

SIMONE MAZZUCO MARCON ALVES



**Evidências de Validade da Escala de Depressão (EDEP): Um  
Estudo com Alunos de Enfermagem**

ITATIBA  
2011

**SIMONE MAZZUCO MARCON ALVES**

**Evidências de Validade da Escala de Depressão (EDEP): Um  
Estudo com Alunos de Enfermagem**

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

**ORIENTADOR: PROF. DR. FABIÁN JAVIER MARÍN RUEDA**

**ITATIBA  
2011**

WM 190 Alves, Simone Mazzuco Marcon.  
A482e Evidências de validade da escala de depressão  
(EDEP): um estudo com alunos de enfermagem. /  
Simone Mazzuco Marcon Alves. -- Itatiba, 2011.  
65 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-  
Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade  
São Francisco.  
Orientação de: Fabián Javier Marín Rueda.

1. Depressão. 2. Estresse. 3. Burnout. 4. Validade.  
5. Enfermagem. I. Rueda, Fabián Javier Marín.  
II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de  
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
EM PSICOLOGIA

Simone Mazzuco Marcon Alves defendeu a dissertação “**Evidências de Validade da Escala de Depressão (EDEP): um estudo com alunos de Enfermagem**” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 29 de junho de 2011 pela Banca Examinadora constituída por:

---

Prof. Dr. Fabián Javier Marín Rueda  
Orientador e Presidente.

---

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista  
Examinador

---

Profa. Dra. Camélia Santana Murgos Mansão  
Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por me permitir acordar a cada novo dia de muitas bênçãos;

Pelo pleno funcionamento de meu corpo físico, mental, espiritual e emocional;

Pelos meus talentos, capacidades e serenidades;

Pelas oportunidades...

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela fé que me mantém viva e fiel a vida honesta de família, trabalho e de estudo;

Aos meus pais pela minha existência, e pelo o que sou;

A meu Grande Amor Maurício, anjo que Deus colocou em minha vida... pela perseverança em construir uma história ao meu lado...pelo amor a mim dedicado e por aguentar meus momentos de ansiedade e estresse nos meses em que me dediquei ao mestrado;

A minha filha Caty, especial em minha vida... autêntica como ninguém;

A minha filha Isa, filha de coração, pelo espaço conquistado em sua vida;

Ao Curso de Enfermagem da USF de Bragança Paulista, especialmente a Bia Verri e a Helga, por terem aberto as portas para a minha pesquisa;

A todos os alunos do curso de enfermagem que participaram da pesquisa;

As minhas chefes e colegas de trabalho, Raquel, Eliana e Lidiana que me incentivaram a realização do mestrado;

A uma amiga especial, Àurea, por ter dividido comigo as angustias, ansiedades e incertezas dessa caminhada, tornando menos árdua;

Aos meus colegas de mestrado, em especial Carlinha e Ivani...

Ao meu orientador Fabián, pela compreensão e ajuda nas dificuldades no decorrer do trabalho.

## RESUMO

Alves, S. M. M. (2011). *Evidências de Validade da Escala de Depressão (EDEP): Um Estudo com Alunos de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 65p.

O presente estudo teve como objetivo a obtenção de evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP) correlacionando a outras variáveis, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e a *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). Fizeram parte do estudo 146 estudantes de uma Universidade Particular em uma cidade no interior do estado de São Paulo, provenientes do curso de enfermagem, a faixa etária variou de 19 a 53 anos, de ambos os sexos. Foi formado um grupo de estudantes que trabalhavam como auxiliares ou técnicos de enfermagem (54,8%), e outro grupo com estudantes que exerciam atividade laboral em outros setores (45,2%). Foi aplicado a EDEP, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e a *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). Por meio dos resultados pode-se observar que fica confirmada evidência de validade da Escala de Depressão (EDEP), na correlação com a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT). A correlação foi positiva e de baixa magnitude ( $r=0,34$ ), pois apesar dos instrumentos medirem construtos diferentes, os resultados indicam que quanto maior o estresse laboral, maior a sintomatologia depressiva. A EDEP com as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização apresentou correlação positiva de baixa magnitude, e na dimensão Realização Profissional apresentou correlação negativa e de baixa magnitude ( $r=-0,33$ ). Na busca dos escores dos profissionais de enfermagem com os profissionais de outras áreas, as diferenças de médias apresentaram-se estatisticamente não significativas. Os resultados respondidos pela amostra desse estudo, mostra que os construtos depressão, estresse e *burnout* não são problemas que atingem em especial os profissionais de enfermagem, pode acometer trabalhadores de forma geral. Faz-se necessário direcionar estudos que minimizem este problema. Dentre as limitações do estudo, destaca-se o número pequeno de participantes da amostra para a comparação dos escores dos profissionais. Um fator positivo do estudo é a importância de uma escala construída e desenvolvida no Brasil para o estudo da depressão.

Palavras chave: depressão; estresse; *burnout*; validade; enfermagem.

## ABSTRACT

Alves, S. M. M. (2011). *Evidence of Validity of the Depression Scale (EDEP): A Study of Nursing Students*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, 65p.

This study aimed to get evidence of validity for Depression Scale (EDEP) correlated with other variables, the Vulnerability Scale Stress at Work (EVENT) and the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS). The participants of this study were 146 students from the nurse program at a private university in a city within the São Paulo State, the age ranged from 19 to 53 years, of both sexes. Was formed a group of students who worked as nursing assistants or technicians (54.8%) and another group of students who performed work activities in other sectors (45.2%). EDEP was applied to the Scale Vulnerability to Stress at Work (EVENT) and the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS). Through the results could be observed the evidence of validity of the Depression Scale (EDEP), in correlation with the Scale of Vulnerability to Stress at Work (EVENT). The correlation was positive and low magnitude ( $r = 0.34$ ), because although the instruments measure different constructs, the results indicate that in higher job stress, greater is the depressive symptoms. The EDEP with emotional exhaustion and depersonalization dimensions showed a positive correlation of low magnitude, and achievement in size and showed a negative correlation of low magnitude ( $r = -0.33$ ). Looking for the scores of nursing professionals with professionals from other areas, the mean differences were statistically insignificant. The results of this study, answered by the sample, shows that the depression constructs, stress and burnout are not problems that particularly affect the nursing professionals, also affect workers in general. It is necessary to increase studies in order to find ways to minimize this problem. Among the study's limitations, there was a small number of participants in the sample for the comparison of professionals scores. A positive factor of the study is the importance of a range designed and developed in Brazil for the study of depression.

Keywords: depression, stress, burnout, validity, nursing.

**SUMÁRIO**

<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VII</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>IX</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>5</b>
DEPRESSÃO .....	5
ESTRESSE .....	13
SÍNDROME DE BURNOUT .....	23
<b>MÉTODO .....</b>	<b>31</b>
PARTICIPANTES .....	31
INSTRUMENTOS .....	32
PROCEDIMENTOS.....	40
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>53</b>

**LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (1ª VIA)..... 64**

## APRESENTAÇÃO

As sociedades modernas têm apresentado nos últimos 50 anos um desenvolvimento tecnológico que facilita a vida do trabalhador. Porém, esse desenvolvimento tem contribuído, também, para a exclusão dos trabalhadores no mercado de trabalho, além de aumentar a fragmentação das tarefas. Como consequência ocorre falta de qualificação, o trabalho se torna alienado e aumenta o desemprego, permeando as relações excludentes na sociedade capitalista (Rabelo & Torres, 2005). Segundo Codo e Sampaio (1995) entender como o trabalho pode estar determinando características psicológicas e psicopatológicas de diferentes categorias profissionais é o objetivo de teóricos que realizam seus estudos com o apoio da Sociologia do Trabalho, Psicologia Organizacional, Epidemiologia e Psicopatologia do Trabalho.

A palavra trabalho tem origem no latim, *tripalium*, caracterizado por um instrumento de tortura, feito de três paus aguçados. Trabalho significa realizar algo com resultados e que este venha com reconhecimento; é também considerado esforço físico e/ou mental, rotineiro e repetitivo, limitando a liberdade do homem e consequentemente gerando incômodo (Albornoz, 1986 citado por Martins & Pinheiro, 2006). O trabalho apresenta também um significado oposto a este citado, podendo ser considerado uma condição genérico-humana, de transformação da natureza e do próprio homem. Por meio dele o indivíduo tem acesso ao reconhecimento de si mesmo e simultaneamente reconhecimento do outro (Barros, Lima & Vieira, 2007).

Na rotina de trabalho o homem passa a enfrentar uma série de problemas, conseqüentes da organização (cultura) e das relações com colegas. É exigido do trabalhador

a partir das condições oferecidas pela organização, atividades com resultados, quando os resultados não estão de acordo com o esperado é cobrado muitas vezes de forma hostil, e com isso, o trabalhador passa a desenvolver uma relação de sofrimento consigo mesmo e com a empresa (Martins & Pinheiro, 2006).

O trabalhador enfrenta problemas decorrentes de sua função a partir do estresse ocupacional, que é caracterizado por um conjunto de reações físicas que se apresentam com dor, insônia e fadiga excessiva, e reações psicológicas como depressão, ansiedade e irritabilidade (Carayon & Haims, 1999 citado por Murta & Tróccoli, 2009). Os estressores ocupacionais podem ser reduzidos, ou, então, o trabalhador pode criar formas adaptativas para lidar com eles, não causando dessa forma danos para o indivíduo, nem para a organização. Caso haja manutenção dos estressores, ou dificuldade do trabalhador para lidar com eles, surge a possibilidade de alterações neuroendócrinas prolongadas, ocorrendo a vulnerabilidade do indivíduo até o surgimento de doenças diversas, sendo a depressão a mais comum (Almeida, 2003).

Esse trabalho vai abordar construtos como a depressão, estresse e a síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem, ou seja, irá buscar evidências de validade de uma escala de depressão (EDEP) correlacionando-a com outras variáveis. Propõe identificar se os profissionais de enfermagem apresentam-se mais vulneráveis a depressão, ao estresse e ao *burnout* quando comparados com profissionais que não sejam da área de enfermagem.

Segundo Carneiro (2008) observa-se um número cada vez maior de artigos produzidos relacionados aos temas descritos neste trabalho, porém é notável a falta de instrumentos que avaliem a depressão de profissionais das diversas áreas de trabalho, principalmente com os profissionais da enfermagem. Conforme Barbosa e Gaião (2001)

faz-se necessário um número cada vez maior de pesquisas com a finalidade de adaptar instrumentos ou mesmo de construí-los psicometricamente válidos e fidedignos para a realidade brasileira.

A validação de um instrumento estuda a importância de uma interpretação proposta, confrontando os resultados do que foi medido com o esperado da escala. É a validade de um instrumento psicológico que permitirá inferir os escores obtidos pelo teste (Anastasi & Urbina, 2000; Crombach, 1996; Urbina, 2007). Ainda neste sentido, nota-se que existem diferentes formas de validade, porém, deve-se considerar que estas formas não são dissociadas, mas sim diferentes formas que evidenciam aspectos de um único construto (AERA, APA & NCME, 1999; Crombach, 1996).

Dentre os tipos de validade existentes, encontra-se a evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, que será um dos objetivos deste estudo. Esta forma de validade verifica a consistência das relações de um construto ao ser relacionado com outras variáveis externas. Ainda, esta evidência de validade direciona questões acerca do quanto a relação encontrada é consistente com o construto destacado nas interpretações do teste psicológico (AERA, APA & NCME, 1999). Assim, levando em conta a necessidade e importância de estudos que avaliem a depressão, verifica-se a pertinência da realização de um estudo que busca encontrar evidências de validade para uma escala de depressão brasileira, assim como suas relações com outras variáveis como a vulnerabilidade ao estresse no trabalho e a síndrome de *burnout*.

A partir do exposto, o objetivo deste trabalho foi buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP), com outras variáveis, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse ao Trabalho (EVENT) e a *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). No decorrer do trabalho os capítulos foram organizados de forma a apresentar

os construtos depressão, estresse e *burnout*, mais especificamente o conceito de cada um e estudos realizados. Será abordado também a ocorrência desses construtos nos profissionais da área de enfermagem, comparando com os profissionais de outras áreas.

O presente estudo está organizado em 5 capítulos, o primeiro é a fundamentação teórica, que descreve sobre os construtos que fazem parte do trabalho. Primeiramente será abordado sobre a depressão, o estresse e a síndrome de *burnout*. Em cada um dos construtos serão apresentados conceitos, e alguns estudos, sendo eles de origem nacional e estrangeiros. Os estudos serão apresentados por ordem cronológica.

No segundo capítulo, segue a descrição do método. Neste, serão caracterizados os participantes da pesquisa, em seguida, a apresentação dos instrumentos utilizados para a realização da mesma. O terceiro capítulo apresenta os resultados do estudo por meio das estatísticas descritivas dos instrumentos, a EDEP, a EVENT, e a MBI-HSS, posteriormente, a apresentação das estatísticas descritivas dos fatores da EVENT e as dimensões da MBI-HSS. Complementando o resultado foi apresentada a comparação dos escores dos profissionais pesquisados, e por fim, a correlação entre a EDEP, os fatores da EVENT e as dimensões da MBI-HSS.

