

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA de
SALAMANCA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
CURSO DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA**



**O DESGASTE PROFISSIONAL DO
ENFERMEIRO**

LIANA LAUTERT
autora

MARIA PAZ QUEVEDO AGUADO
Diretora de tese

1995

FICHA CATALOGRÁFICA DA TESE

Lautert, Liana.

L 389d

O desgaste profissional do enfermeiro / Liana Lautert. -
Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca, 1995.

276 p.

Tese (Doutorado) - Universidad Pontificia Salamanca -
Espanha, 1995.

1. Tese. 2. Desgaste. 3. Enfermeiro. 4. Trabalho. 5. Psico-
logia. 6. Hospital. I Universidad Pontificia Salamanca

II Título

Bibliotecária Lúcia V. Machado Nunes
CRB/RS 10/ 193

Orientadora

Prof. Dra. Maria Paz Quevedo Aguado

***Profesora adjunta de la Facultad de
Psicología de la Universidad Pontificia
Salamanca, en la asignatura de
Psicología de la Personalidad, Doctora
en psicología, Master en Psicoterapia
Sistemica e Catedrática en Psicología de
la Personalidad.***

Tesis Doctoral realizada bajo la Dirección de la profesora Doctora Dña Maria Paz Quevedo Aguado y leída en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca, el día 9 de octubre de 1995, ante el tribunal constituido por:

Presidente:

Prof. Dr. D. Antonio Vazquez Fernandez

Vocales:

Profa. Dra. Dña. M. Jesus Garcia Arroyo

Prof. Dr. D. Julian Benavente Herrero

Prof. Dr. D. Jose Ramon Yela Bernabe

Profa. Dra. Dña. M. Paz Quevedo Aguado

La calificación obtenida fue de "APTO CUM LAUDE"

*A meu querido companheiro Victório,
pelo carinho e paciência durante esta caminhada.*

Agradecimentos

Ao concluir esta tese, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas, sem o auxílio das quais, certamente esta investigação não teria se desenvolvido da forma que transcorreu. Assim, deixo aqui exposto meus sinceros agradecimentos.

- A Paz Quevedo, que mais que uma diretora de tese, transformou este contato num relacionamento de amizade e confiança, assim como compartilhou todas as dúvidas e ansiedades surgidas durante essa investigação, contribuindo de forma inestimável e refinando minha agudeza científica.
- A Míriam Comiotto pela orientação na fase inicial dessa investigação, com a qual foram trocadas idéias valiosas sobre a temática em questão.
- As colegas de trabalho, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ida Xavier, Maria Inês Guezzi, Maria Isabel Gorine, Marília Serpa, Míriam Abreu Almeida e Valéria Araújo, as quais propiciaram meu afastamento temporário da disciplina, contribuindo para que pudesse concluir esta investigação, junto a diretora de tese.
- As colegas Eva Pedro e Iride Caberlon da Universidade Luterana do Brasil, pelo empenho para que eu fosse liberada por esta universidade, a fim de vir a Espanha concluir a presente tese.

- Quero agradecer também a professora Dra. Maria Francisca Martín Tabernero, pelo esclarecimento de algumas dúvidas sobre os procedimentos estatísticos desta investigação.
- Ao biólogo, José Roberto Goldim pelo auxílio nas abordagens estatísticas preliminares, dessa investigação.
- A Manuel José Moro, o qual socorreu-me em algumas trapalhadas com os computadores.
- Aos psicólogos e estudantes de Psicologia Belén Churíaque Rosino, David Lirchaga Litago, Guadalupe Cano Oncala, Manuel Mata Gil, Mario José Moreno, Peter Malte Butor e Victor Shebar, por terem servido de juizes, na de análise de conteúdo da entrevista apresentada no Anexo E, dessa investigação.
- A todos os enfermeiros que participaram dessa investigação como sujeitos da amostra, sem o auxílio dos quais ela não seria possível.
- A todos os enfermeiros chefes de enfermagem dos diferentes setores de trabalho dos dois hospitais da amostra, os quais possibilitam o fácil acesso a todas as dependências dessas instituições e, por vezes, auxiliaram recolhendo questionários e convidando-me para reuniões, nas quais tive contato com os demais enfermeiros.

“Un hombre solo será ético cuando la vida, como tal, sea ^{su}agrada para él, tanto de las plantas y animales como la de sus hermanos, los hombres, y cuando se ^sdevele por ayudar toda vida que necesite de ayuda”.

