecimento crônico, desespero, desesperança e alta irritabilidade (Dalgalarondo, 2000).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) estabelece que, para que uma pessoa seja diagnosticada com o Transtorno Depressivo, é necessária a identificação de cinco ou mais sintomas, incluindo ao menos humor deprimido ou perda do interesse ou prazer por quase todas as atividades que antes considerava agradável, desde que perdurando por no mínimo duas semanas. Outros sintomas importantes para classificar o Transtorno Depressivo incluem alterações do apetite, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo regime alimentar e alterações do sono, sendo mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência. Nesse sentido, a insônia é, mais tipicamente, intermediária (acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a conciliar o sono), ou terminal (acordar mais precocemente pela manhã), ou ainda a insônia inicial (em que o paciente apresenta dificuldades para iniciar o sono). Com menor frequência, mas não raramente, os indivíduos podem se queixar também de sonolência excessiva, mesmo durante as horas do dia. Além de agitação ou retardo psicomotor, ocorre também uma diminuição da energia ou fadiga, sentimento de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada, (que pode ser delirante ou não, meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente), bem como capacidade

diminuída de pensar, concentrar-se ou tomar decisões. Frequentemente pode haver também pensamento de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio, variando a partir de uma crença de que seria melhor estar morto.

Essa é de fato uma patologia que gera grande impacto na vida do indivíduo, bem como de sua família e sociedade, podendo vir a causar prejuízos frequentes e irreparáveis para o indivíduo, e manifestando-se igualmente entre homens e mulheres (Grevet & Knijnik, 2001). Conforme assinalado por Capitão e Mesquita (2005), a depressão é mais frequente na faixa de 40 anos de idade, tendo manifestações iniciais entre 20 e 50 anos. No que diz respeito ao estado civil, existe uma prevalência em pessoas que não têm relações interpessoais com maior proximidade, ou então aquelas que são separadas ou divorciadas. Seligman (1997) afirma que a depressão, além de causar sofrimento para a pessoa, afastamento do trabalho e das atividades, leva-a a apresentar dificuldades para o convívio com a rede social, além de atingir uma parcela significativa da população mundial; sendo, dessa forma, responsável por milhões de pessoas que, atualmente, se encontram em um episódio depressivo, além de outros milhões de pessoas que, no decorrer de suas vidas, desenvolverão tais episódios.

Para Menezes e Nascimento (2000), a depressão é considerada um problema de saúde comparado ao diabetes e à hipertensão, atingindo cerca de 15% a 25% da população. No Brasil, de 24 a 30 milhões de pessoas apresentam ou poderão apresentar depressão, (ainda que seja um único episódio depressivo ao longo da vida). Capitão e Mesquita (2005), por sua vez, assinalam que a depressão acomete pessoas de todas as faixas etárias, nacionalidades, credos e sexos, sendo as mulheres as mais atingidas, com cerca de 30%, enquanto que aproximadamente 15% dos homens podem apresentar a doença. Além disso, sugere-se como fator predisponente para as mulheres as bruscas mudanças hormonais, afetando diretamente o estado emocional, acrescidas das pressões sociais cada vez mais

intensas sofridas pela mulher moderna. A mulher, além de seu papel profissional, necessita dar conta de sua vida pessoal, familiar e social, o que somado às questões biológicas, possibilita o surgimento de muitos problemas de saúde, sendo a depressão a mais citada nos dias atuais.

De fato, dados da OMS (2001) apontam que a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas, apresentando-se como a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. Assim, a depressão pode ser classificada como a principal causa de incapacidade mental no planeta, afetando cerca de 120 milhões de pessoas no mundo todo. Os agravos psicológicos que abrangem a população como um todo atingem também a área do trabalho, sendo muito preocupantes, dado o aumento na prevalência da doença e os elevados custos sociais (Bourbonais, Comeau, Vézina & Dion 1998 apud Manetti & Marzially, 2007). Como exemplo, vale citar que a depressão em estado avançado é responsável por 12% das licenças para tratamento de saúde dos trabalhadores da educação e que, apesar de a taxa de prevalência da depressão ser relativamente alta nos serviços de atenção primária, são insuficientes o seu diagnóstico e tratamento (OMS, 2001).

De modo a verificar esses dados, foi realizado um estudo por Valentini e colaboradores, (2004), na cidade de Campinas, buscando verificar o conhecimento, a autoconfiança e as atitudes dos médicos clínicos no diagnóstico e no tratamento da depressão. A amostra para o estudo foi composta por 78 médicos clínicos gerais, que foram submetidos a um programa de treinamento da Opas/OMS para diagnóstico e tratamento da depressão, desenvolvido para o propósito deste estudo. Avaliaram-se as mudanças no conhecimento, nas atitudes e no atendimento prestado aos pacientes, incluindo o

reconhecimento da depressão em uma população de 10 unidades básicas de saúde. Os resultados mostraram que 42% dos 78 participantes da pesquisa sentiam-se incompetentes para diferenciar a depressão da tristeza. Ainda que 45% deles concordassem que a depressão é uma condição médica, 47% acreditavam que ela se originasse de tragédias e adversidades ocorridas na vida das pessoas que são acometidas, corroborando assim com os dados apresentados pela OMS (2001).

Para se ter uma idéia do impacto desse mal no Brasil, outro estudo, realizado por Murofuse e Marziale (2005), em 23 unidades de saúde do Estado de Minas Gerais, buscou identificar os transtornos mentais e comportamentais em profissionais de enfermagem. Os autores concluíram que um total de 692 desses profissionais tiveram diagnósticos relacionados a transtornos mentais e comportamentais, sendo 54,3% deles classificados, segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10), como transtornos de humor (afetivos), 28,7% como transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e a transtornos somáticos, e 5,5% como transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Foi constatado que 40,8% dos diagnósticos foram vinculados a patologias legalmente consideradas como doenças do trabalho, entre as quais se destacaram os episódios depressivos. Segundo esse estudo, os transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores de enfermagem constituíram-se a segunda causa da demanda de atenção prestada pelo Serviço de Medicina do Trabalho.

3.1. Depressão e sua relação com o *burnout*

O *burnout* é essencialmente um construto social que surge como conseqüências das relações interpessoais nas organizações (Mallar & Capitão, 2004). Já a Depressão se propaga abrangendo todos os aspectos da vida do indivíduo. Estudos realizados por Murcho Jesus e Pacheco (2009) concluíram que o *burnout* apresenta alguns sintomas semelhantes

aos quadros depressivos, a saber: os distúrbios do sono, a perda de energia e a fadiga, as perdas de interesse pelas atividades, diminuição da auto-estima e autoconfiança, desapontamento e tristeza. Com efeito, também existem diferenças acentuadas entre esses dois construtos, apresentando a depressão com os principais sintomas, como dificuldade em sentir prazer nas atividades, perda ou ganho de peso, alterações do sono, perda de energia, sentimentos de insuficiência ou de culpa, dificuldade de concentração, ideação suicida, e o *burnout*, por sua vez, apresenta exaustão emocional, despersonalização e uma avaliação negativa em relação às competências individuais do trabalho (Mallar & Capitão, 2004; Pacheco & Jesus, 2007).

Alguns estudos têm sido feitos ao longo dos anos na tentativa de verificar se há alguma relação de patologias como a depressão com o *burnout*. Um desses estudos foi proposto por Murcho, Jesus e Pacheco (2009), em Portugal, para investigar a relação entre a depressão no contexto laboral e o *burnout* em enfermeiros, nas suas três dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional). Fizeram parte da amostra 499 enfermeiros, que trabalhavam nas Unidades Hospitalares de maior dimensão do Algarve, Portugal. Os instrumentos utilizados foram a subescala da depressão da EADS 21, de Lovibond e Lovibond (1995), na adaptação portuguesa de Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004), e o MBI, na adaptação portuguesa para enfermeiros de Parreira e Sousa (2000). Os resultados sugeriram que, embora no contexto laboral os quadros depressivos pudessem ocorrer como uma manifestação do *burnout*, o inverso parece não ser evidente, pelo que não se pode dizer que *burnout* seja uma manifestação da depressão. Os autores concluíram que essas duas entidades são construtos diferentes, apesar de apresentarem aspectos comuns.

Outro estudo, realizado por Queiróz, Rodrigues e Silva (2009), em uma amostra de 48 enfermeiras de três centros de saúde da região de Bragança, Portugal, teve como

objetivo conhecer os níveis de ansiedade, depressão e *burnout* em enfermeiros que trabalham com cuidados de saúde primária. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS, versão portuguesa adaptada por Paes-Ribeiro & cols., 2007), e a avaliação do *Burnout* (Maslach *Burnout Inventory* - MBI, versão para investigação desenvolvida por Manita 2003). Os resultados obtidos na amostra indicaram baixo nível de *burnout*, com uma média de 28, num máximo possível de 132 pontos. Já para ansiedade e depressão, a média foi de 7 e 5, respectivamente, para um máximo de 28 pontos. O estudo revelou também uma tendência para maior ansiedade e *burnout* entre enfermeiras solteiras e sem filhos, enquanto a depressão tende a ser mais elevada em enfermeiras casadas e com filhos. Os pesquisadores observaram também que as enfermeiras que possuíam maior experiência profissional, com contrato de trabalho e vínculo empregatício (portanto, com certa estabilidade), apresentaram mais ansiedade e depressão, enquanto as enfermeiras com menor experiência profissional, com contratos de trabalho por tempo determinado e com instabilidade profissional no emprego apresentaram um índice maior de *Burnout*.