O capítulo de número 4 trata da discussão dos resultados encontrados no estudo, procurando estabelecer comparações com a literatura pesquisada. O trabalho é encerrado com as considerações finais, levantando os pontos referentes às novas evidências de validade baseada na relação com outras variáveis entre a EDEP, a EVENT e a MBI-HSS, considerando as limitações da pesquisa, bem como, a sua contribuição para a evidência de validade do instrumento (EDEP). No último capítulo serão apresentados as referências e os anexos.

# 1. Fundamentação Teórica

## 1.1 Depressão

A depressão, presente de modo universal nas variadas populações do mundo é registrada desde tempos remotos (Del Porto, 2004). Está sendo considerada como “a epidemia da década”, além dos sintomas físicos que acompanham esse mal, ocorre também desestruturas na vida social e no trabalho (Silva & Kruszielski, 2008).

A palavra “depressão” tem sido empregada para designar tanto o transtorno propriamente dito quanto uma tristeza, muitas vezes sem explicação aparente, ou relacionada a situações de frustração e desapontamento, perda ou derrota (Esteves & Galvan, 2006; Monteiro, Coutinho & Araújo, 2007). Contudo, não são todas as manifestações de tristeza ou alteração de comportamento que necessariamente se caracterizam como uma manifestação patológica. Trata-se de uma alteração afetiva complexa, que vai além da tristeza ou abatimento, mesmo envolvendo tais aspectos. Ela pode estar ligada a outros fatores, como a perda de ente querido ou mudança brusca de ambiente, por exemplo (Khandolwal & cols., 2001; Monteiro & Lage, 2007a; 2007b).

Conforme a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002), a depressão é caracterizada por humor deprimido na maior parte do tempo e perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Esses sintomas devem estar presentes praticamente todos os dias, por um período de mais de duas semanas, devendo o indivíduo apresentar também sintomas adicionais: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalia ou culpa, energia reduzida, irritabilidade,

dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, até planos ou tentativas de suicídio. O *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM-IV] (APA, 2002) inclui, no grupo dos transtornos depressivos, o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Distímico e o Transtorno Depressivo sem outra Especificação.

De acordo com Sartorius (2005), depressão é uma síndrome psíquica caracterizada por desânimo e sentimentos como melancolia, irritação ou temor, que podem ter origem espontânea ou serem desencadeados por inúmeros fatores orgânicos, situacionais e/ou ambientais. Trata-se de um distúrbio da emoção que afeta o corpo, o humor e o pensamento, alterando o apetite e o sono, a forma como a pessoa se sente e como pensa.

As pessoas, de uma forma geral, apresentam flutuações de afeto nas respostas aos acontecimentos da vida diária. No entanto, em um número considerável delas, tais respostas assumem uma forma intensa e persistente, podendo caracterizar a ocorrência de um transtorno afetivo. A mais freqüente forma clínica assumida por esse transtorno é geralmente denominada de depressão, que envolve uma série de sintomas como tristeza, autodepreciação, abandono, desvalia, culpa, entre tantos outros afetos (Graef & Brandão, 1993).

Cordas, Nardi, Moreno e Castel (1997), afirmam que fatores biológicos na depressão estão sempre presentes e são determinantes e os fatores psicológicos apresentam-se como desencadeantes ou mesmo agravantes. Tanto os fatores biológicos quanto os psicológicos provocam reações diferentes em cada pessoa frente aos episódios estressores do cotidiano, e assim, dependendo da predisposição biológica, pequenos motivos, como decepções ou sonhos íntimos desfeitos, podem tomar a proporção de algo tão intenso quanto a morte de um ente querido e desencadear um quadro de depressão.

Segundo Paranhos e Werlang (2009) o diagnóstico e o tratamento para essa patologia ainda não são realizados adequadamente ou, simplesmente, não acontecem. Por sua vez, Menezes e Nascimento (2000) relatam que existe resistência por parte das pessoas que apresentam quadros depressivos à procura de tratamento, uma vez que, muitas vezes, quando procuram tratamento este não é especializado. Além disso, pode ocorrer esquecimento de episódios passados da doença, principalmente por pacientes com sintomatologia moderada, episódios pouco recorrentes ou que não receberam tratamento. Essas “falhas” no diagnóstico se devem ao fato de que as manifestações da depressão acontecem, por queixas físicas múltiplas e dores no corpo, assim como pela associação de depressão com outras patologias não psiquiátricas, como cardiopatia, diabetes, hipertensão (Gauer et al., 2003 citado por Paranhos & Werlang, 2009).

É considerado também que sentimentos de tristeza, desânimo e angústia são comuns na vida de qualquer pessoa, em situações de perdas, fracassos e desapontamentos, dificultando o diagnóstico, pois o quadro psicopatológico pode estar mascarado, por serem sentimentos corriqueiros da vida. Os diagnósticos não são realizados de forma adequada por despreparo de profissionais da saúde, por não acreditarem no sucesso do tratamento, também por se aterem apenas às manifestações físicas (Del Porto, 1999).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1993) ressalta a importância do tratamento da depressão, principalmente em relação aos países em desenvolvimento como o Brasil, que disponibiliza um investimento baixo em saúde mental, ou seja, 2,7% do orçamento da saúde sendo que a maior parte vai para tratamento da esquizofrenia. A OMS informou que a depressão tem sido a principal causa de incapacidade entre homens e mulheres no mundo, com prevalência maior para mulheres com idade entre 15 e 44 anos,

sendo que o risco de ter uma depressão na vida é de 25% para mulheres e 12% para homens (OMS, 1998).

Baba, Galaperin e Lituchy (1999) referem que a depressão pode estar presente em qualquer fase da vida, e em qualquer ambiente de trabalho, porém existem algumas profissões em que o trabalhador apresenta-se mais vulnerável ao problema. De acordo com os autores, os profissionais mais suscetíveis aos problemas de saúde mental são aqueles que interagem a maior parte do tempo com indivíduos que necessitam de ajuda, como enfermeiros, professores, assistentes sociais, entre outras profissões.

Os trabalhadores de enfermagem, em sua atividade laboral, encontram-se expostos a psicopatologias, como a depressão, em decorrência da relação entre o trabalhador hospitalar e a saúde e, mais especificamente, o trabalho hospitalar e a saúde mental do profissional (Camarotti & Teixeira, 1996). Tem crescido o número de estudos relatando a depressão nos profissionais de forma em geral, no decorrer desse trabalho serão abordados alguns desses estudos, nacional e internacional, mais especificamente na área dos profissionais de enfermagem.

Capitão e Mesquita (2005) consideram a depressão um dos transtornos psicológicos que mais acomete a população. Os autores realizaram um estudo com o objeto de investigar a frequência de indicadores de depressão em trabalhadores de um programa de promoção de emprego temporário do Governo de São Paulo, o programa destinava-se em oferecer contratos de trabalho para pessoas desempregadas há mais de um ano. A amostra foi composta por 50 trabalhadores, 25 homens e 25 mulheres, sendo utilizado o Inventário de Depressão *Beck* e um Questionário sócio-demográfico. Os autores constataram que 68% dos participantes apresentaram depressão em seu grau mínimo, 22% apresentaram grau leve, 8% grau moderado e 2% grau grave. Identificaram também a prevalência dos graus

leve (14%) e grave (2%) em mulheres, enquanto os homens apresentaram apenas o grau leve, não ultrapassando 8%. Os resultados obtidos confirmaram que as condições de vida desfavoráveis são fatores determinantes à ocorrência de sintomas depressivos como forma de reação aos estressores ambientais.

Em um estudo realizado sobre a qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem, Franco, Barros e Martins (2005) objetivaram avaliar a qualidade de vida e a prevalência de disforia/depressão nos residentes de enfermagem de um Hospital em São Paulo. Participaram da amostra 68 residentes de enfermagem e foi utilizado para avaliar a qualidade de vida e depressão o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, traduzido e validado para o português e o BDI. Como resultado da pesquisa, nos escores obtidos no BDI os autores identificaram que não apresentaram critérios para a depressão 72,1% da amostra; apresentaram critérios para disforia 8,8% e apresentaram critérios compatíveis com depressão 19,1%. Conforme os autores, esse número é caracterizado por ser um índice superior ao encontrado na população geral, que é em torno de 5 a 10%. Na análise da qualidade de vida dos residentes de enfermagem, mostraram-se comprometidos no componente mental do SF-36: aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental dos 68 residentes. Os autores destacam a importância de ouvir e valorizar esta população, pois a melhoria das condições de trabalho refletirá na assistência de enfermagem ao paciente e na qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

Tomasi e colaboradores (2007) investigaram condições de trabalho e a morbidade dos profissionais de saúde da atenção básica, por meio de informações sociodemográficas, comportamentais, da atividade e ambiente de trabalho e de morbidade. Os autores utilizaram uma amostra composta por 329 profissionais em 39 serviços, a maioria era do sexo feminino (80%) e a média de idade foi de 41 anos. Utilizaram para coletas de dados

questionário padronizado, com informações sócio-demográficas e condições de trabalho, e o Beck Depression Inventory (BDI).

Os autores identificaram que aproximadamente metade dos entrevistados tinha outro emprego (51%), em média os trabalhadores atendiam cerca de 30 pessoas por dia em uma jornada semanal de 40 horas. De acordo com o BDI 5% dos profissionais de saúde da rede básica apresentaram escores compatíveis com depressão.

Kavari, Helyani e Dehghani (2007), realizaram um estudo da prevalência de depressão em enfermeiros que trabalham em um Hospital, no Irã. Os autores investigaram 130 enfermeiros, utilizando o BDI, e encontraram como resultado da pesquisa depressão leve (73,1%), depressão moderada (21,5%) e depressão grave (5,4%). A ligação entre prevalência de depressão e estado civil foi significativa (P 0,001), uma vez que pessoas divorciadas e viúvas eram mais deprimidas do que as pessoas casadas.

Nascimento, Pereira, Santos, Oliveira e Freire (2008) apresentaram um estudo sobre ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que trabalhavam com pacientes portadores de distúrbios mentais. O objetivo do estudo foi identificar os níveis de ansiedade estado-traço, e avaliar os níveis de depressão na equipe de enfermagem que atua em um hospital psiquiátrico. A amostra foi composta por 31 voluntários, distribuídos nos turnos diurnos e noturnos, foi utilizado como instrumento o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o BDI. Na classificação dos voluntários em relação às variáveis estudadas, os resultados mostraram: 61% dos casos de ansiedade-estado (48% moderado e 13% elevado), 55% de ansiedade-traço (52% moderado e 3% elevado), e 16% dos casos de depressão (13% leve e 3% moderado).

Silva, Camillo e Nóbrega (2008), objetivaram identificar os sintomas indicativos de depressão em profissionais de enfermagem que atuam nas emergências psiquiátricas, com

uma amostra de 33 membros da equipe de enfermagem. Como instrumento, aplicou-se o BDI e os resultados mostraram que do total da amostra 21% apresentou sintomas indicativos de depressão. Os achados mostraram que a saúde psíquica desses profissionais parecia não estar comprometida nesse aspecto. Os autores salientaram, porém, que devido a amostra ser pequena não se pode fazer generalizações. Ainda acreditam na importância da implantação de programas de suporte psicológico aos trabalhadores de enfermagem que contribuam para que eles lidem com as possíveis situações conflituosas no seu cotidiano.

Carvalho, Fernandes e Lopes (2008) investigaram a presença de estresse e sintomas de depressão em enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva. O estudo foi desenvolvido no Hospital Israelita Albert Einstein da cidade de São Paulo. A amostra contou com 75 enfermeiros. Foi utilizado um questionário, dividido em duas partes, a primeira parte abrangeu a identificação dos estressores laborais e a segunda sintomas de depressão. O estudo apontou que o principal fator de estresse em enfermeiros em unidades de terapia intensiva é o ambiente de trabalho e os principais sintomas estão relacionados as alterações cardiovasculares e sintomas depressivos como irritabilidade e falta de concentração foram os que mais se destacaram.

Mahmoudi, Vahedi e Hasani (2009), apresentaram um estudo com o objetivo de determinar a taxa de depressão em enfermeiros de um hospital universitário no Irã. A amostragem foi composta por 504 enfermeiras, utilizando o BDI. Os autores encontraram nos resultados que do total da amostra 43,8% não apresentaram depressão, 15,7% apresentaram depressão leve, 26% apresentaram depressão moderada e 14,5% apresentaram depressão grave.

Silva e Kruszieslki (2008) afirmam ocorrer uma relação entre os avanços tecnológicos, as exigências no trabalho, aumento de materiais de consumo e do ritmo de

vida, com o aumento dos casos de depressão e estresse. Nunca se falou tanto em doenças de humor como nos últimos anos. Nesse sentido, Murofuse (2004) apontou a decorrência de algumas enfermidades conhecidas como doenças da modernidade, caracterizadas pelos transtornos mentais, entre elas a depressão, ansiedade e o estresse. Por isso um número cada vez maior de pesquisas a cerca do assunto, e algumas delas relatadas nos capítulos deste trabalho, sendo o estresse o próximo tema a ser abordado.

## 1.2 Estresse

O estresse é o resultado de uma reação que o organismo tem quando estimulado por fatores externos, ou seja, sobrecarga de trabalho, fortes emoções, uma perda. Segundo Ururahy e Albert (2005, p.41), “o estresse é uma estimulação pontual – agressiva ou não – que produz um conjunto de reações no organismo, implicando respostas neuronais, neuroendócrinas, metabólicas e comportamentais”.