Albert Schweitzer

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE TABELAS	15
RESUMO	16
RESUMEN	19
INTRODUÇÃO	22
Objetivos	26
PARTE I - REFERENCIAL TEÓRICO	29
CAPÍTULO 1 - O ESTRESSE - ASPECTOS GERAIS	30
1.1. Definição do termo estresse	31
1.2. Características das situações de estresse	33
1.3. Características pessoais implicadas no estresse	36
1.4. Características gerais implicadas na resposta de estresse	38
1.4.1. Respostas fisiológicas	38
1.4.2. Respostas cognitivas	44
1.4.3. Respostas motoras	48
1.5. Estratégias de afrontamento	50
1.6. Estresse ocupacional	51
1.6.1. Estressores ocupacionais	52
1.6.2. Principais demandas estressantes do trabalho e de seu conteúdo	54
CAPÍTULO 2 - O TRABALHO NA ENFERMAGEM	60
2.1. A natureza do trabalho do enfermeiro como objeto de investigação do desgaste	65
2.1.1. As investigações estrangeiras	66
2.1.2. As investigações brasileiras	75

CAPÍTULO 3 - DESGASTE PROFISSIONAL	81
3.1. Síndrome de Burnout	83
3.1.1. Traços essenciais da Síndrome de Burnout	86
3.1.2. Processo de desenvolvimento da Síndrome de Burnout	89
3.1.3. Principais sintomas associados a Síndrome de Burnout	91
3.1.4. Padrões psicofisiológicos	93
3.1.5. Variáveis mais significativas associadas ao Burnout	95
3.1.5.1. Variáveis pessoais	96
3.1.5.2. Variáveis do marco de trabalho e da organização	102
3.1.6. Considerações finais sobre a Síndrome de Burnout	108
PARTE II - REFERENCIAL EMPÍRICO	111
CAPÍTULO 4 - O MÉTODO	112
4.1. Hipótese Geral	114
4.1.1. Sub hipóteses	114
4.2. Caracterização das instituições estudadas	114
4.2.1. Instituição A	115
4.2.2. Instituição B	117
4.3. Amostra	119
4.4. Descrição dos instrumentos de coleta dos dados	120
4.5. Estudo piloto	122
4.6. Procedimentos para coleta de dados	123
4.7. Metodologia de análise dos dados	125
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	128
5.1 Variáveis demográficas dos enfermeiros	129
5.1.1. Variável idade	129
5.1.2. Variável gênero	131
5.1.3. Variável atividades extra laborais	132
5.1.4. Variável tempo que trabalha na profissão de enfermeiro	134
5.1.5. Variável tempo que trabalha na instituição	136
5.1.6. Variável nível de escolaridade	138
5.1.7. Variável tipo de treinamento	141
5.1.8. Variável setor de trabalho	142
5.2. Testes psicométricos do Inventário de Burnout e das variáveis de contexto	148
5.2.1. Teste de fiabilidade do Inventário de Burnout	148

5.2.2. Análise fatorial das questões do Inventário de Burnout	151
5.2.3. Teste de fiabilidade das Variáveis de Contexto	157
5.2.4. Análise fatorial das questões do teste Variáveis de Contexto	159
5.3. Escores do Inventário de Burnout	167
5.3.1. Médias do Inventário de Burnout	167
5.3.2. Variáveis demográficas e Burnout	175
5.3.3. Atividades extra laborais e Burnout	176
5.3.4. Influência do setor de trabalho sobre o Burnout	178
5.4. Escores da percepção dos enfermeiros sobre o contexto de trabalho.	191
5.4.1. Médias das Variáveis de Contexto por instituição	192
5.4.2. Variáveis de Contexto e as variáveis: idade, tempo que trabalha na profissão e na instituição, estado civil, escolha da área e trabalhar em dois empregos	196
5.4.3. Análise da variância entre as Variáveis de Contexto e os setores de trabalho	198
5.4.4. Análise de Variância entre os setores de atuação dos enfermeiros e a sobrecarga de trabalho	200
5.4.5. Análise da Variância entre as Variáveis de Contexto e as atividades extra laborais	202
5.4.6. Correlação entre as Variáveis de Contexto e o Inventário de Burnout	204
5.4.7. Correlação entre as Variáveis de Contexto	206
CONSIDERAÇÕES FINAIS	210
EPÍLOGO	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223
ANEXO A - Consentimento pós informação do participante	234
ANEXO B - Inventário de Burnout e sobre o Contexto de trabalho	237
ANEXO C - Inventário de Burnout - Escala de conversão	249
ANEXO D - Contexto de Trabalho - Escala de conversão	251
ANEXO E - Estudo piloto sobre Análise de Conteúdo	254