Nessa mesma linha, Iacovides, Fountoulakis, Moysidou, & Ierodiakonou (1999), realizaram um estudo num hospital geral da Grécia, o qual buscou investigar a relação entre *burnout* e depressão em 368 profissionais de enfermagem. Os instrumentos utilizados no estudo foram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), para avaliar o *burnout*, o *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ), para avaliar os traços de personalidade, e a *Zung Depression Scale*, para avaliar a sintomatologia depressiva. O resultado das análises revelou uma correlação fraca, mas significativa, entre *burnout* e depressão. Os autores acreditam que o *burnout* é mais comum do que se acredita, podendo afetar todos os aspectos do funcionamento interpessoal e familiar, levando a atitudes negativas em relação à vida no geral, e que especialmente níveis elevados de *burnout* resultam de baixos níveis

de satisfação no trabalho, e ainda, que essa síndrome compartilha sintomas qualitativos com a depressão.

Em uma tentativa de verificar a correlação entre *burnout*, depressão e o senso de coerência dos enfermeiros, Tselebis, Moulou & Ilias (2001) fizeram um estudo em um hospital de grande porte em Atenas, Grécia. A amostra foi composta de forma aleatória por 79 enfermeiros, sendo a maioria mulheres que atuavam nas unidades de clínica médica, cirúrgica e área respiratória. A média de idade dos participantes foi de 34,7 anos. Dos pesquisados, 39 eram casados e 40 solteiros. Os instrumentos utilizados nessa pesquisa foram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), em sua versão grega, para avaliar o *burnout*; o Beck's Depression Inventory (BDI), para medir a depressão, e o Antonovschi's Sense of Coherence questionnaire (SOC), para medir o senso de coerência dos enfermeiros pesquisados. A análise de correlação mostrou que o SOC, na chefia de enfermagem, foi relacionado ao *burnout* e à depressão. Enquanto que a depressão foi correlacionada com o menor grau de *burnout*. Conseqüentemente, a depressão parece ser o resultado da relação da depressão e SOC. Os resultados mostram uma suscetibilidade individual das chefias de enfermagem a ficarem vulnerável a ambos, tanto para depressão como para o *burnout*. Esse modelo de trabalho está em acordo com o postulado teórico de Antonovschi, que considerava o SOC como primordial, sendo adquirido de acordo com a evolução.

Nos resultados apresentados, os enfermeiros do sexo masculino apresentaram maior valor no MBI, quando comparados com os do sexo feminino, ($p < 0.05$). As mulheres, por sua vez, tiveram maior pontuação no BDI. Nesse estudo, não foram encontradas diferenças entre exaustão emocional e a despersonalização em relação ao SOC. Não houve diferença significativa também entre o grupo dos casados e solteiros. Contudo, houve significativa correlação entre 3 diferentes componentes MBI, bem como em cada componente da SOC. A análise de correlação mostrou que o SOC foi negativamente e fortemente correlacionado

com o BDI, sendo também relacionado a todas as categorias do MBI (negativamente com exaustão emocional, e despersonalização, e positivamente com a satisfação no trabalho). O BDI foi também positivamente correlacionado com exaustão emocional, e negativamente com satisfação profissional no trabalho, embora com grau menor, quando comparado com SOC.

Para verificar a associação entre Alexitimia, *Burnout*, Depressão e Suporte Familiar em profissionais de enfermagem, um outro estudo foi realizado em um hospital grego por Brats e colaboradores, (2009). Participaram do estudo 95 enfermeiros sendo 78 mulheres e 17 homens com a média de idade de 36,7 anos. Ambos com experiência média de trabalho a cerca de 12,9 anos. Os instrumentos usados foram a Escala de Alexitimia de Toronto, o Maslach Burnout Inventory, o inventário de Beck e a Escala de Apoio à Família de Julkumen.

Os resultados encontrados apontaram correlação de sintomas depressivos graves em 16,8% dos participantes e características alexitímicas foram observadas em 14,7% dos indivíduos, enquanto que baixo suporte familiar foi observado em 15% dos participantes. Em relação ao *Burnout* foram observados Exaustão Emocional em 38,9%; Despersonalização em 46,3% e falta de realização pessoal em 49,5%. Sendo que 14,7% apresentaram escores patológicos em todas as subescalas. As mulheres apresentaram maior nível de depressão (BDI) e Alexitimia (TAS-20), comparadas aos homens. Apresentaram também escores inferiores aos dos homens na subescala realização profissional do MBI, e na percepção do suporte familiar.

A alexitimia foi correlacionada positivamente com a depressão, exaustão emocional e despersonalização. E negativamente com o senso de apoio familiar e realização profissional, e com a depressão. Os resultados concluíram que tanto a alexitimia como a depressão estão associadas ao *burnout*, embora sugeriram que a alexitimia pode ser um fator

de risco independente para *burnout*. Além disso, parece que os indivíduos com características depressivas mostram maior vulnerabilidade ao *burnout* devido à sua falta de habilidade para obter a satisfação no trabalho.

Tais estudos sugerem que *burnout* e depressão são entidades separadas, embora possam compartilhar várias características qualitativas, especialmente nas formas mais graves de *burnout*, e em indivíduos vulneráveis, com baixos níveis de satisfação derivada de seu trabalho diário. Assim, diante da relevância da temática e das consequências tanto do *burnout* quanto da depressão no ambiente de trabalho, este trabalho pretende averiguar a relação entre esses dois construtos e buscar evidências de validade da Escala de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), relacionando-a aos sintomas de depressão, medidos por meio da Escala de Depressão de Baptista (EDEP), visando também auxiliar na investigação e no aprimoramento dos instrumentos utilizados para detecção das enfermidades relacionadas ao trabalho.

4 OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo geral buscar evidências de validade para o *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS), baseado na relação com outras variáveis, correlacionando suas dimensões com a Escala de Depressão (EDEP), a partir de sua aplicação em uma amostra de profissionais de Enfermagem.

Como objetivos específicos, buscou-se verificar possíveis diferenças quanto aos níveis e índices de depressão e *Burnout* entre profissionais da área da Enfermagem e, mais especificamente, entre Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Por fim, também foi feita uma análise das variáveis sociodemográficas em relação ao MBI e à sintomatologia depressiva em profissionais de enfermagem, de forma a explorar possíveis diferenças entre variáveis, como sexo e eixos de trabalho, experiência profissional, situação conjugal, ter ou não filhos, turno de trabalho, setor de atuação, férias, sono e escolaridade.

5 MÉTODO

5.1. Participantes

Participaram deste estudo 206 profissionais de Enfermagem, entre eles Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, oriundos de dois hospitais, sendo 139 participantes de um hospital público, e 67 de um hospital filantrópico de duas cidades do estado de São Paulo. A primeira instituição trata-se de um Hospital de referência regional, que foi inaugurado há 37 anos, sendo referência para o atendimento de urgência e emergência e atendimento público da região metropolitana de Campinas. Contando com um total 230 leitos, o hospital possui aproximadamente 1.700 funcionários, prestando atendimento a aproximadamente 1.300 pessoas por dia, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Seu conjunto hospitalar, possui 2 Prontos Socorros (adulto e infantil), 1 UTI adulto e uma pediátrica, além de unidades de internação em Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurologia, Cirurgia especializada adulto e infantil, Tratamento Oncológico (quimioterapia e radioterapia), Especialidades ambulatoriais, (clínica médica adulto e pediátrica, ortopedia, urologia, cabeça, pescoço, plástica e oncológica), e conta também com várias outras atividades desenvolvidas. O hospital realiza anualmente cerca de 4.800 cirurgias, sendo sua grande maioria (cerca de 80%) de caráter eletivo, enquanto que 20% são de urgência e emergência, distribuídas entre as várias especialidades acima especificadas.

A segunda instituição trata-se de uma Santa Casa, fundada há 55 anos, que conta com 120 leitos, constituída com 356 colaboradores assistências. Nesse hospital são realizadas cerca de 300 cirurgias mensais. O conjunto hospitalar é composto por 2 enfermarias, sendo uma com atendimento prestado ao paciente proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS), outra para pacientes conveniados ou particulares, além de

Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia conjugada com o berçário, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Enfermaria de Pediatria e Pronto Socorro Geral. Nessa instituição, 60% da capacidade instalada é ofertada para o atendimento do SUS.

A amostra foi escolhida por conveniência, de acordo com os objetivos do trabalho, considerando o profissional que estivesse trabalhando no turno para a coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: profissionais com mais de um ano de trabalho; idade acima de 18 anos, de ambos os sexos. Esses profissionais preencheram então um questionário por meio do qual foi elaborada a caracterização da amostra; os itens preenchidos referem-se a sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, nível de escolaridade, turno de plantão, setor de atuação, número de filhos, situação conjugal, carga horária semanal e existência ou não de dedicação exclusiva.

5.2. Instrumentos

Para a realização da pesquisa foram utilizados os instrumentos Maslach *Burnout Inventory- Human Services Survey*- MBI-HSS, na avaliação da síndrome de *Burnout*, e a Escala e Depressão EDEP, para avaliar a sintomatologia da depressão, além do Questionário Sociodemográfico para caracterização da amostra, com dados referentes ao sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, nível de escolaridade, turno de plantão, setor de atuação, número de filhos, situação conjugal, carga horária de trabalho semanal e dedicação exclusiva.

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

Maslach e Leiter, 1997 (citados por Carlotto & Câmara, 2007) referem duas versões do MBI que têm sido muito utilizadas em estudos empíricos: a original, *Human Service Survey* (HSS), mais adequada para prestadores de serviços; e a mais recente, *General Survey* (GS) que pode ser aplicada a uma ampla gama de profissões. O MBI,

em sua primeira versão, avaliava a intensidade e a frequência das respostas com uma escala de pontuação tipo *Likert*, variando de 0 a 6. A segunda edição do MBI, realizada em 1986, passou a utilizar somente a avaliação da frequência, pois foi detectada a existência de alta associação entre as duas escalas. Outros estudos apontaram correlação superior a 0,80 (Maslach & Jackson, 1986).