Até o século XVII o termo estresse era utilizado na literatura inglesa esporadicamente com o significado de aflição e adversidade. No século XVIII foi utilizado pelo fisiologista francês Claude Bernard e posteriormente por Walter Cannon referindo-se às reações que produziam um colapso nos mecanismos de homeostase orgânica (Maslach & Leite, 1999). Selye (1951) definiu o estresse como uma resposta orgânica não-específica para situações estressoras ao organismo, e ao revisar seus conceitos, descreveu a resposta orgânica a essas situações estressoras como Síndrome de Adaptação Geral, a qual possui três fases: alerta, resistência e exaustão.

O estresse pode ser originado por dois tipos de fontes: externas e internas. Os estressores externos podem estar relacionados com as exigências do dia-a-dia do indivíduo, como problemas no trabalho, familiares, sociais, dentre outros; morte ou doença de um filho; perda de uma posição na empresa; não realização de um objetivo de trabalho; perda de dinheiro ou dificuldades econômicas; notícias ameaçadoras; assaltos e violências das grandes cidades, por exemplo. As fontes internas dizem respeito à maneira de ser do indivíduo, seu tipo de personalidade e seu modo de reação à vida. Muitos indivíduos se estressam em virtude de suas crenças, de idéias irracionais que possuem, de sua maneira de ser (Lipp, 2004).

O estresse pode desenvolver-se por muitos fatores distintos, entre eles estão: fadiga, esforço excessivo, concentração, excitação emocional, humilhação e até um grande sucesso. Com o aparecimento dos estressores desencadeiam-se as três fases seguintes, alarme: é a primeira reação do indivíduo para se defender do agente agressor, neste momento ocorrem algumas modificações no organismo (elevação dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, respiração ofegante, frieza nas mãos e pés, secura na boca, entre outros) (Selye, 1982).

Caso o indivíduo consiga lidar com o fator estressante resolvendo o problema, seu organismo volta ao seu estado normal, mas do contrário, ele vai apresentar a segunda fase do processo de estresse, caracterizada pela resistência. Nessa fase o organismo continua mantendo os mesmos sintomas da primeira em busca de um ajuste da situação estressante, ocorrendo um gasto de energia com algumas conseqüências (alteração do sistema imunológico, cansaço, lapsos de memória, alteração do comportamento sexual, e outros). Persistindo os estímulos estressores o indivíduo passa para a terceira fase, exaustão ou esgotamento. Ocorre queda da imunidade, aparecimento de doenças crônicas e infecções em geral, podendo levar a exaustão psicológica na forma de depressão (Selye, 1982).

O construto estresse tem sido muito pesquisado, uma vez que tem acometido profissionais em todas as áreas de atuação, e em particular, a área de saúde. No decorrer deste capítulo serão abordadas algumas pesquisas nacionais e estrangeiras acerca do estresse, com ênfase na área da enfermagem.

Algumas pessoas podem estar mais vulneráveis ao estresse do que outras, sendo que as reações ou resistência ao estresse são diferentes de indivíduo para indivíduo. Esta vulnerabilidade pode estar presente em qualquer categoria profissional, algumas se destacam com um índice maior do que outras, caracterizado pelos eventos estressores no

ambiente de trabalho. Gil e Bomfim (2008) referem que as relações do indivíduo com seu trabalho acabam por influenciar no estilo de vida dos profissionais que cuidam, contudo, a profissão de enfermagem está entre as ocupações particularmente estressantes, caracterizada pelas contínuas demandas físicas e emocionais que os profissionais recebem de seus pacientes.

Popim e Boemer (2005) caracterizam a enfermagem por ser uma das profissões que apresenta grande grau de estresse, ou seja, o profissional de enfermagem além do compromisso com sua vida assume também um compromisso para com o paciente. Ele promove uma assistência de atenção, cuidado e conforto no alívio da dor. O papel do profissional de enfermagem frente ao doente reflete um desgaste considerável no que se refere a sua saúde física e mental. Ele enfrenta em seu cotidiano sentimentos de ambiguidades, uma vez que se emociona ao ver a melhora do paciente e sente-se satisfeito pelo fato de ter participado desta evolução, porém precisa conviver com momentos difíceis, como o sofrimento do doente, a impotência frente à doença e algumas vezes até a morte.

O trabalhador de enfermagem se responsabiliza em suas ações de cuidado já que os pacientes estão sob sua responsabilidade e necessitam de assistência para a recuperação da saúde. É fundamental ao trabalhador de enfermagem estar preocupado com o atendimento ao paciente, pois é ele quem presta à assistência, expressa ou não a solidariedade, o compromisso, a dedicação, dentre outros atributos necessários para pacientes e familiares (Martins, Garanhani, Gotelipi & Robazzi, 2008). É também referido pelos autores que o trabalho do enfermeiro, por sua própria natureza e características, apresenta-se suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação

no desempenho de suas funções aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes emocionais.

Lautert, Chaves e Moura (1999) realizaram um estudo com objetivo de identificar fontes geradoras de estresse na atividade gerencial do enfermeiro, bem como as alterações que o estresse pode acarretar sobre a vida destes profissionais. A amostra foi composta por 207 enfermeiros de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, utilizando como instrumento um questionário auto-aplicável com itens relativos às fontes e aos sintomas de estresse. Por meio dos resultados os autores referiram que 48% dos entrevistados apresentavam-se estressados, a sobrecarga de trabalho caracterizou a maior estimativa de risco relativo de estresse. Em relação aos sintomas de depressão, alterações de humor e apatia foram os mais citados nos relatos, os sintomas físicos com alterações cardiovasculares, e os psicológicos como irritabilidade, cansaço excessivo foram as que tiveram maior prevalência relacionada ao estresse.

Nunes (2000) descreveu um estudo sobre estresse nos trabalhadores de enfermagem, com uma amostra de 42 profissionais (enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Teve como objetivo, verificar por meio da percepção desses profissionais, os fatores existentes no local de trabalho, que poderiam gerar estresse e medidas redutoras, o reconhecimento desses fatores como risco ocupacional e a relação desses fatos com o ambiente de trabalho. Utilizou um questionário com perguntas abertas e fechadas e os dados foram organizados por grupos de variáveis (características pessoais, condições de vida e de trabalho, de saúde/doença e percepção de estresse).

O autor encontrou como resultado, que os profissionais de enfermagem conhecem os principais fatores de estresse, revelando: problemas de trabalho (92,86%), do ambiente (76,19%) e pessoais (76,19%). Entretanto, a maioria não associa estes fatores às alterações

psicofisiológicas que relatam possuir (73,81%) e como causa de falta ao trabalho por doença (98,48%). A totalidade gosta do que faz, mas do total da amostra 73% revelam estar sem motivação e igualmente cansados. Conhecem as formas de redução de estresse, mas somente 11% as praticam. O autor concluiu que estes trabalhadores conheciam os fatores desencadeantes do estresse, os recursos compensatórios para reduzi-los, mas não associavam os seus problemas de saúde e doenças com as condições do seu trabalho, sugerindo um programa de educação para a saúde visando a conscientização desses profissionais (Nunes, 2000).

Camelo e Angerami (2004) objetivaram investigar a ocorrência de estresse nos profissionais do programa saúde da família, com uma amostra composta por cinco equipes, sendo 5 médicos, 5 enfermeiros, 7 auxiliares de enfermagem e 20 agentes comunitários, totalizando 37 pessoas. Foi utilizado o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de *Lipp*. Os autores identificaram a presença de estresse em 62% dos trabalhadores, sendo que 83% deles estavam na fase de resistência, e 17% na fase de quase-exaustão. Houve predominância de sintomas psicológicos em 48% dos sujeitos, de sintomas físicos em 39%, e igualdade de sintomas em 13% desse grupo de trabalhadores. Os autores referem que a presença do estresse e a incapacidade para enfrentá-lo podem resultar tanto em enfermidades físicas e mentais, como em manifestações menores, tais como insatisfação e desmotivação no trabalho.

Um estudo sobre o estresse em funcionários hospitalares objetivou avaliar o nível de estresse em 40 profissionais da equipe enfermagem. A idade dos entrevistados variou entre 25 e 58 anos, sendo todos do sexo feminino, como instrumento foi utilizado o ISSL. Os autores verificaram que 5% dos profissionais apresentaram estresse na fase I, e 45% na fase II, cujos problemas apresentados nesta fase foram: problemas com a memória/desgaste

físico, sensibilidade emotiva excessiva/cansaço constante, gastrite prolongada/pensamento constante sobre um só assunto e mudança de apetite/irritabilidade, e o estresse na fase III foi apresentado por 2,5% dos profissionais. Por meio do estudo os autores concluíram que o estresse emocional estava presente em 52,5% desses profissionais de enfermagem, sendo 45% no nível II (Mangolin, Nunes, Zolla, Ferreira & Andrade, 2004).

Elias e Navarro (2006) em uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem em Uberlândia objetivaram investigar as relações entre o trabalho, a saúde e as condições de vida desse público. O critério de seleção foi pertencer ao sexo feminino e os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e de observações do ambiente de trabalho. Os resultados apontaram ser comum a ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocado pelas condições laborais, com reflexos nas condições de vida; as trabalhadoras não realizavam seus tratamentos de saúde de forma sistematizada; grande parte das entrevistadas a princípio negou a ocorrência de problemas de saúde, porém no decorrer das entrevistas a maioria referiu alguns episódios de enxaqueca, estresse, irritação, desgaste físico, depressão, dores nas pernas, varizes e pressão alta, estas queixas foram expostas como não sendo problemas de saúde. Boa parte das entrevistadas associou o alto nível de estresse imposto pelo trabalho e agravos no estado de saúde, sendo que esses agravos eram aumentados quando aos problemas profissionais, somavam-se problemas de ordem pessoal.

Ferreira e Martino (2006) em um trabalho sobre o estresse no cotidiano da equipe de enfermagem tiveram como propósito classificar o cronótipo dos funcionários da equipe de enfermagem, de acordo com o turno de trabalho, e identificar a presença de estresse e suas correlações. Participaram da pesquisa 87 sujeitos, dos diferentes setores e turnos, a amostra foi constituída por ambos os sexos, com idade entre 19 e 51 anos. Os instrumentos

utilizados para a coleta dos dados foram o ISSL e o Questionário de Indivíduos Matutinos e Vespertinos (HO). Os resultados do ISSL mostraram que 48 sujeitos (55,2%) apresentavam sintomas de estresse, e destes, 40 sujeitos (83,3%) encontravam-se na fase de Resistência, com predomínio de sintomas psicológicos. O HO mostrou que 42 sujeitos (48,3%) foram classificados como do tipo Indiferente, estando estes alocados, principalmente, no turno noturno. Os indivíduos do tipo indiferente são aqueles que têm maior flexibilidade, ou seja, acordar mais ou menos cedo é indiferente, demonstrando capacidade de se ajustar conforme as necessidades de sua rotina. Quanto à adequação no turno de trabalho, de acordo com o cronótipo, verificou que 65 sujeitos (74,7%) estavam adequados, e destes 36 (55,38%) apresentavam sintomas alguns de estresse. Houve diferença significativa quando comparado o tempo de trabalho na instituição e a prevalência do estresse, com os sujeitos com estresse possuindo maior tempo de trabalho. Os autores concluíram que a maioria dos sujeitos estava adequada ao turno de trabalho, de acordo com seu cronótipo, porém, mesmo nestes, o estresse foi observado em grande porcentagem da amostra.

Coronetti, Nascimento, Barra e Martins (2006) apresentaram um estudo para investigar o estresse vivenciado pela equipe de Enfermagem que atua em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital de Florianópolis, contou com uma amostra de 6 enfermeiros, 8 técnicos e 7 auxiliares de enfermagem que trabalhavam no período diurno, foi um estudo descritivo e utilizou a técnica da entrevista individual semi-estruturada. Os resultados apontaram como a principal causa de estresse o relacionamento interpessoal, bem como a falta de recursos humanos e materiais. Os entrevistados sugeriram alterações na forma de trabalho a fim de reduzir os efeitos geradores de estresse, como a cooperação dos membros da equipe nas atividades, maior participação do enfermeiro no cuidado e nas

orientações aos funcionários, distribuição justa das atividades, respeito profissional e serviço de apoio psicológico.

Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) investigaram a ocorrência de estresse entre enfermeiros que atuam na assistência de pacientes críticos. A amostra foi composta por 12 enfermeiros, sendo 91,7% do gênero feminino; 76% com carga entre 11-12 horas diárias e 33,4% com formação universitária. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e o ISSL. Os resultados demonstraram que mais da metade dos trabalhadores (66,7%) apresentaram estresse com sofrimento físico e psicológico, característicos da fase de resistência.