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da idade dos sujeitos da amostra, por instituição	129
Figura 2 - Distribuição dos enfermeiros por gênero, por instituição	131
Figura 3 - Tempo que os enfermeiros trabalham na profissão	134
Figura 4 - Tempo que os enfermeiros trabalham nas duas instituições	136
Figura 5 - Nível de escolaridade dos enfermeiros, por instituição	139
Figura 6 - Tipo de treinamento dos enfermeiros	141
Figura 7 - Setor de trabalho dos enfermeiros, por instituição	143
Figura 8 - Escores dos enfermeiros em Desgaste Emocional, por instituição ..	168
Figura 9 - Escores dos enfermeiros em Despersonalização, por instituição	170
Figura 10 - Escores dos enfermeiros em Incompetência, por instituição	173
Figura 11 - Médias das Variáveis de Contexto, por instituição	192
Figura 12 - Médias dos escores dos enfermeiros desgastados e não desgastados	256

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fiabilidade do teste Inventário de Burnout	149
Quadro 2 - Coeficiente de variabilidade dos resultados das sub escalas do Inventário de Burnout, por instituição	151
Quadro 3 - Valores próprios e variância proporcional dos fatores do Inventário de Burnout	152
Quadro 4 - Procedimento Varimax com rotação ortogonal das questões do Inventário de Burnout, nos fatores representativos da Análise Fatorial	153
Quadro 5 - Fiabilidade inicial da escala de Variáveis de Contexto	157
Quadro 6 - Valores próprios e variância proporcional dos fatores relevantes das Variáveis de Contexto	159
Quadro 7 - Procedimento Varimax com rotação ortogonal das questões das Variáveis de Contexto, nos fatores representativos da Análise Fatorial	160
Quadro 8 - Fiabilidade da escala de Variáveis de Contexto, após A. Fatorial	164
Quadro 9 - Médias dos escores das sub escalas do Inventário de Burnout	167
Quadro 10 - Análise das Variâncias das sub escalas do Inventário de Burnout, em relação às variáveis demográficas	175
Quadro 11 - Análise das Variâncias das sub escalas do Inventário de Burnout, em relação as atividades extra laborais	177
Quadro 12 - Médias dos enfermeiros nas sub escalas do Inventário de Burnout, segundo o setor de trabalho	179
Quadro 13 - Médias dos enfermeiros na sub escala Desgaste Emocional (MBI), segundo o setor de trabalho	184

Quadro 14 - Médias dos enfermeiros na sub escala de Despersonalização (MBI), segundo o setor de trabalho	187
Quadro 15 - Correlação entre as Variáveis de Contexto e a idade, tempo que trabalha na instituição e na profissão de enfermeiro	196
Quadro 16 - Análise da Variância - ANOVAS - entre as Variáveis de Contexto e algumas variáveis demográficas	197
Quadro 17 - Análise das Variâncias - ANOVAS - entre os setores de trabalho e as Variáveis de Contexto	199
Quadro 18 - Análise das Variâncias - ANOVAS - entre os setores de trabalho e a sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho ..	201
Quadro 19 - Análise das Variâncias - ANOVAS - entre as Variáveis de Contexto e atividades extra laborais	203
Quadro 20 - Correlação entre as Variáveis de Contexto e o Inventário de Burnout	204
Quadro 21 - Correlação entre as sub escalas das Variáveis de Contexto	206

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição da freqüência dos subgrupos de enfermeiros, conforme o grau de desgaste, por instituição e local de trabalho 257
- Tabela 2 - Distribuição da freqüência de idade dos enfermeiros desgastados e não desgastados das duas instituições da amostra 258

RESUMO

A temática desenvolvida na presente investigação aborda, de forma direta, o desgaste profissional do enfermeiro que trabalha em hospital, a partir da definição do conceito de desgaste, baseado nos pressupostos da Síndrome de Burnout, bem como, dos elementos que o constituem e variáveis pessoais, que podem estar relacionadas. Buscou-se também, determinar algumas variáveis do marco de trabalho que possam estar associadas. De uma forma geral, esse estudo foi desenvolvido no intuito de proporcionar dados relevantes que contribuam, de algum modo para repensar sobre alguns inconvenientes da profissão, visto que o trabalho constitui um valor importante na vida do indivíduo e, portanto, deve ser considerado e analisado amplamente, para que se compreenda as diferentes problemáticas que ocorrem em seu contexto.

A fim de proporcionar uma visão mais didática da investigação, optou-se por apresentar esse tema subdividido em cinco capítulos.