Para Maslach, Jackson e Leiter (1996), o inventário é utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes ou as conseqüências resultantes de seu processo. Ele identifica índices de *burnout* de acordo com a pontuação em cada dimensão. Altos valores em exaustão emocional e despersonalização, e baixos valores em realização profissional (essa subescala é inversa) indicam alto nível de *burnout*. Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam, por sua vez, a importância de avaliar o MBI como um construto tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome.

Neste estudo, foi utilizado o MBI-HSS, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson para avaliar *burnout*. A construção do instrumento partiu de duas dimensões: Exaustão Emocional e Despersonalização, com uma terceira – baixa Realização Profissional – surgindo após estudos com muitos profissionais de diversas áreas. A princípio, o inventário apresentava 47 itens. Depois de ter sido submetido a uma amostra de 605 sujeitos de várias áreas ocupacionais, dez fatores emergiram e, por meio de uma avaliação, foram eliminados seis deles, juntamente com 24 itens que não possuíam peso fatorial superior a 0,40. Após a aplicação em uma nova amostra de 420 sujeitos com perfil igual ao anterior, os mesmos dez fatores emergiram, tendo somente três deles apresentando significância empírica (Maslach e Jackson, 1981). A consistência interna das três dimensões do inventário foi considerada satisfatória, pois

apresentou um alfa de *Cronbach* que variou de 0,71 a 0,90, sendo que os coeficientes de teste e reteste variaram de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (Benevides-Pereira, 2002).

O MBI-HSS foi traduzido para o português do Brasil e adaptado por Benevides-Pereira (2001). Sua tradução foi realizada em duas etapas: do inglês para o português e desse novamente para o inglês. A versão original foi então comparada com a versão em inglês, obtida por meio da tradução reversa, quando foram realizados os ajustes necessários para manter a intencionalidade dos itens do inventário original, possibilitando sua compreensão para a população brasileira. A tradução reversa, do português para o inglês, foi realizada por dois psicólogos com domínio nos dois idiomas. O instrumento é auto-aplicado, totalizando 22 itens, sendo que, em sua versão original americana, a frequência das respostas é avaliada por uma escala de pontuação que varia de 0 a 6. Na versão brasileira, a escala também totaliza 22 itens e sua pontuação varia de 0 a 5 (Carlotto & Câmara, 2007).

Neste inventário (MBI), é avaliado como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com as três dimensões estabelecidas pelo Modelo de Maslach: Exaustão Emocional (9 itens), 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20 Realização Pessoal no Trabalho (8 itens) 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 e 21. Despersonalização (5 itens), 5, 10, 11, 15 e 22 totalizando 22 itens que indicam a frequência das respostas com uma escala de pontuação variando de 1 a 7 (neste estudo, utilizaremos o sistema de pontuação de 1 a 5). Cada um dos componentes do MBI é analisado separadamente como uma variável contínua. Segundo Vasques-Menezes (2005), na exaustão emocional, a somatória de 27 ou mais pontos indica um grau Alto; de 17 a 26 pontos, considera-se grau Médio; e, com menos de 17 pontos, considera-se grau Baixo. Na despersonalização, a somatória de 13 ou mais pontos indica um grau Alto; de 7 a 12 pontos, grau Médio; e menos de 7

pontos indica um grau Baixo. Na realização pessoal no trabalho, a somatória de 39 ou mais pontos indica um grau Alto; de 30 a 38 pontos, considera-se grau Médio; e menos de 30 pontos indica um grau Baixo. Segundo Maslach (1986), constata-se a presença da síndrome de *burnout* pela combinação de alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

Escala de Depressão (EDEP) (Baptista, 2008)

A Escala de Depressão (EDEP) é um instrumento brasileiro criado por (Baptista, 2008) com o propósito de medir a sintomatologia da depressão. Desenvolvida utilizando como base informações sobre as particularidades do quadro no Brasil, os manuais psiquiátricos DSM-IV-TR (APA, 2002) e CID-10 (OMS, 1991), bem como algumas teorias psicológicas (Teoria de Beck e a visão comportamental sobre a depressão), a EDEP apresenta 21 indicadores de depressão, a saber: humor deprimido, inutilidade, autocrítica exacerbada, falta de perspectiva do presente, anedonia, irritabilidade, lentidão psicomotora, queda de produtividade, autoestima rebaixada, perda da libido, incapacidade, alteração do sono, desesperança, ideação suicida, esquiva de situações sociais, indecisão, fadiga, perda de energia, inadequação, esquiva, desamparo. Alguns desses indicadores podem se referir a situações opostas, como por exemplo, alteração de apetite. Nesse caso, tanto a alteração para mais quanto para menos deve ser captada pelo instrumento.

A partir desses indicadores, foram construídas 150 frases que abordam cada um deles de forma negativa e positiva, como por exemplo: “Faço coisas que gosto” e “Não tenho mais vontade de fazer coisas que gostava”, relativas ao indicador “perda ou diminuição do prazer”; “Tenho chorado muito” e “não tenho chorado”, relacionadas a “choro”. Dessa forma, após a eliminação de frases repetidas e dúbias, foram gerados 75 itens, compostos por um par de frases cada. A partir de estudos de conteúdo, a escala

foi reduzida a 32 itens, cada um composto por uma régua contendo três círculos, dentro dos quais é requisitado aos participantes que indiquem um único círculo que melhor expressa como eles se sentem em relação às afirmações. O participante deve então escolher o círculo imediatamente mais próximo à frase da esquerda ou da direita, caso ele concorde com as afirmações. O círculo central deve ser marcado se o sentimento puder ser classificado como “mais ou menos”. Com o objetivo de buscar evidências de validade e outras qualidades psicométricas para os 75 descritores, compostos inicialmente na EDEP, foram realizados diversos estudos. Em um deles, conduzidos por Baptista, Souza e Alves (2008), o instrumento foi aplicado juntamente com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A uma amostra de 157 estudantes universitários do sul de Minas Gerais, sendo 75,5% do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 51 anos ($M=23,22$; $DP=6,4$). Encontraram-se correlações altas e significativas entre a EDEP e o BDI ($r=0,75$; $p=0,000$), além de Correlações fracas e moderadas entre a EDEP e as dimensões do IPSF, quais sejam , Afetivo-consistente ($r=-0,36$; $p=0,000$); Adaptação familiar ($r=-0,37$; $p=0,000$); Autonomia familiar ($r=-0,32$; $p=0,000$) e Suporte total ($r=-0,42$; $p=0,000$). Os autores concluíram que, embora o número de participantes tenha sido reduzido, os resultados obtidos acompanham o encontrado na literatura.

Também com o objetivo de buscar evidências de validade, convergente e discriminante, para essa escala, Dias (2008) aplicou a EDEP, juntamente com o *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar e a Bateria Fatorial de Personalidade, em 200 participantes, com idade variando entre 18 e 62 anos ($M=37,71$; $DP=9,8$), sendo 100 deles pacientes do ambulatório de doenças inflamatórias intestinais de uma universidade do interior de São Paulo, com diagnóstico clínico confirmado de doença de Crohn, e 100 acompanhantes

dos pacientes que frequentam o ambulatório. As correlações entre a EDEP e as medidas de depressão dos demais instrumentos foram moderadas e fortes, além de ter sido constatada uma diferença significativa para os grupos clínicos e não clínicos em relação à depressão ($t=-3,3631$; $gI=198$; $p\leq 0,001$). Por fim, análises de Consistência interna da EDEP evidenciaram índices altos de precisão. O alfa de Cronbach foi de 0,96 para a amostra total. Para o grupo clínico foi encontrada precisão de 0,96 e para o grupo não clínico, de 0,95. Por intermédio das evidências analisadas, concluiu-se que a EDEP é uma escala promissora para a avaliação da depressão.

Em outro estudo realizado com 510 estudantes de várias escolas públicas do interior de São Paulo, entre a sexta e oitava séries do Ensino Fundamental (Santana, 2008), foram aplicados a EDEP, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Inventário de Estilos Parentais. A amostra foi composta por 242 meninos e 268 meninas, com idade variando entre 11 e 18 anos, com média de 13,31 anos ($DP=1,1$). Assim como esperado, encontraram-se correlações positivas e moderadas entre os Inventários de suporte familiar e de estilos parentais, além de correlações negativas entre esses instrumentos e a EDEP. Esses dados deram credibilidade à evidência de validade baseada em outras variáveis, de acordo com o *Standards for education and psychological testing*.

5.4. Procedimentos

Após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Francisco, foi feita uma reunião com os Diretores e coordenadores de enfermagem das Instituições participantes da pesquisa, informando-os sobre o estudo a ser realizado. Nesse momento, o procedimento foi explicado e as datas e os horários foram combinadas para a liberação dos profissionais que participaram da pesquisa. Nas

devidas datas combinadas, foi feita uma explanação aos sujeitos participantes sobre o estudo. Em seguida, foi entregue o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido para que fosse assinado. Devidamente autorizada, foi iniciada a aplicação individual dos instrumentos pela própria pesquisadora em sala cedida pela Instituição, nos respectivos locais de trabalho dos participantes, durante o horário de trabalho. Sua aplicação foi precedida do preenchimento do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido por todos os participantes, seguido então pelo questionário sociodemográfico, em seguida pelo MBI e por último, pela EDEP. Os questionários foram respondidos durante o turno de trabalho, no qual os profissionais geralmente recebiam o plantão e em seguida eram liberados para responder aos instrumentos. O tempo de aplicação foi de aproximadamente de 40 minutos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Análise descritiva dos dados

Participaram deste estudo 206 profissionais de enfermagem. Do grupo estudado 126 (61,2%) eram auxiliares de enfermagem, 32 (15,5%) eram técnicos de enfermagem e 48 (23,3%) eram enfermeiros, de dois hospitais, sendo um deles público (139 profissionais correspondendo a 67,5%) e o outro filantrópico (67 profissionais correspondendo a 33%), de duas cidades próximas no interior do estado de São Paulo. A maioria do grupo estudado, 168 participantes (81,6%), era do sexo feminino, enquanto que 38 (18,4%), era do sexo masculino. O resultado já era esperado por ser uma profissão composta basicamente por mulheres.