Um estudo de evidência de validade baseada com outras variáveis para a EVENT foi realizada por Miguel e Noronha (2007) relacionada com a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho com o Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de Lipp (ISSL). Participaram da pesquisa 116 pessoas, sendo 85 do gênero feminino, com idade variando de 19 a 67 anos (média de 39,6 e desvio padrão de 11,17). As pontuações atribuídas à EVENT foram 1, 2 e 3 e a correção do ISSL seguiu as normas do manual. A pontuação média da EVENT foi de 70,66 com desvio padrão de 12,96. A pontuação total mínima da EVENT é de 40 pontos o que corresponde ao escore mínimo possível, e pontuação máxima de 107, ou seja, nenhum sujeito obteve escore máximo de 120. O estudo apontou que não houve diferença significativa na EVENT, com idade e gênero, sendo que o estresse pode estar presente em qualquer faixa etária e escolaridade. Entretanto, verificaram que a média dos homens (22,26) na EVENT foi inferior a das mulheres (24,79) e que essa diferença não poderia ser atribuída ao acaso, além do que outras pesquisas apontam que as mulheres tendem a desenvolver maior estresse no ambiente de trabalho. Na relação entre a EVENT e o ISSL os autores encontraram que o escore da EVENT se correlacionou com a quantidade

de sintomas relacionados com a fase de exaustão. Em síntese, foram encontradas muitas correlações positivas entre a EVENT e o ISSL, sugerindo evidências de validade para os construtos relacionados.

Calderero, Miasso e Webster (2008), em um trabalho sobre o estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento, objetivaram verificar entre a equipe de enfermagem do Pronto Atendimento de um Centro de Saúde Escola, a ocorrência e as fontes de estresse, as estratégias de enfrentamento utilizadas e sugestões de ações para a redução do estresse. A amostra foi composta por 37 profissionais da equipe de enfermagem que atuavam na referida unidade, utilizando para coleta dos dados entrevista semi-estruturada. Por meio do resultado os autores identificaram que 97,4% dos profissionais relataram sentir-se estressados. As sugestões para redução do estresse relacionaram-se ao funcionamento organizacional, sobrecarga de trabalho e relacionamento com equipe e clientela.

Para Guimarães e Ferreira (2000), Andrade e Neto (2003), o estresse e a doença depressiva são complexos e podem também estar relacionadas aos eventos estressores negativos e traumáticos que são vivenciados pelos indivíduos, podendo levá-los a sentirem-se desamparados, especificamente quando não conseguem controlar ou enfrentar o estresse.

De acordo com Brodsky (1991), o estresse no trabalho pode ser a principal causa do aparecimento dos transtornos depressivos ou do agravamento da doença. Para o autor, a depressão no trabalho pode se manifestar por intermédio de quadros típicos, que envolvem tristeza, fracasso, desesperança ou outros quadros mais sutis caracterizado por amargura e conformismo, ou os sintomas podem vir mascarados com queixas somáticas, acidentes de trabalho e alcoolismo. O estresse parece ser um dos principais fatores que predispõem o indivíduo a depressão, pois em cerca de 60% dos casos, os episódios depressivos são

precedidos por fatores estressantes precedentes do ambiente de trabalho (Joca, Padovan & Guimarães, 2003).

Mallar e Capitão (2004) referem que alguns profissionais como enfermeiros, médicos e policiais que conciliam a grande carga horária e plantões, com o compromisso assumido ao próximo, e expostos aos ambientes conflitantes, o condicionam diariamente a fatores geradores de estresse, conseqüentemente poderão apresentar agravos em sua saúde, como esgotamento, exaustão física e emocional e até mesmo partindo para um quadro depressivo. Para Freudenberg 1974, o acúmulo de estresse permanente e crônico, pode conduzir os trabalhadores ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Nesse sentido, o construto *burnout* será o tema central do capítulo seguinte.

### 1.3 Síndrome de *Burnout*

Baptista, Morais, Calais e Inocente (2004) referem que a partir do processo de globalização, nos últimos anos pode-se observar modificações econômicas a nível mundial, bem como a implantação de multinacionais em muitos países. Consequentemente veio o aumento da competitividade das empresas, aumento da produção com custos mais baixos, e também a atualização constante dos profissionais, com taxas maiores de desempregos. Com todas essas modificações de ordem social e organizacional tem gerado interesse dos pesquisadores por uma síndrome conhecida como *burnout*, síndrome da fadiga organizacional.

Segundo Millan (2007) o conceito de *burnout* foi contextualizado no século XX por Maslach. Em seu conceito apresenta três dimensões, Exaustão Emocional, Despersonalização e Comprometimento da Realização Pessoal. Na Exaustão Emocional o indivíduo tem a sensação de que não será possível recuperar sua energia, apresenta-se irritado, amargo e pessimista. Na dimensão Despersonalização há uma indiferença diante do sofrimento alheio com uma perda da capacidade de empatia, e sobre a dimensão Comprometimento da Realização Pessoal o indivíduo encontra-se impotente, frustrado, infeliz e com baixa auto-estima. Observa-se que alguns dos sintomas encontrados nas três dimensões do *burnout* podem também estar presentes na depressão e no estresse.

A Síndrome de *burnout* é definida por Batista, Soares e Guedes (2005), como uma das conseqüências mais marcantes do estresse profissional, e se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos. Stacciarini e Troccoli (2001), afirmam que o *burnout* resulta do

esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho. Estes sintomas aparecem principalmente nas profissões que atuam diretamente com as pessoas em prestação de serviço como consequência desse contato diário no seu trabalho.

Seisdedos (1997) aponta a grande incidência de quadros de esgotamento, entre eles o da síndrome de *burnout*, em trabalhadores de instituições assistenciais, nas áreas da saúde e da educação, por estarem permanentemente expostos aos problemas e às preocupações daqueles a quem atendem profissionalmente. Nessa condição o indivíduo pode apresentar um quadro de esgotamento associado à exaustão física e emocional com perda de interesse, ocorrendo conseqüentemente redução de efetividade e do desempenho no trabalho, acompanhada de atitudes negativistas e hostis. Esses sintomas podem ser manifestados por profissionais “normais”, mesmo que nunca tenham apresentado nenhum quadro psicopatológico (Freudenberg 1974, citado por Seisdedos 1997).

O profissional de enfermagem se depara com um desgaste emocional em seu trabalho muito significativo, apontando um estresse ocupacional marcante em sua atuação, caracterizado como síndrome de *burnout*. Murofuse (2004) refere que *burnout* tem relação direta com profissionais de saúde, e que podem então, perder o interesse, empatia e o próprio respeito por seus pacientes.

Alguns efeitos adversos na saúde dos profissionais da área de saúde são caracterizados por fatores estressores e específicos do trabalho, como o clima de trabalho negativo, papel ambíguo e a falta de clareza das tarefas executadas e de expectativas. As pressões no trabalho, como o conflito de interesses e sobrecarga, contribuem para o desequilíbrio, e o estresse não resolvido, pode levar a deterioração da saúde mental, manifestada pela depressão e pela síndrome de *burnout* (Baba, Galaperin & Lituchy, 1999).

Atualmente tem se realizado muitas pesquisas e estudos nacionais e estrangeiros

acerca da saúde dos trabalhadores, bem como dos fatores desencadeantes dos agravos encontrados. Nesse sentido, serão abordados alguns desses estudos referentes a síndrome de *burnout*, mais especificamente na área da enfermagem.

Carlotto e Silva (2008) realizaram um estudo sobre a síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem com uma amostra de 131 sujeitos, sendo a maioria do sexo feminino (85%), com ensino médio completo (78,6%) e idade média de 33,52 anos (DP=8,81). Quanto ao turno de trabalho os resultados evidenciaram que, mais da metade dos entrevistados trabalhavam no turno diurno (64,1%), possuíam em média 9,45 anos de experiência profissional (DP=7,97) e 6,58 anos (DP=6,46) de exercício profissional na instituição pesquisada, foi utilizado como instrumento de pesquisa a MBI – HSS. Dentre os resultados apresentados os autores verificaram um elevado índice de Realização Profissional (M=3,79; DP = 0,75), e índices médios de Exaustão Emocional (M=2,47; DP = 0,73), e Despersonalização (M=2,59; DP = 0,54), considerando uma escala de pontuação de 1 a 5.

Na relação entre *burnout* e as variáveis qualitativas, o resultado demonstrou que a Exaustão Emocional elevou-se na medida em que diminuiu a satisfação com as relações hierárquicas (-0,351), a satisfação com o trabalho (-0,146), e oportunidades de crescimento (-0,439). Em relação aos fatores de estresse, quanto maior a percepção de que a profissão é estressante (0,433), assim como a carga horária (0,379), a escala (0,389), o tipo de paciente atendido (0,206), as condições de trabalho (0,485), e a dificuldade em conciliar trabalho e família (0,386), maior foi o sentimento de Exaustão Emocional. Ocorreu um aumento da Despersonalização conforme cresceu a insatisfação com as relações hierárquicas, com o menor tempo de experiência profissional e número de dias de licença-saúde (Carlotto & Silva, 2008). Já a realização profissional aumenta na medida em que aumenta a satisfação com

as relações hierárquicas (0,459), com o ambiente físico de trabalho (0,203), e com as oportunidades de crescimento profissional (0,474). Quanto maior a carga horária (0,189), maior a realização profissional (Carlotto & Silva, 2008).

Tamayo (2008) investigou a relação entre o *burnout* e as fontes organizacionais de desajuste do indivíduo no trabalho, a amostra foi composta por 190 trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal (32 enfermeiros, 82 técnicos de enfermagem e 75 auxiliares de enfermagem, 1 respondente não informou o cargo). O *burnout* foi avaliado mediante a Escala de Caracterização do *burnout* – ECB (Tamayo & Tróccoli, 2005). Para avaliar as fontes de desajuste indivíduo-trabalho, foi utilizado o Questionário de Fontes de Desajuste (QFD).

Como resultado da pesquisa o autor identificou que em relação aos níveis de burnout 12,6% localizaram-se no nível baixo; 8,4% situaram-se no nível médio e 17,4% agruparam-se no nível alto. Sobre o perfil de *burnout* na amostra de participantes, a Exaustão Emocional foi o fator que obteve a média mais alta (2,46), seguido pela média do fator Decepção (1,84) e finalmente pela média do fator Desumanização (1,70). O autor encontrou que todas as fontes de desajuste apresentaram correlações diretas e significativas com os fatores da síndrome. Especificamente, o fator Exaustão Emocional apresentou correlações altas com os fatores Sobrecarga de Trabalho ( $r = 0,70$ ;  $p = 0,01$ ) e Ausência de Coleguismo ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,01$ ) e uma correlação moderada com o fator Conflito de Valores e Práticas Organizacionais ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,01$ ). O fator Desumanização também apresentou correlações diretas e moderadas com as três fontes de desajuste: Sobrecarga de Trabalho ( $r = 0,41$ ;  $p = 0,01$ ); Ausência de Coleguismo ( $r = 0,27$ ;  $p = 0,01$ ) e Conflito Valores e Práticas Organizacionais ( $r = 0,19$ ;  $p = 0,01$ ).

O último fator do *burnout*, Decepção, evidenciou uma correlação alta e direta com o

fator Sobrecarga de Trabalho ( $r = 0,65$ ;  $p = 0,01$ ) e correlações moderadas e positivas com as dimensões Ausência de Coleguismo ( $r = 0,46$ ;  $p = 0,01$ ) e Conflito Valores e Práticas Organizacionais ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,01$ ). No estabelecimento do poder de predição das fontes organizacionais de desajuste para os fatores de *burnout*, o autor evidenciou que no total, 55% da variabilidade em Exaustão Emocional foi predita pelos escores das três variáveis (Ausência de Coleguismo ( $sr^2 = 0,03$ ;  $b = 0,19$ ), Sobrecarga de Trabalho ( $sr^2 = 0,30$ ;  $b = 0,60$ ) e Conflito de Valores e Práticas Organizacionais), 18% da variabilidade em Desumanização foi predita pelos escores das fontes de desajuste, e 48% da variabilidade em Decepção foi predito pelos escores das fontes de desajuste (Tamayo, 2008).

Lordani, Migliorini e Zanella (2008), realizaram um estudo de campo com a participação de 20 profissionais da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). O estudo apresentou como objetivo identificar se os profissionais da enfermagem apresentavam sinais e sintomas característicos para o desenvolvimento da Síndrome de *burnout*. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário de caracterização da amostra e a MBI. O resultado da pesquisa constatou que os profissionais de enfermagem não apresentam a síndrome. A pontuação para Reduzida Realização Profissional foi alta, a pontuação para Exaustão Emocional foi média, e em relação à Despersonalização, a pontuação foi baixa.

Em um estudo sobre a síndrome de *burnout* Santos e Passos (2009) apresentaram como objetivo analisar os possíveis fatores desencadeantes e discutir os indicativos desta síndrome em 39 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro. Foram utilizados dois instrumentos no estudo: um roteiro de entrevista para caracterizar os sujeitos e obter elementos do trabalho do enfermeiro e o MBI. Os resultados apontaram que os possíveis fatores desencadeantes da síndrome de *burnout* nas UBSs foram os elementos do

ambiente e condições de trabalho, e seguindo a avaliação do MBI, 16,7% dos profissionais apresentaram indicativo da síndrome de *burnout* e 3,3% apresentaram indicativo de tendência à Burnout. Os enfermeiros destacaram os aspectos estruturais das unidades negativamente no desenvolvimento do trabalho.