O primeiro apresenta uma revisão teórica sobre o estresse partindo do conceito descrito por Selye (1956) e aceito, ainda nos dias atuais como um estímulo, onde é caracterizado como uma interação entre o indivíduo e o entorno, apreciado como potencialmente estressante, o qual excede os recursos disponíveis do sujeito, pondo em risco seu bem - estar. Também

são apresentados nesse capítulo os fatores que determinam que um evento seja potencialmente estressante, bem como, os mecanismos de enfrentamento, comumente utilizados pelos indivíduos.

O segundo capítulo aborda o tema do desgaste profissional do indivíduo, entendido como a Síndrome de Burnout. Esta Síndrome foi definida por Freudenberg e posteriormente divulgada por Maslach, quando a segunda, juntamente com Jackson desenvolveram um instrumento capaz de medir a Síndrome de Burnout, nas três dimensões que a compõe. Logo, nesse capítulo foi realizada uma revisão teórica sobre o conceito da Síndrome de Burnout, os traços essenciais que estão associados e a sintomatologia, bem como, as variáveis mais significativas do marco de trabalho, da organização e demográficas, que podem estar correlacionadas a ela.

O terceiro capítulo trata de um referencial teórico sobre a natureza do trabalho do enfermeiro como objeto de investigação do desgaste profissional. Primeiramente realizou-se uma breve exposição sobre o processo de desenvolvimento da enfermagem no Brasil, a fim de contextualizá-la e, a seguir, efetuou-se uma revisão da literatura estrangeira e brasileira que trata sobre o trabalho do enfermeiro, enfocando especialmente, as formas de organização e atividades que desenvolvem no cotidiano profissional, dentro das instituições hospitalares.

O quarto capítulo refere-se a descrição dos recursos metodológicos utilizados na realização dessa investigação, iniciando com a caracterização das instituições estudadas, a descrição dos instrumentos utilizados, bem como, dos procedimentos de análise dos dados.

No quinto e último capítulo, estão descritos os achados da investigação, os quais são apresentados em quatro etapas. Na primeira, estão apresentadas as variáveis demográficas dos enfermeiros que compõem as amostras das duas instituições. Na segunda etapa estão descritos os resultados da avaliação psicométrica (testes de fiabilidade e Análises Fatoriais) do Inventário de Burnout e da escala de Variáveis de Contexto; na terceira etapa foi realizada uma análise descritiva dos resultados encontrados através da aplicação do Inventário de Burnout, bem como a relação de suas sub escalas com os dados demográficos. Na quarta etapa foi realizada, a análise dos escores da percepção dos enfermeiros sobre as Variáveis do Contexto de trabalho selecionadas, nas duas instituições da amostra, bem como, sua correlação com as variáveis demográficas e com os resultados do Inventário de Burnout.

Como proposta de uma metodologia alternativa para investigação do desgaste do enfermeiro, realizou-se um estudo piloto, apresentado no Anexo E. Esta proposta esta baseada no uso de entrevistas orientadas com enfermeiros, onde buscou-se a subjetividade dos indivíduos no que se refere as suas percepções sobre o trabalho que executam, como gerador ou não de desgaste profissional.

RESUMEN

La temática que se desarrolla en la presente investigación, aborda de forma directa el Desgaste Profesional del enfermero que trabaja en medios hospitalarios. Se parte de la definición del concepto de “desgaste” basado en los presupuestos del Síndrome de Burnout, así como, de los elementos que constituyen las variables personales que pueden estar relacionadas. Se buscó también, determinar algunas variables del marco de trabajo que pudieran estar asociadas. De una forma general, el estudio se desarrolló para proporcionar datos relevantes, que contribuyeran de algún modo a volver a pensar sobre ciertos inconvenientes de la profesión, ya que el trabajo es un valor importante en la vida del individuo y, por tanto, debe ser considerado y analizado ampliamente, para comprender problemáticas que ocurren en su contexto.

Para proporcionar una visión más didáctica de la investigación, se optó por presentar este tema dividido en cinco capítulos.

El primero presenta una revisión teórica sobre el stress. Partiendo del concepto descrito por Selye (1956) y aceptado hasta actualmente, se entiende el stress la respuesta a un estímulo caracterizado por la interacción entre el individuo y el entorno, apreciado como potencialmente estresante,

y que excede los recursos disponibles en el sujeto, poniendo en riesgo su bienestar. También se presentan en este capítulo los factores que determinan que un evento sea potencialmente estresante, así como los mecanismos de afrontamiento comumente utilizados por los individuos.