A idade dos participantes variou de 22 a 63 anos (M= 40,64; DP= 9,40 anos). Sendo que no Hospital público o regime adotado é o estatutário. De modo que muitos profissionais que fizeram parte da pesquisa já tinham outro trabalho no regime CLT antes de iniciarem a carreira nesse hospital, portanto, com certa maturidade profissional.

Em relação à situação conjugal, 120 (58,3%) relataram que viviam com alguém e 86 (41,7%) disseram que viviam sozinhos. Quanto a ter ou não filhos, 53 (25,7%) relataram que não tinham nenhum filho e 153 (74,3%) relataram que possuíam filhos.

Quanto ao tempo de formação dos participantes, por sua vez, variou de 1 a 36 anos. No que diz respeito à experiência profissional, 36 (17,5%) disseram que tinham de 1 a 4 anos de trabalho, 37 (18,0%) relataram que tinham de 5 a 10 de experiência profissional e 133 (64,6%) disseram que tinham de mais de 10 anos de experiência.

A maioria dos pesquisados, 160 profissionais (77,7%), atuava no turno diurno, enquanto 46 (22,3%) atuavam no plantão noturno. Um total de 202 (98%) tinham carga horária de 36 horas semanais, enquanto que 4 deles (1,9%) faziam 40 horas semanais.

Em relação ao setor de atuação, os participantes do presente estudo foram agrupados por eixos de cuidados, a saber, eixo clínico, eixo cirúrgico, eixo pediátrico e

eixo administrativo, critério este adotado em um dos hospitais em que foi realizada a pesquisa. Do eixo Clínico, fizeram parte 73 participantes (35,4%), os quais atuavam em Enfermaria de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva de Adulto, Pronto Socorro Adulto, Oncologia, Ambulatório, Serviço de Endoscopia e Radiologia. Já no eixo cirúrgico foram 101 (49%) profissionais, que trabalhavam em bloco operatório (sala cirúrgica, recuperação pós-anestésica e anestesia), Centro de Material e Esterilização, Enfermaria de Clínica Cirúrgica, Enfermaria de Neurocirurgia, Enfermaria de Ortopedia e Maternidade. No eixo Pediátrico, foram 15 (7,3%) profissionais, que atuavam no setor de Pediatria, Pronto Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Infantil e Berçário. Por fim, no eixo Administrativo, foram 17 profissionais participantes (8,3%), compreendendo Gerentes e Coordenadores que faziam parte do apoio ao cuidado, Serviços de Educação Continuada, Referência Técnica, Apoio de Recursos Humanos e Apoio do Hospital de Ensino, como pode ser visto na Tabela 11.

Ao serem questionados se faziam ou não horas extras, 38 (18%) dos profissionais responderam que sim, enquanto que 168 (82%) disseram que não faziam. Quando perguntados se possuíam outro emprego, 156 (75,7%) relataram não possuir outro emprego, enquanto que 50 deles (24,3%) possuíam outro vínculo.

Quando questionados sobre sua escolaridade, 112 (54,4%) participantes declararam possuir o ensino médio completo, 48 (23,3%) o superior completo, 19 (9,2%) o superior incompleto e 27 (13,1%) pós-graduação.

A Tabela 1 apresenta os principais resultados obtidos a partir da aplicação da EDEP e do MBI a esse conjunto de participantes. Nela, pode-se notar que os participantes possuem uma pontuação média de 46,14 (DP=12,14), com pontuação mínima igual a 31,0 e máxima igual a 95,0, medidos conforme aplicação da EDEP.

Tabela 1

Estatísticas descritivas dos escores dos instrumentos (EDEP e MBI) respondidos pelos participantes

	EDEP_total	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Profissional	MBI_Total
Média	46,14	21,16	8,58	31,39	46,34
Mediana	43,00	20,50	8,00	32,00	44,00
Moda	37,00	15,00	5,00	32,00	43,00
Desvio Padrão	12,14	6,56	2,90	4,88	12,14
Mínimo	31,00	9,00	5,00	17,00	22,00
Máximo	95,00	42,00	20,00	40,00	86,00

Com relação ao MBI, a dimensão Exaustão Emocional apresentou valor médio de 21,16 (DP=6,56), resultado esse considerado médio (de 17 a 26 pontos) para avaliação da exaustão. Os resultados que foram verificados para a despersonalização (M=8,58 e DP=2,90), também concordam com o padrão médio estipulado pelo instrumento (de 7 a 12). Na dimensão Realização Profissional, a média encontrada foi 31,39 (DP=4,88), colocando-se num nível médio (mais de 30 pontos). Ressalta-se que a Síndrome de *Burnout* caracteriza-se por altos níveis de Exaustão Emocional e Despersonalização e baixos níveis de Realização Profissional (Vasques-Menezes (2005)

6.2. Análise inferencial dos dados

Para fazer a análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows*, SPSS, versão 17.0. Utilizou-se a técnica estatística paramétrica, com o coeficiente de correlação de *Pearson* (r), o teste *t de Student* para dois grupos e Análise de Variância (ANOVA) com prova *Tukey* para três ou mais grupos. O nível de significância adotado para tais análises foi o de $p \leq 0,05$.

Para cumprir com o objetivo geral deste trabalho, buscou-se correlacionar os escores dos dois instrumentos aplicados, quais sejam, a EDEP, que avalia sintomatologia depressiva, e o MBI e suas dimensões, usadas para avaliação do *burnout*. Foram encontradas correlações altamente significativas entre as pontuações da EDEP e do MBI, em todas as dimensões. Conforme ilustra a Tabela 16.

Tabela 2

Correlação de Pearson entre a EDEP e o MBI e suas dimensões

		Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Profissional	MBI_Total
EDEP_total	<i>r</i>	0,52**	0,44**	-0,44**	0,56**
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000

** Correlações significativas ao nível 0,01.

Esse resultado é o que se pode esperar para instrumentos que medem construtos relacionados. Dentre as dimensões, uma maior magnitude de correlação foi encontrada entre a EDEP e a exaustão emocional. Um resultado ainda maior foi encontrado entre EDEP e MBI total. A correlação encontrada entre EDEP e realização profissional foi negativa, uma vez que podemos compreender que essa dimensão do *burnout* é invertida. Dessa maneira, inferimos que quanto maior a sintomatologia depressiva relatada, maiores os níveis de exaustão emocional e despersonalização e menores os níveis de realização profissional encontrados. Esses resultados concordam com o estudo de Iacovides, Fountoulakis, Moysidou e Ierodiakonou (1999), segundo o qual apesar do *burnout* e da depressão serem entidades separadas, compartilham de várias características qualitativas, principalmente no que diz respeito às formas mais graves de *burnout* em profissionais que estejam vulneráveis e apresentem baixo nível de satisfação no trabalho. Já no estudo português realizado por Murcho, Jesus e Pacheco, os resultados refletiram que embora os quadros depressivos pudessem ocorrer como

manifestação do *burnout* o inverso parece não ser evidente. Os autores concluíram que trata-se de construtos diferentes, apesar de apresentarem aspectos comuns, também contrariando o resultado da presente pesquisa. No entanto, em outro estudo grego, realizado por Brats e cols, esses autores correlacionaram a Alexitima com *Burnout*, Depressão e Suporte familiar. Em relação à correlação entre Depressão e *Burnout*, foi observado que o indivíduo depressivo mostra-se mais vulnerável ao *burnout*. Talvez isso ocorra devido à de falta habilidade inata para obter satisfação no trabalho.

Também foi feita uma análise da diferença de médias, utilizando-se a ANOVA para buscar diferenças entre os cargos dos profissionais, de acordo com as pontuações nos instrumentos, quais sejam: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro. Os resultados encontrados não diferenciaram os grupos em nenhum instrumento respondido $F=0,805$, $p=0,449$ para EDEP, $F=0,594$, $p=0,553$ para Exaustão Emocional, $F=1,945$, $p=0,146$ para Despersonalização, $F=0,98$ $p=0,907$ para Realização Profissional, e $F=0,707$, $p=0,494$ para MBI Total). Isso significa que os profissionais de enfermagem não se diferenciaram em termos de níveis de depressão e *burnout*. Esse resultado contraria os resultados apresentados no estudo de Silva, Loureiro e Peres (2008) em relação ao *burnout*, no qual foi observado que o técnico em enfermagem mostrou-se mais vulnerável à síndrome nas suas três dimensões, conforme ilustra a Tabela 3.