Em um estudo sobre a síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro, Jodas e Haddad (2009) apresentaram como objetivo investigar sinais e sintomas de *burnout* neste público alvo com fatores preditores. A amostra foi composta por 61 trabalhadores da área de enfermagem, utilizando um questionário estruturado, auto-aplicável, acrescido do *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Sobre os valores mais encontrados de cada dimensão, os autores constataram que 55,7% dos profissionais tinham baixo nível de Exaustão Emocional, 37,7% apresentavam nível médio de Despersonalização e 37,7% apresentavam um alto nível de Realização Profissional. Identificaram que 61 funcionários pesquisados, 8,2% (uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem) apresentaram sinais e sintomas de *burnout*, enquanto 54,1% possuíam alto risco para manifestação da síndrome e 37,7% baixo risco de manifestação da doença. Quanto aos fatores preditores para o desenvolvimento de *burnout*, o possuir atividades que exigem mais tempo do que o trabalhador se julga capaz correspondeu a 33,4% da população estudada.

Queirós, Rodrigues e Silva (2009), realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar os níveis de ansiedade, depressão e *burnout* em enfermeiros de cuidados de saúde primários, correlacionando os níveis de ansiedade e *burnout*. A amostra foi composta por 48 enfermeiras de três centros de saúde voluntárias da região de Bragança, Portugal. Como instrumento foi utilizado um questionário para caracterização sócio-demográficas, avaliação da ansiedade (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS), e a avaliação do

*burnout* com o MBI. Como resultado os autores identificaram pouco *burnout* (média de 28, num máximo possível de 132 pontos), e pouca ansiedade e depressão (média de 7 e de 5 respectivamente, para um máximo de 28 pontos). Identificaram também uma tendência maior para ansiedade e *burnout* em enfermeiras solteiras e sem filhos, enquanto a depressão tende a ser mais elevada em enfermeiras casadas e com filhos. As enfermeiras com maior experiência profissional, contrato de trabalho com vínculo, percebendo a profissão como estável, apresentam mais ansiedade e depressão. Em oposição, as enfermeiras com menor experiência profissional, contratos de trabalho a tempo certo, percebendo a profissão como instável, apresentam maior *burnout*. Demerouti, Bakker, Nachreiner e Schaufeli (2000) sugerem que menor tempo de serviço e instabilidade profissional são fatores de risco para o aparecimento de *burnout*.

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), avaliaram as fontes de estresse, o *burnout*, os problemas de saúde física, a satisfação e a realização profissional, com uma amostra de 286 enfermeiros de Hospitais e Centros de Saúde Portugueses. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um questionário demográfico e um questionário de estresse nos profissionais de saúde (QSPS). Esse instrumento foi desenvolvido a partir dos trabalhos originais de Cruz e Melo (1996) e Gomes, Melo e Cruz (2000) com psicólogos portugueses, realizando-se a adaptação dos itens de avaliação das fontes de estresse de acordo com os profissionais da área da saúde a que se destina o instrumento (enfermeiros e médicos). Foi utilizado o Inventário de *Burnout de Maslach* – Prestadores de Serviços Humanos (MBI-PSH). Trata-se da versão traduzida e adaptada por Cruz e Melo (1996) e Melo, Gomes e Cruz (1999) do *Maslach Burnout Inventory-HSS* (Maslach & Jackson, 1996). O MBI-PSH é um instrumento de auto-registro com 22 itens acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões, Exaustão Emocional,

Despersonalização e Realização Pessoal. Outros instrumentos utilizados foram a escala de saúde física (ESF) e a escala de Satisfação e Realização (ESR).

Os resultados apontaram 30% de enfermeiros com experiências significativas de estresse e 15% com problemas de Exaustão Emocional, seguidos de 4% com Despersonalização e 1% com problemas de Realização Profissional. As análises de regressão múltipla apontaram maior capacidade preditiva das dimensões de estresse na Exaustão Emocional, na saúde física, na Satisfação e na Realização Profissional. As análises comparativas evidenciaram maiores problemas de estresse e reações mais negativas ao trabalho nas mulheres, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência, nos trabalhadores com contratos a prazo, nos profissionais que realizam trabalho por turnos e nos que trabalham mais horas (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009).

Dentro do contexto citado sobre os construtos depressão, estresse e *burnout*, o presente estudo apresenta como objetivo buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP) por meio da correlação com outras variáveis, especificamente com a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e com a *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). Ainda, verificar possíveis diferenças quanto aos níveis/índices de depressão, estresse e *burnout*, entre profissionais da área da saúde, mais especificamente, auxiliares e técnicos de enfermagem, com indivíduos que trabalham em outras áreas.

## 2. Método

### 2.1 Participantes

Fizeram parte do estudo 146 estudantes de uma universidade particular em uma cidade no interior do estado de São Paulo, provenientes do curso de enfermagem. A faixa etária foi a partir de 19 anos, de ambos os sexos. A amostra foi composta pelos estudantes que exerciam atividade profissional remunerada, sendo que os estudantes foram separados por função e por tempo que exerciam a atividade laboral. Foi formado um grupo de estudantes que trabalhavam como auxiliares ou técnicos de enfermagem, e outro grupo com estudantes que exerciam atividade laboral em outros setores. Foi utilizado como critério de exclusão o fato de não ser trabalhador.

Do total da amostra, 80 estudantes (54,8%) exerciam atividade profissional na área da enfermagem, auxiliares ou técnicos de enfermagem, sendo que 77,5% eram do sexo feminino, e 66 estudantes (45,2%) exerciam atividade laboral em outras áreas, sendo 93,9% do sexo feminino. Essa descrição pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes por sexo.

	Grupo			
	Profissionais de enfermagem		Profissionais de outras áreas	
Sexo	f	%	f	%
Masculino	18	22,5%	4	6,1
Feminino	62	77,5%	62	93,9
Total	80	100%	66	100%

A idade dos participantes variou de 19 e 53 anos, sendo que as idades encontradas com maior frequência foram de 25 anos (8,9%), seguidas das idades de 21, 23, 26 e 30 anos com 7,5% e de 20 anos com 6,8%. A idade encontrada com menor frequência foi de 53 anos com 0,7%.

## **2.2 Instrumentos**

### *Escala de Depressão – EDEP (Baptista, 2010).*

A Escala de Depressão (EDEP) é um instrumento brasileiro desenvolvido por Baptista em 2007, que pretende medir a sintomatologia da depressão. A escala foi desenvolvida utilizando como base informações sobre as particularidades deste quadro no Brasil, os manuais psiquiátricos (DSM-IV e CID-10) e as teorias psicológicas (Teoria de Beck e a visão comportamental sobre a depressão).

A Escala de Depressão (EDEP) apresenta inicialmente um questionário com levantamento das variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), profissão e psicossociais (caso de depressão na família, tratamento de depressão, acontecimentos vividos no último ano). Apresenta 26 indicadores de depressão, a saber, humor deprimido, perda ou diminuição de prazer em atividades prazerosas, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade, sentimentos de inadequação, carência e dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada incorporando o negativismo, culpa, diminuição de concentração, pensamento de morte, auto-estima rebaixada e autoconfiança, falta de perspectiva sobre o presente incorporando o negativismo e desesperança, hipocondria, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão e agitação

psicomotora, perda de libido e fadiga e perda de energia e irritabilidade, alguns desses indicadores podem se referir as situações opostas, como por exemplo, a alteração de apetite, nesse caso, a alteração para mais ou para menos deve ser captada pelo instrumento.

A partir dos indicadores, foram construídas 150 frases que abordam cada uma delas de forma negativa e positiva, como por exemplo: “Faço coisas que gosto” e “Não tenho mais vontade de fazer coisas que gostava”, relativo ao indicador “perda ou diminuição do prazer”; “Tenho chorado muito” e “não tenho chorado”, relacionado a “choro”. Dessa forma, foram gerados 75 itens, compostos por um par de frases cada.

À partir da análise de conteúdo, a escala foi reduzida a 32 itens. Cada um é composto por uma régua contendo três círculos, dentro dos quais serão requisitados aos participantes que indiquem um único círculo que melhor expressa como ele se sente em relação às afirmações. O participante deverá escolher o círculo imediatamente mais próximo à frase da esquerda ou direita, caso ele concorde com as afirmações. O círculo central deve ser marcado se o sentimento puder ser classificado como “mais ou menos”.

Baptista, Souza e Alves (2008) aplicaram o referido instrumento juntamente com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A amostra foi composta por 157 estudantes universitários do sul de Minas Gerais. Como resultados encontraram correlações negativas e significativas entre a EDEP e as dimensões do IPSF, sugerindo que quanto maior a sintomatologia de depressão, pior a percepção do suporte familiar recebido. Foram encontradas apenas diferenças marginalmente significativa entre os gêneros, no que diz respeito à sintomatologia depressiva (EDEP e BDI), indicando que mulheres pontuariam mais nas escalas de depressão. Os autores concluíram que, embora o número de participantes tenha sido reduzido, os resultados encontrados acompanham o encontrado na literatura.

Também com objetivo de buscar evidências de validade, convergente e discriminante, para a 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. Foram aplicados em 200 participantes, com idade variando entre 18 e 62 anos ( $M=37,71$ ;  $DP=9,8$ ), sendo: 100 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 freqüentam 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 ( $t=-3,3631$ ;  $gl=198$ ;  $p\leq 0,001$ ). 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 e também para o grupo clínico, enquanto que o grupo não clínico foi encontrado precisão de 0,95. Por intermédio das evidências analisadas, concluiu-se que a EDEP é uma escala adequada para a avaliação da depressão.

Santana (2008) aplicou o Inventário de Percepção do Suporte Familiar, Inventário de Estilos Parentais e a EDEP em 510 estudantes de escolas públicas do interior de São Paulo, divididas entre a sexta e a oitava séries do Ensino Fundamental, sendo 242 meninos e 268 meninas, com idades entre 11 e 18 anos ( $M=13,31$ .  $DP=1,1$ ), com o objetivo de buscar evidências de validade para a EDEP. Foram encontradas correlações positivas e moderadas entre os instrumentos Inventário de Percepção do Suporte Familiar e Inventário de Estilos Parentais. As correlações negativas entre o Inventário de Percepção do Suporte Familiar, o Inventário de Estilos Parentais e a EDEP deram credibilidade à evidência de validade

baseada na relação com outras variáveis, de acordo com o *Standards for education and psychological testing*.

***Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (Sisto, Baptista, Noronha & Santos, 2007).***

A Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho permite avaliar a sensibilidade do indivíduo frente os fatores encontrados na rotina do trabalho, e seu comportamento perante essas circunstâncias. A escala pode ser usada para pessoas de 17 a 54 anos. A partir do instrumento pode-se avaliar de que forma os grupos profissionais reagem aos estímulos estressores, ou seja, a intensidade da sua vulnerabilidade.

A escala é aplicada no máximo para grupos de 60 participantes, podendo ser de forma individual e coletiva. Esta escala favorece pesquisadores e psicólogos da área do trabalho, no desenvolvimento de avaliações sobre o estresse ocupacional, consequentemente, propicia a profissionais de todas as áreas identificarem suas vulnerabilidades. Este saber permite que as organizações planejem atividades, a fim de reduzir as variáveis estressantes no ambiente de trabalho, objetivando uma qualidade de vida crescente do trabalhador.

Em primeiro estudo, na versão preliminar foram utilizados três fatores na construção dos itens sobre as fontes de estresse, aborrecimento/contrariedade no trabalho, pressão no trabalho e falta de suporte organizacional. Baseado nestes fatores formulou-se 181 itens com variáveis estressoras, após análise dos itens por profissionais da área, 154 frases sobre situações estressoras compuseram o instrumento inicial. Destes 154 itens originalmente propostos para o instrumento, 73 permitiram a diferenciação dos cursos. Notou-se também que os sujeitos da área de saúde são mais suscetíveis aos eventos estressores quando

comparados com outras áreas, havendo predominância da área de enfermagem, que se diferenciou das demais em 63 itens.

Neste primeiro estudo 388 participante voluntários de 17 a 49 anos de ambos os sexos formaram a amostra, eram trabalhadores e estudantes universitários. A aplicação do instrumento aconteceu coletivamente. Eram três alternativas de respostas para cada item (nunca, às vezes e sempre). As atribuições de pontos para respostas (nunca=0, às vezes=1 e sempre=2) eram usados em caso de itens positivos, enquanto (resposta nunca=2, às vezes=1 e sempre=0) eram usadas para os itens negativos. Sobre a estrutura interna deste instrumento, realizaram-se dois estudos de evidências de validade. Foi analisado o funcionamento dos itens sobre a diferenciação indevida das pessoas de ambos os sexos, e também analisado por principais itens, buscando caracterizar variáveis latentes, subjacente aos itens.

Um novo estudo feito pelos autores a partir da escala com 73 itens verificou a estrutura interna do instrumento, reduzindo o número de itens para 40. Foram também identificados três fatores, denominados Clima e Funcionamento Organizacional, Pressão no Trabalho e Infra-estrutura e Rotina. A pontuação da EVENT se dá pela soma dos itens assinalados pelos sujeitos. A pontuação mínima é 40 e a máxima, 120. Em relação a cada fator, Aborrecimento e Contrariedade possuem uma pontuação mínima de 17 e máxima de 51, Pressão no Trabalho possui mínima de 13 e máxima de 39 e Falta de Suporte Organizacional possui mínima de 10 e máxima de 30.