Tabela 3

Análise de Variância entre grupos de cargos dos profissionais de acordo com as pontuações dos instrumentos EDEP e MBI e suas dimensões

		Soma dos quadrados	Média quadrática	<i>F</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Entre grupos	237,70	118,85	0,805	0,449
	Dentro dos grupos	29827,19	147,65		
Exaustão Emocional	Entre grupos	51,47	25,73	0,594	0,553
	Dentro dos grupos	8792,24	43,31		
Despersonalização	Entre grupos	32,63	16,31	1,945	0,146
	Dentro dos grupos	1703,29	8,39		
Realização Profissional	Entre grupos	4,69	2,34	0,098	0,907
	Dentro dos grupos	4884,66	24,06		
MBI_Total	Entre grupos	209,32	104,66	0,707	0,494
	Dentro dos grupos	30045,51	148,00		

Além disso, foi realizada uma análise com o uso do teste *t de Student*, comparando os grupos criados a partir da variável estado civil dos participantes, sendo um grupo denominado “vive com alguém” e outro denominado “vive sozinho”. De acordo com o resultado, os grupos não se diferenciaram, ($t=0,386$ e $p=0,700$ para EDEP, $t=0,017$ e $p=0,987$ para Exaustão Emocional, $t=-0,460$ e $p=0,646$ para Despersonalização, $t=-0,461$ e $p=0,646$ para Realização Profissional, $t=-0,231$ e $p=0,817$ para MBI total). Dessa forma, tanto para a sintomatologia depressiva quanto para o *burnout*, os profissionais não se diferenciaram, no que diz respeito ao seu estado civil, ilustrados pela Tabela 4.

Tabela 4

Teste t de Student entres os grupos de situação conjugal de acordo com os instrumentos respondidos

	Situação conjugal	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>P</i>
EDEP_total	Vive com alguém	46,42	12,16	0,386	0,700
	Vive sozinho	45,75	12,16		
Exaustão Emocional	Vive com alguém	21,16	7,05	0,017	0,987
	Vive sozinho	21,15	5,86		
Despersonalização	Vive com alguém	8,50	2,93	-0,460	0,646
	Vive sozinho	8,69	2,89		
Realização Profissional	Vive com alguém	31,49	4,89	0,461	0,646
	Vive sozinho	31,26	4,90		
MBI_Total	Vive com alguém	46,18	12,55	-0,231	0,817
	Vive sozinho	46,58	11,63		

Esses resultados concordam com os encontrados no estudo grego feito por (Telesbis, Moulou & Ilias, 2001) em que não se evidenciou diferença entre o estado civil dos participantes. Já os achados no estudo de Silva, Queirós e Rodrigues contrariam os resultados do presente estudo por revelar diferenças, ainda que pouco significativas, entre os enfermeiros solteiros que estavam mais pré-dispostos ao *burnout*, enquanto que, enfermeiros casados mostravam-se mais suscetíveis à depressão.

Foi realizada também uma análise com o uso do teste *t de Student*, comparando os grupos a partir da variável sexo nas pontuações da EDEP e do MBI, as quais não apresentaram significância estatística ($t=-0,449$ e $p=0,654$ para EDEP, $t=-0,303$ e $p=0,763$ para Exaustão Emocional, $t=-0,284$ e $p=0,777$ para Despersonalização, $t=-0,887$ e $p=0,376$ para Realização Profissional, $t=0,099$ e $p=0,921$ para MBI; $t=-0,231$ e $p=0,817$ para MBI total). Dessa maneira, os homens não se diferenciam das mulheres

no relato da sintomatologia depressiva e nos níveis de *burnout*, esse resultado pode ser conferido na Tabela 5.

Tabela 5

Teste t de Student para comparar os grupos por sexo de acordo com os instrumentos respondidos pelos participantes

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	p
EDEP_total	Masculino	38	45,34	13,44		
	Feminino	167	46,32	11,85	-0,449	0,654
Exaustão Emocional	Masculino	38	20,86	7,12		
	Feminino	168	21,22	6,45	-0,303	0,763
Despersonalização	Masculino	38	8,42	3,09		
	Feminino	168	8,62	2,87	-0,287	0,777
Realização Profissional	Masculino	38	30,76	6,25		
	Feminino	168	31,54	4,52	-0,887	0,376
MBI_Total	Masculino	38	46,52	14,11		
	Feminino	168	46,30	11,70	0,231	0,817

Esses resultados se contrapõem aos encontrados no estudo feito por Telesbis, Moulou e Ilias, (2001) em um hospital grego, no qual os enfermeiros do sexo masculino apresentaram alta significância quando comparou o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Beck's *Depression Inventory* (BDI) e Antonovsky's of Coherence questionnaire (SOC).

Com relação às possíveis diferenças entre grupos de participantes separados por eixos de cuidados, os resultados encontrados revelaram apenas uma diferença significativa entre eixo clínico cirúrgico e os demais eixos, de maneira que os participantes do grupo eixo cirúrgico tiveram significativamente maior pontuação, quando comparados com os participantes do eixo clínico. Assim, os participantes do eixo cirúrgico relataram maior Despersonalização ($F= 3,403$, $p= 0,019$), e a prova de Tukey revelou que esse resultado se deve, na verdade, a uma diferença entre os eixos

clínico e cirúrgico ($M=1,27$, $p=0,021$). A diferença entre esses dois eixos também foi encontrada para o *burnout* total, ($M=4,79$, $p=0,050$), sendo responsável pelo resultado da Anova para essa dimensão ($F=2,283$, $p=0,080$) deixando esse resultado próximo do limite para significância estatística ($p=0,5$) (Tabela 6). Em relação à EDEP, o eixo cirúrgico também apresentou diferença, ainda que insignificante em relação aos demais eixos de cuidado, de acordo com a Tabela 7.

Tabela 6

Análise de Variância para comparar grupos de participantes por eixo de cuidados de acordo com os instrumentos respondidos

		Soma dos quadrados	Média quadrática	<i>F</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Entre grupos	11,47	3,82	0,026	0,994
	Dentro dos grupos	30053,42	149,52		
Exaustão Emocional	Entre grupos	266,36	88,78	2,091	0,103
	Dentro dos grupos	8577,34	42,46		
Despersonalização	Entre grupos	83,50	27,83	3,403	0,019
	Dentro dos grupos	1652,42	8,18		
Realização Profissional	Entre grupos	95,01	31,67	1,334	0,264
	Dentro dos grupos	4794,34	23,73		
MBI_Total	Entre grupos	992,09	330,69	2,283	0,080
	Dentro dos grupos	29262,74	144,86		

Tabela 7

Prova Tukey entre os setores de atuação de acordo com os escores obtidos nos instrumentos respondidos

<i>Variável dependente</i>	<i>(I)</i> <i>Setor_atuação</i>	<i>(J)</i> <i>Setor_atuação</i>	<i>Diferença de</i> <i>média (I-J)</i>	<i>Desvio</i> <i>Padrão</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Administrativo	Clínico	-0,19	3,30	1,000
		Cirúrgico	-0,24	3,20	1,000
		Pediátrico	0,66	4,33	0,999
	Clínico	Administrativo	0,19	3,29	1,000
		Cirúrgico	-0,05	1,88	1,000
		Pediátrico	0,86	3,47	0,995
	Cirúrgico	Administrativo	0,24	3,20	1,000
		Clínico	0,05	1,88	1,000
		Pediátrico	0,91	3,38	0,993
	Pediátrico	Administrativo	-0,66	4,33	0,999
		Clínico	-0,86	3,47	0,995
		Cirúrgico	-0,91	3,38	0,993
Exaustão Emocional	Administrativo	Clínico	2,62	1,75	0,440
		Cirúrgico	0,53	1,70	0,989
		Pediátrico	3,18	2,30	0,513
	Clínico	Administrativo	-2,62	1,75	0,440
		Cirúrgico	-2,09	1,00	0,160
		Pediátrico	0,55	1,84	0,990
	Cirúrgico	Administrativo	-0,53	1,70	0,989
		Clínico	2,09	1,00	0,160
		Pediátrico	2,64	1,80	0,458
	Pediátrico	Administrativo	-3,18	2,30	0,513
		Clínico	-0,55	1,84	0,990
		Cirúrgico	-2,64	1,80	0,458
Despersonalização	Administrativo	Clínico	-0,22	0,77	0,991
		Cirúrgico	-1,50	0,74	0,190
		Pediátrico	-0,89	1,01	0,814
	Clínico	Administrativo	0,22	0,77	0,991
		Cirúrgico	-1,27*	0,43	0,021
		Pediátrico	-0,66	0,81	0,843

Tabela 7

Continuação

<i>Variável dependente</i>	<i>(I)</i> <i>Setor_atuação</i>	<i>(J)</i> <i>Setor_atuação</i>	<i>Diferença de</i> <i>média (I-J)</i>	<i>Desvio</i> <i>Padrão</i>	<i>p</i>	
Despersonalização	Cirúrgico	Administrativo	1,50	0,74	0,190	
		Clínico	1,27*	0,43	0,021	
		Pediátrico	0,60	0,79	0,869	
	Pediátrico	Administrativo	0,89	1,01	0,814	
		Clínico	0,66	0,81	0,843	
		Cirúrgico	-0,60	0,79	0,869	
Realização Profissional	Administrativo	Clínico	-0,48	1,31	0,983	
		Cirúrgico	0,94	1,27	0,882	
		Pediátrico	1,03	1,72	0,933	
	Clínico	Administrativo	0,48	1,31	0,983	
		Cirúrgico	1,42	0,74	0,230	
		Pediátrico	1,51	1,38	0,693	
	Cirúrgico	Administrativo	-0,94	1,27	0,882	
		Clínico	-1,42	0,74	0,230	
		Pediátrico	0,08	1,34	1,000	
	Pediátrico	Administrativo	-1,03	1,72	0,933	
		Clínico	-1,51	1,38	0,693	
		Cirúrgico	-0,08	1,34	1,000	
	MBI_Total	Administrativo	Clínico	2,88	3,24	0,810
			Cirúrgico	-1,90	3,15	0,931
			Pediátrico	1,26	4,26	0,991
		Clínico	Administrativo	-2,88	3,24	0,810
			Cirúrgico	-4,79*	1,84	0,050
			Pediátrico	-1,62	3,41	0,964
Cirúrgico		Administrativo	1,90	3,15	0,931	
		Clínico	4,79*	1,84	0,050	
		Pediátrico	3,16	3,33	0,777	
Pediátrico		Administrativo	-1,26	4,26	0,991	
		Clínico	1,62	3,41	0,964	
		Cirúrgico	-3,16	3,33	0,777	

Nesse sentido, o estudo de Murcho, Jesus e Pacheco (2009) corrobora com o resultado do presente estudo, no qual os autores identificaram diferenças entre os grupos estudados, a saber: Hospital de Faro e Centro Hospitalar Barlavento. O segundo grupo foi estatisticamente mais significativo por apresentar alta para Exaustão Emocional em 20% dos participantes, Despersonalização Média em 20,9%. E para insatisfação profissional foi encontrada em 32,9%. Já para a Depressão, o valor encontrado foi baixo em todos os grupos estudados. De modo que esse estudo revelou que o valor encontrado ($M= 2,76$ pontos ($SD = 3,7$ pontos) ficou abaixo do nível da escala que era de 10,5 pontos.