Um segundo estudo de validade para a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT), procedeu-se uma pesquisa com base na seleção dos itens construídos no instrumento para 948 pessoas, de 17 a 54 anos, de ambos os sexos e estudantes, acontecendo aplicação coletiva do instrumento. Na evidência de validade de critério grupos

por profissões, estas foram organizadas em seis grupos de profissões, 499 participantes propiciaram essa classificação. Na evidência de validade de critério sintomas de estresse, o estudo sugere que independente da idade e escolaridade pode haver vulnerabilidade ao estresse. Concluiu-se também que as mulheres (24,79) apresentam vulnerabilidade maior ao estresse em ambientes de trabalho do que os homens (22,26).

Oswaldo (2009), realizou um estudo com o objetivo de buscar novas evidências de validade baseada na relação com outras variáveis da EVENT com o ISSL, Escala ocupacional (ECO) e a EDEP e instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL). Participaram da pesquisa 150 gestores, das áreas empresarial, educação e saúde. Os resultados apontam várias correlações significativas entre os instrumentos: positiva de magnitude moderada e altamente significativa entre a EVENT e o ISSL; positiva de magnitude baixa e altamente significativa entre a EVENT e a EDEP; negativa e de magnitude baixa entre a EVENT e a dimensão controle da ECO e positiva de magnitude baixa com esQUIVA; negativa e de magnitude baixa entre a EVENT e WHOQOL; positiva e de magnitude alta entre o ISSL e a EDEP; positiva de magnitude baixa entre o ISSL e dimensão esQUIVA da ECO; negativa de magnitude moderada e altamente significativa entre o ISSL e WHOQOL; negativa de magnitude baixa entre a EDEP e dimensão controle da ECO e positiva de magnitude baixa com a esQUIVA, negativa de magnitude alta entre a EDEP e WHOQOL; correlação positiva de magnitude baixa entre a dimensão controle da ECO com o WHOQOL e correlação negativa de magnitude baixa com a esQUIVA. Em relação às áreas pesquisadas, a saúde se apresenta com maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho do que a área da educação.

Nesse trabalho foi utilizada a versão final da EVENT, contendo 3 fatores e 40 itens, sendo que o primeiro fator apresenta 16 itens, o segundo fator apresenta 13 itens e o

terceiro fator com 11 itens. Conforme orientação do manual da EVENT na página 92, a correção do teste é feita atribuindo-se zero ponto às respostas “nunca”; um ponto para “às vezes” e dois pontos para as respostas “freqüentemente”. A escala pode variar de um mínimo de 0 (zero) a um máximo de 80 pontos, a média de corte da EVENT Total é de 40,5 pontos; para o primeiro fator (Clima e Funcionamento Organizacional) a média é de 16,5 pontos, podendo apresentar variação de 0 a 32 pontos; no segundo fator (Pressão no Trabalho) a média é de 13, 5 pontos com variância de 0 a 26 pontos; e para o terceiro fator (Infra-estrutura e Rotina) a média de corte é de 11,5 pontos, variando de 0 a 22 pontos (Sisto, Baptista, Noronha & Santos, 2007).

***Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey - MBI-HSS*** (Maslach & Jackson, 1981).

Maslach e Leiter, 1997 (citado por Carlotto & Câmara, 2007) referem duas versões do MBI que têm sido bastante 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 para uma ampla gama de profissões. O MBI, em sua primeira versão, avaliava a intensidade e a freqüência 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 freqüência, pois foi detectada a existência de alta associação entre as duas escalas; muitos estudos apontaram correlação superior a 0,80.

Para Maslach e Jackson (1986) o inventário é utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências resultantes de seu processo. Ele identifica índices de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão; os altos escores em exaustão emocional e despersonalização e

baixos escores em realização profissional (essa subescala é inversa) indicam alto nível de *burnout*. Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam 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.

Será utilizado neste estudo o MBI-HSS, instrumento elaborado por Maslach e Jackson (1981). A construção do instrumento partiu de duas dimensões, exaustão emocional e despersonalização, com uma terceira que surgiu após estudos com muitos profissionais de diversas áreas, que seria a baixa realização profissional. A princípio o inventário apresentava 47 itens, este foi 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 quatro fatores emergiram, tendo somente três deles apresentando significância empírica. 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 e os coeficientes de teste e reteste de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (Maslach & Jackson, 1981).

O MBI-HSS foi traduzido para o Brasil e adaptado por Benevides-Pereira (2001). A tradução foi realizada em duas etapas: do inglês para o português e desse para o inglês. A versão original foi 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 e possibilitar sua compreensão na população brasileira. A tradução reversa, do português ao inglês, foi realizada por dois psicólogos com domínio em ambos os idiomas. O instrumento é auto-aplicado e totaliza 22 itens. Em sua versão original americana, a frequência das respostas é avaliada por uma escala de pontuação que varia de

0 a 6. O diagnóstico de burnout é realizado com nível alto para Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DE), e nível baixo para Realização Profissional (RP). Conforme os pontos de corte as dimensões da MBI são analisadas da seguinte forma: EE (Baixo: 0-15; Médio: 16-25; Alto: 26-54); DE (Baixo: 0-2; Médio: 3-8; Alto: 9-30); RP (Baixo: 0-33; Médio: 34-42; Alto: 43-48) (Carlotto & Câmara, 2007).

## **2.3 Procedimentos**

Após encaminhamento e aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, e autorizada a coleta de dados pelos coordenadores e docentes do curso, os instrumentos foram aplicados de forma coletiva em salas de aproximadamente 50 alunos. A aplicação durou em média 35 minutos, sendo que, os alunos responderam primeiramente a EDEP, depois a EVENT e a MBI-HSS. Todos os instrumentos foram respondidos em uma única aplicação, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3. Resultados

Foram realizadas as análises descritivas da EDEP, da EVENT e da MBI-HSS. A Tabela 2 mostra esses resultados.

Os resultados para os escores da EVENT e seus fatores associados foram comparados com o grupo de profissão de número 4 que se encontra na página 62 do Manual da Escala, por se encaixar na amostra estudada. O grupo 4 do manual é composto por profissionais com formação de nível médio e que demandam uma formação mais técnica e menos administrativa, muitos deles possuíam curso superior incompleto. O grupo 4 do manual da EVENT é constituído pelas profissões: analista da área biológica, analista de qualidade, analista de sistemas, analista pessoal, analista treinamento e desenvolvimento, auxiliar de qualidade, auxiliar elétrico, auxiliar de enfermagem, auxiliar de nutrição, auxiliar de odontologia, auxiliar técnico, controle de qualidade, desenhista, digitador, eletricitista, eletricitista montador, escrevente judiciário, fresador ferramenteiro, instrumentador cirúrgico, laboratorista, laboratorista clínica, mecanógrafa, operador de *callcenter*, atendente telemarketing, perfumista, pesquisador, programador, projetista, supervisor de manutenção elétrica, supervisor técnico, suporte técnico, técnico de processos, técnico eletrônico, técnico de informática, técnico enfermagem, técnico montagem, técnico panificação, técnico químico, técnico segurança do trabalho, entre outras. Desta forma, os resultados para os escores da EVENT serão comparados com esse grupo de profissão do manual do teste e pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos instrumentos respondidos pelos participantes.

	EDEP	EVENT	MBI- HSS
N	146	146	146
Média	13,73	34,21	62,32
Desvio Padrão	9,62	13,30	8,85
Mínimo	0	1	23
Máximo	47	62	86

Como é possível notar, a média dos escores para a EDEP foi de 13,73 com desvio padrão de 9,62, sendo que a pontuação desta escala pode variar de 0 a 64 pontos. A pontuação mínima foi de 0 e a máxima de 47 pontos, não foi tão alta quanto poderia.

Como observado na Tabela 2 a média de escore na EVENT Total, foi de 34,21 com desvio padrão de 13,30, pontuação mínima de 1 ponto e máxima de 62 pontos. Para o grupo de profissão 4 do manual a média encontrada foi de 35,52 com desvio padrão de 11,45, pontuação mínima de 14 pontos e máxima de 69 pontos (Sisto, Noronha, Santos & Baptista, 2007). A média da EVENT Total pode ser considerada baixa, já que o ponto médio dessa escala é de 40,5 pontos. No geral os profissionais relataram poucos estressores relacionados ao trabalho.

Na MBI-HSS a pontuação mínima foi de 23 e a máxima de 86, com Média de 62,32. Na Tabela 3 pode ser observado o resultado da relação entre os fatores da EVENT, com as dimensões da MBI-HSS.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos fatores da EVENT e as dimensões da MBI respondidas pelos participantes.

	Clima e Funcionamento Organizacional	Pressão no Trabalho	Infra- Estrutura e Rotina	Exaustão Emo- cional	Realização Profissio- nal	Desperso- nalização
N	146	146	146	146	146	146
Média	13,62	13,81	6,78	23,57	29,10	9,66
DP	6,90	5,15	3,57	5,83	5,5	3,6
Mínimo	0	1	0	9	8	5
Máximo	30	25	17	40	40	22

Observa-se em relação aos fatores da EVENT que quanto ao primeiro fator, Clima e Funcionamento Organizacional, a média foi de 13,62 com desvio padrão de 6,90, variando de 0 a 30. A média no manual para o mesmo fator, no grupo de profissão 4 foi de 13,75 com desvio padrão de 6,42, variando de 0 a 29 (Sisto, Noronha, Santos & Baptista, 2007). Considerando que a média para esse fator no manual da escala é de 16,5 pontos, conclui-se que a amostra relatou poucos estressores para Clima e Funcionamento Organizacional.

Conforme a Tabela 3, para o segundo fator, Pressão no Trabalho, a média encontrada foi de 13,81 com desvio padrão de 5,15, com variação de 1 a 25 pontos. Em relação ao grupo de profissão 4 do manual, a média foi de 15,01 com desvio padrão de 5,82, variação de pontuação de 0 a 24 (Sisto, Noronha, Santos & Baptista, 2007). Considerando que o ponto médio dessa escala é de 13,5 pontos, observou-se que a média desse estudo ficou muito próxima ao ponto de corte, concluindo que os profissionais relataram um número médio de estressores no trabalho neste fator.

No terceiro fator, Infra-estrutura e Rotina, a média foi de 6,78 com desvio padrão de 3,57, variando de 0 a 17 pontos. O grupo 4 no manual do teste apresentou média de 6,51 com desvio padrão de 3,92, com variação de 0 a 20 (Sisto, Noronha, Santos & Baptista, 2007). Considerando a pontuação média de corte do manual para esse fator que é 11,5, a

pontuação média desse estudo ficou bastante distante, sugerindo que os profissionais pontuaram pouca vulnerabilidade ao estresse no trabalho no que diz respeito a Infra-estrutura e Rotina.

A primeira dimensão da MBI-HSS, Exaustão Emocional (EE) variou de 9 a 40 pontos ( $M=23,57$ ;  $DP=5,83$ ) enquadrando-se no nível médio para o diagnóstico de *burnout*, considerando a pontuação da média. A segunda dimensão, Realização Profissional (RP) apresentou variância de 8 a 40 pontos ( $M=29,10$ ;  $DP=5,5$ ) com nível baixo para *burnout*. Na Despersonalização (DE) houve variação de 5 a 22 ( $M=9,66$ ;  $DP=3,6$ ) com nível alto para *burnout*.

Por meio do resultado das dimensões da MBI-HSS pode-se concluir que conforme os pontos de corte estabelecidos pela escala, a amostra apresentou pontuação média para EE (55 pessoas), baixa para RP (68 pessoas), e alta para DE (23 pessoas), uma vez que o diagnóstico de *burnout* é feito com nível alto para EE e DE, e nível baixo para RP.

Na busca das diferenças entre os grupos (profissionais de enfermagem e profissionais com outras ocupações), foi realizada uma análise de diferença de média, por meio do teste *t* de *student*. Em relação aos profissionais com outras ocupações que não são da área da enfermagem, foram encontrados trabalhadores que atuam como auxiliar de consultório dentário, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, auxiliar de laboratório, almoxarife, autônomo, atendente, auxiliar de padaria, analista de contas, balconista, babá, cobrador de ônibus, comerciante, copeira, digitador, estagiário, lactarista, nutricionista, professora, projetista, recepcionista, secretária, técnico de radiologia, técnico de análise clínica, vendedora e zelador. Os resultados desta comparação podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação dos escores dos profissionais de enfermagem e de outras ocupações.

	Curso	N	M	DP	t	p
EDEP	Outras	66	13,21	9,61	-0,59	0,55
	Enfermagem	80	14,16	9,67		
Clima e Funcionamento Organizacional	Outras	66	12,76	6,93	-1,38	0,17
	Enfermagem	80	14,34	6,84		
Pressão no Trabalho	Outras	66	13,27	5,28	-1,14	0,25
	Enfermagem	80	14,25	5,04		
Infra-Estrutura e Rotina	Outras	66	6,41	3,95	-1,14	0,25
	Enfermagem	80	7,09	3,22		
EVENT total	Outras	66	32,44	13,83	-1,47	0,14
	Enfermagem	80	35,67	12,75		
Exaustão Emocional	Outras	66	24,24	5,78	1,27	0,20
	Enfermagem	80	23,01	5,84		
Realização Profissional	Outras	66	28,36	4,93	-1,46	0,14
	Enfermagem	80	29,70	5,90		
Despersonalização	Outras	66	9,59	3,70	-0,20	0,84
	Enfermagem	80	9,71	3,00		

Na EDEP os profissionais de enfermagem pontuaram uma média de 14,16, enquanto os profissionais das outras áreas pontuaram média de 13,21, apresentando uma diferença estatisticamente não significativa. Na EVENT total a média para enfermagem foi de 35,67 e para as outras áreas foi de 32,44, também com uma diferença estatisticamente não significativa. Em todos os fatores da EVENT a média foi pontuada maior pelos profissionais de enfermagem, porém com diferenças estatísticas não significativas. Nas dimensões da MBI-HSS, apenas na dimensão Exaustão Emocional, a média foi pontuada maior pelos profissionais das outras áreas, também com uma diferença não significativa.

Com o objetivo de analisar as relações entre os instrumentos envolvidos nesta pesquisa, foram realizadas correlações entre os escores obtidos pelos participantes na Escala de Depressão (EDEP), os fatores da EVENT, a EVENT Total, e as dimensões da MBI-HSS. O resultado dessas correlações será apresentado a seguir na Tabela 5.

O resultado da correlação entre EDEP e a EVENT foi de 0,34 ( $p < 0,001$ ). Entre a EDEP e as dimensões da MBI-HSS foram encontrados os valores de 0,43 ( $p < 0,001$ ), para Exaustão Emocional, 0,36 ( $p < 0,001$ ) para Despersonalização e -0,33 ( $p < 0,001$ ) para Realização Profissional.

Tabela 5. Correlações entre a EDEP, os seus fatores da EVENT e as Dimensões da MBI.

		EDEP
Clima e Funcionamento Organizacional	<i>r</i>	0,33
	<i>p</i>	0,00
Pressão no Trabalho	<i>r</i>	0,30
	<i>p</i>	0,00
Infraestrutura e Rotina	<i>r</i>	0,31
	<i>p</i>	0,00
EVENT TOTAL	<i>r</i>	0,34
	<i>p</i>	0,00
Exaustão Emocional	<i>r</i>	0,43
	<i>p</i>	0,00
Realização Profissional	<i>r</i>	-0,33
	<i>p</i>	0,00
Despersonalização	<i>r</i>	0,36
	<i>p</i>	0,00

Nas correlações entre os fatores da EVENT (Clima e Funcionamento Organizacional, Pressão no Trabalho e Infra-estrutura e Rotina) com a EDEP, os resultados encontrados foram todos positivos com baixa magnitude. Dessa forma, observa-se que quanto maior a vulnerabilidade aos estressores relacionados ao ambiente físico e salários inadequados, problemas com chefia, falta de perspectiva profissional, falta de valorização, acúmulo de funções, ritmo acelerado de trabalho, muita responsabilidade exigida, jornadas dobradas, equipamento precário e afastamento por problemas de saúde, maior a

sintomatologia depressiva relatada pelos profissionais.

A correlação entre a EVENT Total e a EDEP foi positiva, porém de baixa magnitude, indicando que quanto maior vulnerabilidade ao estresse nas situações de trabalho, maior a manifestação de sintomas depressivos encontrados.

Na correlação entre a EDEP e os fatores do MBI, observa-se que para a Exaustão Emocional foi a correlação mais alta dos dados analisados de 0,43 ( $p > 0,00$ ), mesmo sendo a mais alta ainda assim apresentou uma magnitude média. O resultado mostra que quanto maior a Exaustão Emocional no trabalho, como sentir-se emocionalmente exausto pelo trabalho, sentir-se esgotado ao final do dia, cansado ao se levantar pela manhã para ir ao trabalho, ter que esforçar-se para trabalhar com pessoas o dia inteiro, sentir-se frustrado pelo trabalho ou de estar trabalhando demais, e sentir-se de estar no final do limite, maior será a sintomatologia a depressão.

Para a Despersonalização a correlação foi positiva, e de baixa magnitude inferindo que quanto maior os fatores que levem a despersonalização como, a sensação de estar tratando as pessoas como objetos, de estar se sentindo mais insensível e endurecido emocionalmente, não se importando com as pessoas que atende, maior será a pontuação na EDEP.

Para a Realização Profissional a correlação foi negativa, sugerindo que quanto mais pontuação na Realização Profissional, como tratar de forma adequada os problemas das pessoas que atende, de influenciar positivamente as pessoas, de sentir-se cheio de energia, de poder criar um ambiente tranquilo no atendimento, menor a pontuação na EDEP.

## 4. Discussão e Considerações Finais

O objetivo principal deste trabalho foi buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP) por meio da correlação com outras variáveis, especificamente com a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e com a *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). Ainda, verificar possíveis diferenças quanto aos níveis/índices de depressão, estresse e *burnout*, entre profissionais da área da saúde, mais especificamente, auxiliares e técnicos de enfermagem, com indivíduos que trabalham em outras áreas.

A partir dos dados encontrados, serão discutidos aqui nesse capítulo os resultados frente ao objetivo do estudo, comparando com a literatura. Nas correlações entre os fatores da EVENT e a EDEP houve correlação positiva, porém de baixa magnitude; a EVENT Total e a EDEP também apresentou correlação positiva e de baixa magnitude; quanto as dimensões da MBI-HSS e a EDEP, nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização apresentaram correlações positivas de baixa magnitude, e na dimensão Realização Profissional apresentou correlação negativa e de baixa magnitude.

Em relação a evidência de validade baseada na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão (EDEP) na correlação com a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT), fica confirmada evidência de validade. A correlação foi positiva e de baixa magnitude ( $r=0,34$ ), pois apesar dos instrumentos medirem construtos diferentes, os resultados indicam que quanto maior o estresse laboral, maior a sintomatologia depressiva.

Contribuindo com esse resultado, a literatura descreve que os eventos estressores no trabalho podem ser uma das causas da depressão, ou seja, quando o trabalhador não consegue criar formas adaptativas para lidar com os estressores ocupacionais, havendo

manutenção desses, surge a possibilidade de alterações neuroendócrinas prolongadas, ocorrendo a vulnerabilidade do indivíduo até o surgimento de doenças diversas, sendo a depressão a mais comum (Almeida, 2003). Caryon e Haims (1999), também citam que o estresse ocupacional é caracterizado por um conjunto de reações físicas e psicológicas, sendo que a depressão é uma das conseqüências das reações psicológicas.

Na correlação entre os fatores da EVENT e a EDEP, os resultados apontaram correlações positivas com baixa magnitude, inferindo que quanto maior os estressores relacionados ao Clima e Funcionamento Organizacional, Pressão no Trabalho e Infra-estrutura e Rotina, maior a sintomatologia depressiva.

Contribuindo com esse resultado, a literatura descreve que os eventos estressores no trabalho podem ser a causa principal do aparecimento dos transtornos depressivos e que a depressão pode estar relacionada a estressores negativos e traumáticos que são vivenciados pelo indivíduo (Brodsky, 1991).

Estudos realizados por Joca, Padovan, Guimarães (2003) e Garro, Camilo e Nóbrega (2006) indicaram que os sintomas de depressão também estão relacionados aos estresses laborais e situações conflituosas vivenciadas no trabalho. Carvalho, Fernandes e Lopes (2008) investigaram a presença de estresse e sintomas de depressão em enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva, apontaram como principal fator de estresse, o ambiente de trabalho e os principais sintomas estão relacionados as alterações cardiovasculares e sintomas depressivos como irritabilidade e falta de concentração.

Os resultados da correlação entre as dimensões da MBI-HSS com a EDEP, no que diz respeito a Exaustão Emocional e a Despersonalização, foram positivas e de baixa magnitude. Com isso pode-se concluir que existe relação entre a Exaustão Emocional e a Despersonalização com a sintomatologia da depressão. Apesar da amostra não apresentar

níveis preocupantes de *burnout*, nem de depressão, os resultados sugerem que sendo conceitos diferentes, depressão e *burnout* partilham características e sintomas, entre eles a exaustão emocional e a despersonalização. Corroborando essa relação com a definição de Batista, Soares e Guedes (2005), quando citam que o *burnout* se caracteriza por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade a quase tudo e todos.

Na dimensão Realização Profissional, a correlação foi negativa, inferindo que quanto mais os profissionais se apresentarem realizados profissionalmente, menor será a tendência em desenvolver sintomatologia da depressão. Colaborando com os dados do estudo, em uma pesquisa de Queirós, Rodrigues e Silva (2009), encontraram correlações positivas com baixa magnitude entre as dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização com a depressão; e correlações negativas da dimensão Realização Profissional e a depressão.

Em relação aos objetivos desse estudo no que tange as possíveis diferenças quanto aos níveis/índices de depressão, estresse e *burnout*, entre profissionais da área da saúde, mais especificamente, auxiliares e técnicos de enfermagem, com indivíduos que trabalham em outras áreas, os resultados encontrados vão de encontro com a literatura pesquisada.

Na busca dos escores dos profissionais de enfermagem com os profissionais de outras áreas, as diferenças de médias apresentaram-se estatisticamente não significativas. Na EDEP os profissionais de enfermagem pontuaram média de 14,16 e os profissionais de outras áreas pontuaram média de 13,21. Este resultado vai de encontro com Baba, Galaperin e Lituchy (1999), quando referem que os profissionais mais suscetíveis aos problemas de saúde mental são aqueles que interagem a maior parte do tempo com indivíduos que necessitam de ajuda, como as enfermeiras, os professores, as assistentes

sociais, entre outras profissões.

O resultado do estudo mostra que a depressão não se caracteriza como uma das formas de adoecimento exclusiva de trabalhadores de enfermagem, conforme a OMS (1998) ela atinge grande parte da população trabalhadora, e é a principal causa de incapacidade entre homens e mulheres no mundo, com prevalência maior para mulheres com idade entre 15 e 44 anos, sendo que o risco de ter uma depressão na vida é de 25% para mulheres e 12% para homens.

Quanto aos fatores da EVENT e a EVENT Total a média também foi pontuada maior, porém estatisticamente não significativa pelos profissionais de enfermagem. Esse resultado não corrobora com o descrito na literatura quando caracteriza a enfermagem por ser uma das profissões que apresenta grande grau de estresse (Popim & Boemer, 2005; Gil & Bomfim, 2008; Martins, Garanhani, Gotelipi & Robazzi, 2008).

Nas dimensões da MBI-HSS, a dimensão Exaustão Emocional foi pontuada maior pelos profissionais das outras áreas, porém a diferença é considerada estatisticamente não significativa. Nas demais dimensões, Despersonalização e Realização Profissional, foi pontuada maior pelos profissionais de enfermagem, também com diferenças estatisticamente não significativas. O estudo demonstra que os profissionais da amostra não estão acometidos pela Síndrome de *burnout*, mas possuem incidência de sintomas característicos para o desenvolvimento, embora a maioria encontra-se realizados profissionalmente. O resultado desse estudo em relação às dimensões da MBI-HSS no que diz respeito às diferenças entre os profissionais de enfermagem e os profissionais das outras áreas vai de encontro com a definição de Seisdodos (1997), que aponta grande incidência da síndrome de *burnout* em trabalhadores da área da saúde e da educação. Murofuse (2004), também refere que *burnout* tem relação direta com profissionais da saúde.

*O burnout* é resultante de um processo que ocorre devido às frustrações diárias no ambiente de trabalho, afetando qualquer profissional principalmente atividades que mantêm contato direto com seus usuários. Subdivide-se em exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, a incidência inicia-se pela exaustão emocional gerando despersonalização e conseqüentemente diminuindo a realização profissional.

Por meio dos resultados respondidos pela amostra desse estudo, pode-se concluir que os construtos depressão, estresse e *burnout* não são problemas que atingem em especial os profissionais de enfermagem, pode acometer trabalhadores de forma geral. Faz-se necessário direcionar estudos que minimizem este problema.

Este estudo teve algumas limitações, principalmente em relação a amostra. Uma das limitações foi quanto ao número pequeno de participantes, outra, foi quanto a equidade dos grupos, ou seja, houve uma parcela maior de estudantes que trabalham na área da enfermagem em relação aos estudantes que trabalham em outras áreas.

É interessante salientar a importância de pesquisas no cenário brasileiro que se propõe a estudar estes construtos (depressão, estresse e *burnout*), nos profissionais de saúde, mais especificamente nos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para o contexto da avaliação da depressão, no sentido de buscar novas evidências de validade para a EDEP na correlação com outras variáveis, o que corrobora para a qualidade do instrumento. Portanto, os estudos de validade trazem o embasamento científico aos testes de avaliação e a validade é uma característica fundamental dos instrumentos.

## 6. Referencias

- Almeida, O. M. M. S. (2003). A resposta neurofisiológica ao *stress*. Em M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp. 25-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Texto Revisado. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Educational Research Association (AERA), American Psychology Association (APA) & National Council on Measurement in Education (NCME) (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. New York: American Educational Research Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica* (pp. 107-127). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, A. C. A. & Neto, L. F. (2003). *Stress e Transtorno Bipolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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 Nursies Studies*, 3(1), 163-169.
- Barbosa, C. A. & Gaião A. A. (2001). *Apontamentos em Psicopatologia infantil*. João Pessoa: Idéia.
- Baptista, M. N. (2010). *Inventário de Depressão Brasileiro*. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba-SP.