Com relação à variável tempo de trabalho, os resultados não relataram correlações significativas ($r=-0,071$ e $p=0,313$ para EDEP, $r=0,039$ e $p=0,574$, para Exaustão Emocional, $r=0,042$ e $p=0,544$ para Despersonalização, $r=-0,006$ e $p=0,930$ para Realização Profissional e para MBI total $r= 0,034$ e $P=0,628$) de modo que não é possível dizer que o tempo de trabalho na instituição (hospital) tenha influência nos níveis relatados de depressão e *burnout*, conforme ilustra a Tabela 8.

Tabela 8

Correlação de Pearson para comparar Tempo de Trabalho entre as dimensões do MBI e EDEP

		EDEP	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Profissional	MBI_Total
Tempo de Trabalho	<i>r</i>	-0,07	0,04	0,04	-0,01	0,03
	<i>p</i>	0,313	0,574	0,544	0,930	0,628

Esses resultados contrariam os encontrados no estudo de Silva, Queirós e Rodrigues (2009) que evidenciou que os enfermeiros com maior experiência profissional e condição estável na profissão estavam mais sujeitos à Depressão,

enquanto que os enfermeiros com menor experiência profissional e com contratos de trabalho indefinidos apresentaram maior *burnout*.

No que tange ao tempo de experiência profissional, foi feita também uma análise buscando diferenças de médias entre os profissionais de enfermagem que possuíam de 1 a 4 anos de experiência, de 5 a 10 anos e mais de 10 anos. Não foram encontradas diferenças significativas entre esses três grupos com relação a nenhuma das variáveis estudadas ($F=0,497$, $p=0,609$ para EDEP, $F=0,725$, $p=0,486$ para Exaustão Emocional, $F=0,487$, $p=0,615$ para Despersonalização, $F=0,285$, $p=0,752$ para Realização Profissional, $F=0,498$, $p=0,609$ para MBI Total). Dessa forma não houve diferença significativa no relato de sintomas de depressão e níveis de *burnout*, entre esses profissionais, conforme ilustra a Tabela 9.

Tabela 9

Teste t de Student Análise de diferenças da experiência profissional dos participantes

		Soma dos quadrados	Média quadrática	<i>F</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Entre grupos	147,29	73,64	0,497	0,609
	Dentro dos grupos	29917,60	148,10		
Exaustão Emocional	Entre grupos	62,72	31,36	0,725	0,486
	Dentro dos grupos	8780,98	43,25		
Despersonalização	Entre grupos	8,29	4,14	0,487	0,615
	Dentro dos grupos	1727,63	8,51		
Realização Profissional	Entre grupos	13,69	6,84	0,285	0,752
	Dentro dos grupos	4875,66	24,01		
MBI_Total	Entre grupos	147,58	73,79	0,498	0,609
	Dentro dos grupos	30107,24	148,31		

O resultado da presente pesquisa contrapõe-se aos encontrado por Silva, Queirós e Rodrigues (2009) que verificou que enfermeiros com maior experiência profissional e com vínculo de trabalho estável eram mais predispostos à depressão, enquanto os que

possuíam menor experiência profissional e instabilidade profissional apresentaram maior *burnout*.

De acordo com a pergunta “Possui outro emprego”, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos estudados ($t=-0,456$ e $p=0,649$ para EDEP, $t=0,444$ e $p=0,657$ para Exaustão Emocional, $t=0,537$ e $p=0,592$ para Despersonalização, $t=0,096$ e $p=0,923$ para Realização Profissional, $t=0,407$ e $p=0,684$ para MBI total). De modo que pessoas que possuem outro emprego não se diferenciam das pessoas que não possuem com relação aos sintomas da depressão e *burnout*. Os resultados da presente pesquisa contrariam os encontrados por Silva, Loureiro e Peres (2008) quando esses puderam verificar que os profissionais de enfermagem que conciliavam dois empregos apresentaram maior frequência de *burnout* nas 3 dimensões (Tabela 10).

Tabela 10

Teste t de Student entre os participantes que possuem e os que não possuem mais de uma atividade profissional de acordo com os instrumentos respondidos

	Possui outro		Média	Desvio Padrão	T	p
	emprego?					
EDEP_total	sim		45,46	11,54		
	não		46,36	12,35	-0,456	0,649
Exaustão Emocional	sim		21,52	7,22		
	não		21,04	6,36	0,444	0,657
Despersonalização	sim		8,78	3,24		
	não		8,52	2,80	0,537	0,592
Realização Profissional	sim		31,34	5,44		
	não		31,41	4,70	-0,096	0,923
MBI_Total	sim		46,96	14,25		
	não		46,15	11,43	0,407	0,684

Quanto à variável tempo de férias foram encontradas correlações significativas para Exaustão Emocional e MBI total, de modo que quanto maior o tempo que o

participante fica sem tirar suas férias, menor as pontuações encontradas para Exaustão Emocional e *burnout* total. Esses resultados podem ser conferidos na Tabela 11 a seguir. Embora surpreendente, esse resultado pode ser devido a soma de problemas pessoais com os profissionais, caso esse em que o indivíduo em seu ritmo frenético de trabalho acometido pelo estresse crônico, ao sair do ambiente laboral para desfrutar de suas férias, poderá deparar-se com os problemas existentes cotidianamente no âmbito familiar, com efeito, então poderá ocorrer a soma do *burnout* que ele carregou consigo com os problemas domésticos, mantendo assim o nível de estresse e *burnout*. Sugere-se que mais estudos sejam realizados no sentido de clarificar essa hipótese.

Tabela 11

Correlação entre tempo de Férias, EDEP e MBI e suas dimensões

	EDEP_ total	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Profissional	MBI_Total
Tempo_férias <i>r</i>	-0,07	-0,17*	-0,13	0,12	-0,17*
<i>p</i>	0,320	0,012	0,071	0,094	0,014

*.Correlações significativas ao nível 0,05

Ao comparar os grupos de participantes de acordo com seu relato sobre o sono (se dormem normalmente ou não), vimos que não há diferença significativa entre os grupos. Nesse sentido, deverão ser realizados outros estudos para verificar essa correlação. Esses resultados podem ser conferidos na Tabela 12.

Tabela 12

Teste t de Student em grupos de participantes que dormem ou não normalmente de acordo com os instrumentos respondidos

	Dorme Normalmente	Média	Desvio padrão	<i>T</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Sim	45,33	11,36		
	Não	48,93	14,30	-1,570	0,121
Exaustão Emocional	Sim	20,84	6,50		
	Não	22,26	6,74	-1,266	0,210
Despersonalização	Sim	8,61	2,91		
	Não	8,50	2,93	0,230	0,819
Realização Profissional	Sim	31,35	4,81		
	Não	31,54	5,15	-0,220	0,826
MBI_Total	Sim	46,10	11,88		
	Não	47,21	13,14	-0,519	0,605

Com relação à escolaridade, buscou-se diferenciar os níveis de escolaridade, quais sejam: médio completo, superior completo, superior incompleto e pós-graduação. Os resultados indicaram que esses níveis não se diferenciaram de acordo com as pontuações da EDEP, do MBI e suas dimensões ($F=1,114$, $p=0,344$ para EDEP, $F=0,190$, $p=0,903$ para Exaustão Emocional, $F=1,497$, $p=0,217$ para Despersonalização, $F=0,279$, $p=0,841$ para Realização Profissional, $F=0,474$, $p=0,701$ para MBI Total). Sendo assim, em níveis de depressão e *burnout*, os profissionais não se diferenciam em termos de escolaridade. Esse resultado pode ser conferido na Tabela 13.

Tabela 13

Análise de Variância entre grupos de diferentes escolaridades de acordo com os instrumentos respondidos

		Soma dos quadrados	Média quadrática	<i>F</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Entre grupos	491,80	163,93	1,114	0,344
	Dentro dos grupos	29573,10	147,13		
Exaustão Emocional	Entre grupos	24,89	8,29	0,190	0,903
	Dentro dos grupos	8818,82	43,65		
Despersonalização	Entre grupos	37,74	12,58	1,497	0,217
	Dentro dos grupos	1698,17	8,41		
Realização Profissional	Entre grupos	20,16	6,72	0,279	0,841
	Dentro dos grupos	4869,19	24,10		
MBI_Total	Entre grupos	211,46	70,48	0,474	0,701
	Dentro dos grupos	30043,37	148,73		

Esse resultado contraria os encontrados na literatura em que é apontado por Maslach, Shaufeli e Leiter (1999) que, quanto maior o nível de escolaridade maior a predisposição ao *burnout*, principalmente no que tange ao desgaste emocional e à despersonalização.