- Baptista, M. N., Souza, M. S. & Alves, G. A. (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.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Calais, S. L. & Inocente, N. J. (2004). Depressão e Burnout: relações, similaridades e diferenças. EM Brandão, M. Z. S., Conte, F. C. S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., Silva, V. L. M & Oliane, S. M. Sobre Cognição e Comportamento. *ESETEC Ed.* (77).
- Barros, V. A., Lima, F. P & Vieira, C. E. C. (2007). Uma Abordagem da Psicologia do Trabalho, na Presença do Trabalho. *Psicologia em Revista*, 13(1), 155-168.
- Batista, A., Soares, L. & Guedes, M. H. (2005). Estresse Ocupacional e Enfermagem: Abordagem em Unidade de atenção à Saúde Mental. Disponível On-Line em: [http://www.unilestemg.br/revistaonline/downloads/artigo\\_17.pdf](http://www.unilestemg.br/revistaonline/downloads/artigo_17.pdf).
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). MBI - *Maslach Burnout Inventory* e suas adaptações para o Brasil. Em Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia, Rio de Janeiro, 84-85.
- Brodsky, C. M. (1991). Depression and Chronic Fatigue in the Workplace. Workers Compensation and Occupational Issues. *Prim Care*, 18 (2), 338-96.
- Calderero A.R.L., Miasso A.I., Corradi-Webster C.M. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 51-62.
- Camarotti, H. & Teixeira, H. A. (1996). Saúde mental e trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, 7(1), 29-40.

- Camelo S.H.H. & Angerami E.L.S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev.Latino-am Enfermagem*. 12(1), 14-21.
- Capitão, G.C. & Mesquita, K. L. (2005). A Depressão em Trabalhadores de uma Frente Trabalho. *Revista de Psicologia da UnC*, 2(2), 93-102.
- Carayon, P. & Haims, M. C. (1999). Work Organization, Job Stress, and Work-Related Musculoskeletal Disorders. *Human Factors*, 2(41), 644-663.
- Carlotto, M. C. & Câmara, S. G. (2007). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory. Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*, 11 (2), 167-173.
- Carlotto, M. S. & Silva, T. D. (2008). Síndrome de burnout em Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral. *SBPH* 11, 1.
- Carvalho, M. A., Fernandes, F. D. & Lopes, C. A. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidades de terapia intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16(1), 126-141.
- Codo, W. & Sampaio, J. J. C. (1995). *Sofrimento Psíquico nas Organizações: Saúde Mental e Trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Cordas, T. A., Nardi, A. E., Moreno, R. A. & Castel, S. (1997). *Distímia: Do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coronetti, A., Nascimento, E. R. P., Barra, D. C. C. B. & Martins, J. J. (2006). O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Resvista Catarinenses de Medicina*, 35 (4).
- Crombach, L. (1996). *Fundamentos de Testagem Psicológica*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Cruz, J. F., & Melo, B. M. (1996). *Stresse e burnout nos psicólogos: desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*. Tese de Doutorado da Universidade do Minho, Braga.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1(21), 7-9.
- Del Porto, J. A. (2004). Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26(3), 3-6.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and the satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 454-464.
- Dias, C. C. (2008). *Evidências de Validade da Escala de Depressão (EDEP) em uma amostra no Contexto Hospitalar*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba-SP.
- Elias, M. A. & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-americana em Enfermagem*, 14(4), 25-517.
- Esteves, F. C., & Galvan, A. L. (2006). *Depressão numa contextualização contemporânea*. Aletheia, 24, 127-135.
- Ferreze, G. V. M., Ferreira, V. & Carvalho, P. M. A. (2006). Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 310-315.
- Ferreira, L. R. C. & Martino, M. M. F. (2006). *Stress no cotidiano da equipe de*

*enfermagem e sua correlação com o cronótipo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

Franco, G. P., Barros, A. L. B. L. & Martins, N. L. A. (2005). Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-americana em Enfermagem*. 13(2), 139-44.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.

Garro, M. I., Camilo, O. S. & Nóbrega, S. S. (2006). Depressão em Graduandos de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 162-167.

Gil, S. C. & Bomfim, N. R. (2008). Estresse ocupacional nos profissionais de enfermagem: causas e conseqüências físicas e psíquicas. *Psicologia RedePsi*. Universidade Metropolitana de Educação da Bahia.

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Portugal*, 25(3), 307-318.

Gomes, A. R., Melo, B. & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. Em: J. F. Cruz, A. R. Gomes & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO.

Graeff, F. G. & Brandão, M. L. (1993). *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo: Lemos Editorial.

Guimarães, M. A. L. & Ferreira, M. J. (2000). *Condições Ligadas ao Trabalho: Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições*. São Paulo: Atheneu.

- Joca, L. R. S., Padovan, M. C. & Guimarães, S. F. (2003). Estresse, Depressão e Hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 2-11.
- Jodas, D. A. & Haddad, M. C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta paulista de enfermagem*, 22(2), 15-21, São Paulo.
- Kavari, H., Helyani, M. & Dehghani. (2007). A Study of Depression Prevalence in Nurses and it's Effective Factors in Shiraz Namazi Hospital. *Islamic Azad University*, Iran.
- Khandolwal, S., Chowdhury, A., Regmi, S. K., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). Conquering depression: you can get out of the blues. *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia*, Nova Delhi.
- Lautert, L., Chaves, E. H. B. & Moura, G. M. S. S. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 6(6).
- Lipp, M. E. N. (2004). *O Estresse no Brasil: Pesquisas avançadas*. Campinas: Papirus.
- Lordane, T. V. A., Migliorini, L. A. M. & Zanela, J. P. L. (2008). *A Incidência de Sintomas Característicos para o Desenvolvimento da Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem*. Artigo do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – FAG.
- Mahmoudi G., Vahedi M. & Hasani S. (2009). Study of Depression in Nurses at the Universities of Medical Sciences Affiliated Hospitals. *World Applied Sciences Journal* 6(9), 1200-1204.

- Mallar, S. C. & Capitão, G., C. (2004). Bournout e hardiness: um estudo de evidencia de validade. Itatiba: *Revista Psico-USF*, 9 (1), 19-29.
- Mangolin, E. G. M., Nunes, N. A., Zolla, T. R. P., Ferreira, A. P. P. & Andrade, C. B. (2004). Avaliação do Nível de Estresse Emocional na Equipe de Enfermagem de Hospitais de Lins/SP. *Saúde*, 10, 21.
- Martins, J. T., Garanhani, M. L., Gotelipe, I. C. & Robazzi, M. L. C.C. (2008). O Trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Significados para Técnicos de Enfermagem. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 4(2), 6.
- Martins, J. C. O. & Pinheiro, A. A. G. (2006). Sofrimento psíquico nas relações de trabalho. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 79-85.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory. *Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press*.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). Em: C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Eds.), *MBI Manual* (3rd ed.) (pp. 3-17). Mountain View, CA: CPP.
- Malach, C. & Leite, M. P. (1999). *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papirus.
- Melo, B. T., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do *burnout* para os profissionais de

- psicologia. Em: A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos*, Vol. VI (pp. 596-603). Braga: APPORT - Universidade do Minho.
- Menezes, P. R. & Nascimento, A. F. (2000). Epidemiologia da depressão em diversas fases da vida. Em: LAFER, B. e cols. (Org.). *Depressão no ciclo da vida*. (pp.29-36). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miguel, F. K. & Noronha, A. P. P. (2007). Estudo dos Parâmetros Psicométricos da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. *Avaliar*, 7, 1 -18.
- Millan, L. R. (2007). A síndrome de burnout: realidade ou ficção? *Revista. Associação Médica Brasileira*. 53, 1-5.
- Monteiro, F. R., Coutinho, M. P. L., & Araújo, L. F. (2007). Sintomatologia Depressiva em Adolescentes do Ensino Médio: um estudo das representações sociais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(2), 224-235.
- Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007b). A Dimensão psíquica na compreensão da depressão. *Psicologia para América Latina*, 11, 15-20.
- 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 da Universidade de Ribeirão Preto-SP.
- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2009). Intervenções psicoeducativas para manejo de estresse ocupacional: um estudo comparativo. *Rev. Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 11(1), 25-42.
- Nascimento, J. M. N., Pereira, D. M., Santos, J. F. S., Oliveira, A. L., & Freire, S. C. (2008). *Ansiedade e Depressão: Estudo Sobre Profissionais de Enfermagem que*

*Trabalham com Pacientes Portadores de Distúrbios Mentais*. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba.

Nunes, M. B. G. (2000). *Estresse nos trabalhadores de Enfermagem: estudo em uma unidade de psiquiatria*. Serviço de Bibliotecas Biomédicas B - Odontologia e Enfermagem.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde. (OMS). (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oswaldo, C. Y. (2009). *Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho, Coping, Depressão e Qualidade de Vida: Evidências de Validade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba-SP.

Paranhos, M. E. & Werlang, B. G. (2009). Diagnóstico e Intensidade da Depressão. *Barbarói*, 31(3), 23-31.

Popim, R. C. & Boemer, R. (2005). Cuidar em Oncologia na Perspectiva de Alfred Schütz. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 13(5), 677-685.

Queirós, C., Rodrigues, S. & Silva, M. (2009). *Ansiedade, Depressão e Burnout em Enfermeiras*. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida, Faculdade de Psicologia e da Ciência da Educação da Universidade do Porto.

- Rabelo, I. V. M. & Torres, A. R. R. (2005). Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia ciencia profissão*, 25(4), 614-625.
- Santos, P. G. & Passos, J. P. (2009). A síndrome de burnout e seus fatores desencadeantes em enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. de Pesquisa: cuidado é fundamental*, 1(2), 235-241.
- Sartorius, N. (2005). *Transtornos depressivos*. Artmed, São Paulo.
- Selye, H. (1951). The General Adaptation Syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2, 327-342.
- Selye, H. (1982). *History and Present Status of the Stress Concept*. Em L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. (pp. 7-17). New York: Free Pass.
- Santana, P. R. (2008). *Suporte Familiar, Estilos Parentais e Sintomatologia Depressiva: Um Estudo Correlacional*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Universidade São Francisco, Itatiba-SP.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual Del MBI*. Madrid: Departamento de ID TEA Ediciones S.A.
- Stacciarini, J. M. & Troccoli, B. T. (2001). Estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista latino-americana em Enfermagem*, 33(1), 95-106.
- Silva, C. P., Camillo, S. O. & Nóbrega, M. P. S. S. (2008). *Estudo sobre os sintomas indicativos de depressão em profissionais de enfermagem que atuam nas emergências psiquiátricas*. X Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: A Saúde Mental em Tempos de Reformas Curriculare – I Simpósio Latino-Americano de Saúde Mental.

- Silva, S. & Kruszielski, L. (2008). Estresse e Depressão em Mulheres Trabalhadoras da Indústria Têxtil. *Psicologia Dom Bosco*, 2( 2).
- Sisto, F. F., Baptista, M. N., Noronha, A. P. P. & Santos, A. A. A. (2007). *Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho: Manual*. São Paulo: Vetor.
- Tamayo, M. R. (2008). Burnout: Implicações das Fontes Organizacionais de Desajuste Indivíduo-Trabalho em Profissionais da Enfermagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 474-482.
- Tomasi, E., Sant'Anna, G. C., Oppelt, A. M., Petrini, R. M., Pereira, I. V. & Sassi, B. T. (2007). Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 10(1), 13-18.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Ururahy, G. & Albert, E. (2005). *O cérebro emocional: as emoções e o estresse do cotidiano*. Rio de Janeiro: Rocco.

## ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (1ª via)

Estudos de Validade para a Escala de Depressão – EDEP: Um Estudo com Alunos de Enfermagem.

Eu,.....; RG.....; idade.....; endereço....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do pesquisador DR. FABIÁN JAVIER MARÍN RUEDA e de Simone Mazzuco Marcon Alves do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP);
- 2- Durante o estudo serão utilizados a Escala de Depressão – EDEP, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT e a Escala de *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS); Todos os instrumentos deverão ser respondidos em uma única aplicação, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4- A resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não oferece riscos conhecidos à saúde física e/ou mental, mas poderão causar constrangimento;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa;
- 6 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 4034-8000;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof. Dr. Fabián Javier Marín Rueda, sempre que julgar necessário pelos telefones (11) 2454-8028 e (11) 2454-8981;
- 9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, 20 de outubro de 2010.

Assinatura

.....

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (2ª via)

Estudos de Validade para a Escala de Depressão – EDEP: Um Estudo com Alunos de Enfermagem.

Eu,.....; RG.....; idade.....; endereço....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do pesquisador DR. FABIÁN JAVIER MARÍN RUEDA e de Simone Mazzuco Marcon Alves do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP);
- 2- Durante o estudo serão utilizados a Escala de Depressão – EDEP, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT e a Escala de *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS); Todos os instrumentos deverão ser respondidos em uma única aplicação, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4- A resposta a este (s) instrumento(s)/ procedimento(s) não oferece riscos conhecidos à saúde física e/ou mental, mas poderão causar constrangimento;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa;
- 6 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 4034-8000;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof. Dr. Fabián Javier Marín Rueda, sempre que julgar necessário pelos telefones (11) 2454-8028 e (11) 2454-8981;
- 9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, 20 de outubro de 2010.

Assinatura

.....