Por fim, foi feita uma última análise comparando os participantes provenientes de duas diferentes instituições hospitalares de duas cidades próximas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($t=-0,214$ $p=0,830$ para EDEP, $t=-0,345$ $p=0,730$ para Exaustão Emocional, $t= 1,107$ $p=0,270$ para Despersonalização, $t=0,20$ $p=0,984$ para Realização Profissional, $t=-0,459$ $p=0,647$ para MBI total) (Tabela 14).

Tabela 14

Teste t de Student entre os hospitais estudados de acordo com os instrumentos respondidos pelos participantes

	Hospital	Média	Desvio Padrão	<i>T</i>	<i>p</i>
EDEP_total	Público	46,01	11,98		
	Filantrópico	46,40	12,54	-0,214	0,830
Exaustão Emocional	Público	21,05	6,56		
	Filantrópico	21,38	6,63	-0,345	0,730
Despersonali zação	Público	8,43	2,86		
	Filantrópico	8,91	2,99	-1,107	0,270
Realização Profissional	Público	31,40	4,69		
	Filantrópico	31,39	5,28	0,020	0,984
MBI_Total	Público	46,08	11,60		
	Filantrópico	46,91	13,28	-0,459	0,647

Esses resultados corroboram com o estudo de Murcho, Jesus e Pacheco (2009), em que não foram evidenciados diferenças significativas entre as instituições pesquisadas no Faro e Algarvio, Portugal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta do vínculo afetivo nas atividades do cuidado requer caráter estrutural, caráter esse impossibilitado muitas vezes pela organização do trabalho, devido às regras a serem cumpridas quando se trata do cuidado profissionalizado. Tais regras são referidas como normas, determinações superiores, questões administrativas entre outras. A partir daí, instala-se uma situação de tensão no indivíduo, que pode tomar dimensões incalculáveis, criando um conflito que não pode mais ser resolvido com as alternativas à sua disposição, pela impossibilidade de dar vazão a essa energia afetiva, levando-o, então, ao sofrimento.

O estresse no trabalho é um assunto muito atual e cheio de contradições, em que os profissionais exercitam-se como atletas do trabalho, tentando quebrar seus próprios recordes, seus paradigmas e superar os seus limites quase que cotidianamente. Nesse contexto, a proposta do presente estudo teve como objetivo geral buscar evidências de validade para o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, com base na relação com outras variáveis, correlacionando suas dimensões com a escala de depressão EDEP em uma amostra de profissionais de enfermagem. Os resultados apontaram um nível médio de *burnout* em todas as suas dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional).

Embora os resultados do presente estudo tenham respondido ao principal delineamento da pesquisa, ou seja, a correlação entre os construtos aplicados em profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar, nota-se que mais estudos sobre o tema possam ajudar a desenvolver novas perspectivas no que tange à detecção e até mesmo prevenção de doenças. Existem muitos estudos que avaliam o *burnout* em profissionais de enfermagem, mas não há uma consistência de resultados dos mesmos,

além de grande parte deles fazerem uso de um mesmo instrumento, que também foi utilizado nesta pesquisa. Fica a dúvida se há mesmo uma prevalência de *burnout* nos profissionais de enfermagem ou se há algum problema na qualidade e precisão do instrumento utilizado. Dessa forma, estudos como esse, podem contribuir na validação pois asseguram a qualidade do instrumento utilizado no diagnóstico ou mesmo no rastreamento de sintomas, para possível intervenção e tomada de decisões. Ainda se fazem necessárias outras contribuições na avaliação do *burnout*, já que ainda existem muitas divergências na literatura. É necessária a atenção em nuances e detalhes que podem fazer diferença na relação do *burnout* com outras patologias, como a depressão.

No presente estudo, por exemplo, não foi pesquisado o número de afastamento dos participantes, bem como seus respectivos motivos que podem ou não estar diretamente relacionado com o estresse crônico do trabalho e/ou à depressão também. Os níveis de *burnout* e depressão foram avaliados apenas em profissionais de enfermagem, como previa o recorte do estudo. Essas duas questões constituem limitações dessa pesquisa.

Como profissionais, sejam da área de saúde ou de outra área, os indivíduos precisam do trabalho e vice-versa. Assim, a conscientização por parte das instituições em relação às perdas e conseqüências tanto para o profissional como para a instituição são fundamentais.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com profissionais de enfermagem que atuam em outros locais, como em centros de saúde, clínicas e consultórios; locais em que haja muita exigência e a atuação implique em atender e cuidar do outro. Para isso, seria interessante investigar amostras maiores, especificando o nível e contato com paciente em cada local onde a assistência é prestada, além de verificar o impacto de variáveis como a relação hierárquica no desgaste profissional desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-IV-TR* (C. Dornelles, Trans). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada 2000).
- Baba, V., Galaperin, B. L. & Lituchy, T. R. (1999). Occupational mental health: a study of work – related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão: histórico e epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. Em: M. N. Baptista (Org.). *Suicídio e Depressão: Atualizações* (pp. 132-143). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N.,. (2008). *Escala de Depressão- EDEP*. Relatório Técnico não publicado. Programa de Pós Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba/São Paulo.
- Baptista, N. M.; Souza, M. S.; Alves, G. A. S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13(2), 211-220.
- Benetti, E. R. R., Stumm E. E. M., Izolan, F. Ramos, L. P., & Kirchner, R. M. (2009). Variáveis de *burnout* em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 269-77.
- Benevides-Pereira, A. M T. (2001) MBI Maslach *Burnout* Inventory e sua adaptações para o Brasil. Anais da XXXII Reunião Anual de Psicologia. Rio de Janeiro, 84-85
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bezzera, R. P. & Beresin, R. (2009). A síndrome de burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré hospitalar. *Einstein*, 73(20), 351-356.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job stress, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34, 20-28
- Borges, L. B. & Yamamoto, O. H. (2004). O mundo do trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* 25-61. Porto Alegre: Artmed.
- Borges, A., Borges, L. O., & Yamamoto, O. H. (2004). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

- Borges, L. O., Argolo J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de *Burnout* e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200.
- Brats, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Emmanuel, A. & Ilias, I. (2009). Alexitimia e sua associação com *burnout*, depressão e suporte familiar entre o pessoal de enfermagem *Recursos Humanos em Saúde*, 7(72) 1478-4491.
- Caregnato, R. C. A. & Lautert, L. (2005). O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia *Rev Bras Enferm* 58(5), 545-50.
- Carlotto, M. (2001). *Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional*. Rio Grande do Sul, Caderno Universitário, Ulbra.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007). Propriedades Psicométricas do Maslach *Burnout Inventory* em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia* 24 (3), 325 - 332.
- Capitão, C. G. & Mesquita, K. L. (2005). A Depressão em Trabalhadores de uma Frente de Trabalho. *Revista de Psicologia da UnC*, 2(2), 93-102.
- Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é burnout? Em W. Codo (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. (pp. 237-254). Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
- Conselho Federal de enfermagem (2010). Resolução: *parâmetros para dimensionamento de quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de Saúde*. Rio de Janeiro.
- Cooper, C. L. (2005). A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. Em: N. N. Rossi, P. L. Perrewé, S. L. Sauter, (Orgs.). *Stress e Qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional* (pp. 1-29). São Paulo: Atlas.
- Dalgalarrondo P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dejours, C. (1994) *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1997). *A loucura do trabalho – estudo de Psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Editora.
- Dias, C. C. (2008). Evidências de validade da Escala de Depressão (EDEP) em uma amostra no contexto hospitalar. *Dissertação de Mestrado em Psicologia*, Universidade São Francisco, Itatib

Ferrareze, M. V. G.; Ferreira, V.; Carvalho, A. M. P. (2006). *Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva*. Acta paul. enferm., São Paulo, SP 19 (3) 4-19.

Fontana, D. (1991) *Estresse*. São Paulo: Saraiva

França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e Trabalho*. 2ª. ed. São Paulo: Atlas.
Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish Professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(11), 1-8.

França, H. H. (1987). A Síndrome de "Burnout". *Revista Brasileira de Medicina*, 44, 8, 197-199.

Gil-Monte, P.R. (2005). Factorial validity of the *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 23-35.

Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género Sobre el Proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse por El Trabajo (*Burnout*) en Profesionales De Enfermería. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 7(1), 3-10.

Gil-Monte, P. & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico em el trabajo: el síndrome de quemar-se*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.

Grazianno, E. S. (2008). Estratégia para redução do stress e *burnout* entre enfermeiros hospitalares. *Tese de Doutorado*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, São Paulo.

Guerrer, F.J.L. & Bianchi, E.R.F. (2008). Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 355-362.

Grevet. E. H. & Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão maior e distímia. *Revista AMRIGS*, 45 (3,4), 108-110.

Iacovides, K.N.; Fountoulakis, K.N., Moysidou, C S. & Ierodiakonou, C. (1999). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, (4), 421-433

Jaracz, K., Górna, K. & Konieczna, J. (2005) Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*. 50, 1

Jodas, A. D.; Haddad, L. C. M.(2008) Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro universitário *Acta Paul Enferm* 22(2):192-7

Judkins, S. K., Reid, B. & Furlow, L. (2002). Hardness Training Among Nurse Managers: a long-term solution. *J. Contin Educ Nurs.* 33, 259-64.

Kanter, R. M. (1997). *Quando os gigantes aprendem a dançar - dominando os desafios de estratégias, gestão e carreiras nos anos 90*. Rio de Janeiro Campus.

Lautert, L. O. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. Salamanca: Universidade Pontifícia Salamanca.

Lautert, L.; Chaves, E. H. B., Moura, M. S. S. de. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica* 6(6), 415-425.

Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1 (34), 5-19.

Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (1996). *Stress, qualidade de vida e hipertensão arterial*. Campinas: Papirus.

Lipp, M.E.N.; Malagris, L.E.N. 1995. Manejo do Estresse, In: Range B. (org.): *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, aplicações e problemas*. Editorial Psy, Campinas.

Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (1996). O stress no Brasil. Em: M. E. N. Lipp (Org.) *Pesquisa sobre o stress no Brasil* (pp. 23-49). Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15(3), 537-48.

Lipp, M. E. N. (2005). Blood pressure reactivity to social stress in an experimental situation. *Revista de Ciências Médicas*, 14(4), 313-394.

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Malagris, L. E. N. (2003). A influência da diátese personológica. Em: M. N. Lipp (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas* (pp.71-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mallar, S. C. & Capitão, C. G. (2004). Burnout e Hardinnes: um estudo de evidências de validade *Psico-USf*, 1(9), 19-29.

Manetti, M. L., Marzialli, M. H. P.(2007), Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 79-85.

Marziale, M. H. P. (2001), Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 3(9), 104-169.

Maslach, C. (1994). Stress, burnout, and workaholism. Em R. Kilburg, P.E. Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.), *Professionals in distress: Issues, syndromes and solutions in psychology* (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981), *The measurement of experienced Burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, (2) 99 – 113.

Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*, Manual. Palo Alto, C.A: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996), *Maslach Burnout Inventory*, Manual. Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Shaufeli, B. & Leiter M. P.(2001), Job *Burnout*. *Annu Rev Psychol*, (52) 397-422.

Maslach, C.; & Leiter, M. P. (1999), *Burnout end Engagement in the workplace: A contextual analyses, advances in motivation achievement 11*, 275-302

Melo, A. L. N. (1999). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Menezes, P. R. & Nascimento, A. F. (2000). Epidemiologia da depressão em diversas fases da vida. Em: B. Lafer, & cols. (Org.), *Depressão no ciclo da vida* (pp. 55-72). Porto Alegre: Artmed.

Menzani, G. & Bianchi, E. R. F. (2009). Stress dos Enfermeiros do Pronto Socorro de Hospitais Brasileiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 327-333. Recuperado em 30 out. 2010: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>.

Molina, O. F. v (1996). *Estresse no Cotidiano*. São Paulo: Pancast.

Moreira, D. S., Magnago, F. R., Sakae, T. M. & Magajewski, F. R. L (2009). Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1559-1568.

Murcho, N. A., Jesus. S. N. & Pacheco. E. J. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o *burnout*: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 57-68.

Murofuse, N. T. (2004), O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. *Tese de doutorado*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, USP.

Murofuse, N. T. & Marziale, M. H. P. (2005). Trastornos mentales y de comportamiento en trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud en Brasil. *Revista de Enfermería del IMSS*, 13(3), 133-140.

Murofuse, N. T., Abranches, S. S., & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261.

Murta, S. G., & Tróccoli, B.T. (2004) Avaliação de intervenção em estresse ocupacional *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 20(1), 039-047.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Recuperado em 26 Nov. 2010: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1991). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre Artes Médicas.

Pacheco, J.E.P., & Jesus, S.N.(2007) *Burnout e Coping* em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8(16), 32-42.

Pafaro, R. C., & De Martino M. M. F. (2004). Estudo do stress do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 38(2), 152-60.

Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007) A validation study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.

Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e a síndrome de burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.

Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008) Construção e validação da escala de bem estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11-22.

Peiró, J. M., Prieto, F. & Roe, R. (1996). El trabajo como fenómeno psicosocial. Em J. M. Peiró, & F. Prieto. *Tratado de psicología del trabajo* (pp. 15 -33). Madrid: Síntesis.

Peres, R. S., Santos, M. A., & Carvalho, A. M. R. (2003). Precarização das relações de trabalho, desemprego e desigualdade social: desafios para a Psicologia na economia globalizada. Em L. L. Melo-Silva, M. A., Santos & M. C. Avi (Orgs.), *Arquitetura de uma ocupação - Orientação profissional: teoria e prática* (pp. 173-185). São Paulo: Vetor.

Pires, D. A., Brandão, M. R., & Machado, A. A. (2005). A Síndrome do *Burnout* Esportivo. *Revista Motriz, Rio Claro*, 11(3), 147-153.

- Pitta, A. (1991) *Hospital, dor e morte como ofício*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec.
- Queirós, C., Rodrigues, S. & Silva, M. (2009, Fevereiro). *Ansiedade, Depressão e Burnout em Enfermeiras*. Trabalho apresentado no IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Faculdade de Psicologia e da Ciência da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de *Burnout* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2), 1-15.
- Rossi, A. M. (2005). Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. Em A. M. Rossi, P. P. Perrewé, & S. L. Sauter, *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais de saúde ocupacional* (pp. 9-18). São Paulo: Atlas.
- Rossi, A. M.; Perrewé, P. L.; Sauter, S L(2005). *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*.(pp 200 -197). São Paulo: Atlas
- Santos, E. F. Alves, A. J. & Rodrigues, B. A. (2009). Síndrome de *Burnout* em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*,7(1), 58-63.
- Schmidt, D. R. C. & Dantas R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 4-60.
- Seligman, M. E.P. (1994), *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/ Editora Cortez. Rio de Janeiro.
- Seligman, M. E. P. (1997). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: Hucitec.
- Silva, V. F., Argolo, J. C. T. & Borges, L. O. (2005). Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 259-280). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, D. C. M., Loureiro M. F. & Peres R. S. (2008). Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia hospitalar (São Paulo)*, 6(1), 39-51.
- Souza, I. F. & Mendonça, H. (2009). *Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo*, 25(4), 499-508.
- Spindola, T.; Martins, E. R. C. (2007) O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, 11(2), 212-219.
- Stacciarini, J. M. & Tróccoli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 17-25.

Tamayo, M. R. (2008). *Burnout*: Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho. In A. Tamayo (Ed.), *Estresse e cultura organizacional* (pp. 75-105). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo

Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002b). *Burnout* no trabalho. In A. M. Mendes, L. O. Borges, & M. C. Ferreira (Eds.), *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 43-63). Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília.

Tselebis, A., Moulou, A. & Ilias, I. (2001). *Burnout* versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff *Nursing and Health Sciences*, (3), 69-71.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-33.

Trucco, B. M., Valenzuela, A. P., & Trucco H. D. (1999). Estrés ocupacional em personal de salud. *Revista médica de Chile*, 12(127), 1453-1461.

Valentini, W., Levav, I., Kohn, R., Miranda, C. T., Mello, A, F. & Ramos, C. P. (2004) Treinamento de Clínicos para o diagnóstico da depressão. *Revista de Saúde Pública* 38(4), 523-528.

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

Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E. & Bastos, A. V. B. (2004). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1ª VIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/USF

TÍTULO DA PESQUISA: “**ESTUDO DE EVIDÊNCIA DE VALIDADE PARA O MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**”

Eu(nome
Idade.....RG.....Endereço.....),
abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores Ivani Genghini Nicoletti do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e Dr. Cláudio Garcia Capitão (Orientador).

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

01- O objetivo da pesquisa é Buscar Evidências de Validade para o Maslach *Burnout Inventory* por meio de correlação com a Escala de Depressão (EDEP) em profissionais de enfermagem.

02- Durante o estudo serão aplicados os instrumentos: Maslach *Burnout Inventory* (MBI) e Escala de Depressão (EDEP).

03- As respostas aos Instrumentos poderão causar constrangimento.

04- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.

05- Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.

06- Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada.

07- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 4534-8023.

08- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Ivani Genghini Nicoletti, sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 91031339.

09- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, ___/___/___ Assinatura do Voluntário.....

Pesquisador Responsável: Ivani Genghini Nicoletti - Enfermeira.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2ª VIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/USF

TÍTULO DA PESQUISA: “**ESTUDO DE EVIDÊNCIA DE VALIDADE PARA O MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)**”

Eu(nome
Idade.....RG.....Endereço.....),
abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores Ivani Genghini Nicoletti do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e Dr. Cláudio Garcia Capitão (Orientador).

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

01- O objetivo da pesquisa é Buscar Evidências de Validade para o Maslach *Burnout Inventory* por meio de correlação com a Escala de Depressão (EDEP) em profissionais de enfermagem.

02- Durante o estudo serão aplicados os instrumentos: Maslach *Burnout Inventory* (MBI) e Escala de Depressão (EDEP).

03- As respostas aos Instrumentos poderão causar constrangimento.

04- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.

05- Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.

06- Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada.

07- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 4534-8023.

08- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Ivani Genghini Nicoletti, sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 91031339.

09- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, ___/___/___ Assinatura do Voluntário.....

Pesquisador Responsável: Ivani Genghini Nicoletti - Enfermeira.

Anexo II - Questionário Sociodemográfico QSD**I - Identificação**

- 1) Sexo: Feminino () Masculino ()
 - 2) Data de nascimento: ____/____/____
 - 3) Situação conjugal: Vive com alguém () Solteiro () Desquitado () Divorciado () Viúvo()
 - 4) Número de filhos: _____
 - 5) Tempo de formação: _____
 - 6) Experiência profissional: de 1 a 4 anos () de 5 a 10 anos () mais de 10 anos ()
 - 7) Tempo de trabalho neste hospital : _____ Cargo que ocupa: _____
 - 08) Turno de trabalho: Diurno () Vespertino() Noturno() Carga horária: ____Hora Extra ____
 - 09) Setor de atuação: _____
 - 10) Possui outro emprego? Sim () Não () Em qual turno? _____
 - 11) Você costuma tirar férias ? Não () Sim () _____
 - 12) Você costuma viajar nas férias? Não () Sim ()
 - 13) Há quanto tempo teve suas últimas férias? () Anos () meses _____
 - 14) Consegue dormir normalmente? Sim () Não () _____
 - 15- Indique o nível de escolaridade _____
- Médio completo () Superior completo() Superior incompleto() Pós-graduação()