El segundo capítulo aborda el tema del Desgaste profesional del individuo, entendido como Síndrome de Burnout. Este Síndrome, fue definido por Freudenberger y, posteriormente divulgado por Maslach, quien, conjuntamente con Jackson, desarrollaron un instrumento capaz de medir el Síndrome de Burnout, en las tres dimensiones de que se compone. Posteriormente, en este capítulo fue realizada una revisión teórica sobre el concepto de Síndrome de Burnout, los rasgos esenciales que están asociados a la sintomatología, y también, las variables más significativas del marco de trabajo, de la organización y demográficas que pueden estar correlacionadas.

El capítulo tercero es un referencial teórico sobre la naturaleza del trabajo de enfermero, como objeto de investigación de Desgaste Profesional. En primer lugar, se realizó una breve exposición sobre el proceso de desarrollo de la Enfermería en Brasil, para contextualizarlo, y, a continuación, se efectuó una revisión de literatura extranjera y brasileña que trata sobre el trabajo del enfermero, enfocando especialmente las formas de organización y actividades que desarrollan cotidianamente en su profesión dentro de los hospitales.

El cuarto capítulo, se refiere a la descripción de los recursos metodológicos, empezando con la caracterización de las instituciones estudiadas, la descripción de los instrumentos utilizados, y los procedimientos de análisis de datos.

En el quinto y último capítulo, están descritos los hallazgos de la investigación, los cuales son presentados en cuatro etapas. En la primera, se presentan las variables demográficas de los enfermeros que componen las muestras de las dos instituciones. En la segunda etapa están descritos los resultados de la valoración psicométrica (pruebas de fiabilidad y Análisis Factorial) del Inventario de Burnout y de la escala de Variables de Contexto. En la tercera etapa, fue realizado el análisis descriptivo de los resultados encontrados a través de la aplicación del Inventario de Burnout, así como la relación entre las subescalas y los datos demográficos. En la cuarta etapa se realizó el análisis de las puntuaciones de la muestra, así como la relación con las variables demográficas y con los resultados del Inventario de Burnout.

Como propuesta de metodología alternativa para investigar el desgaste del enfermero, se realizó un estudio piloto, presentado en el Anexo E. Esta propuesta está basada en el uso de entrevistas con enfermeros, en las que se buscó la subjetividad de los individuos en lo que se refiere a sus percepciones sobre el trabajo que ejecutan como generador o no de desgaste profesional.

INTRODUÇÃO

O homem contemporâneo, colocado diante do exercício de múltiplas funções, pressionado por diferentes exigências e bombardeado por informações aceleradas, que muitas vezes ultrapassam o ritmo orgânico, necessita desenvolver seu potencial adaptativo, libertando-se de antigos hábitos a fim de integrar-se nesse universo, configurado por diferentes realidades.

O exercício profissional segue esse mesmo ritmo de mudança, e a medida que as exigências sociais vão se transformando, exigem a adaptação do indivíduo aos impactos decorrentes de métodos e tecnologias, cada vez mais sofisticadas. Desta forma, o trabalho vem adquirindo ao longo de sua história, diferentes formas, de acordo com o paradigma de produção vigente, o nível de desenvolvimento das forças produtivas e o carácter das relações de produção. Essa evolução, leva à necessidade de uma maior compreensão do significado do trabalho na vida do indivíduo, a partir de situações particulares, inscritas no mundo multiforme do trabalho, até uma dimensão maior, atingindo a esfera macrossocial.

Dentro desse perspectiva reporto-me a profissão do enfermeiro que atua a nível hospitalar. A natureza de seu trabalho consiste na exposição contínua a fatores de sofrimento e, muitas vezes a morte, como se vê

descrito em algumas publicações. Ao enfermeiro cabe a difícil responsabilidade de coordenar as funções de dispensa de cuidados de enfermagem ao paciente, as quais interagem com as funções dos médicos e os interesses das administrações dos hospitais. E, por tratar-se de uma profissão que historicamente está envolta pela idéia de vocação e benevolência, este aspecto constitui um fator que, muitas vezes, extrapola as relações típicas de trabalho. Dessa forma, a prática da enfermagem vem sendo exercida no interior das organizações e vem preenchendo os vazios decorrentes do processo de divisão do trabalho, absorvendo, dessa forma, as funções que foram surgindo em decorrência do aumento de demanda, do desenvolvimento tecnológico e da própria instituição, as quais vem desencadeando alguns conflitos de papéis, gerando sentimentos de sobrecarga de trabalho e um afastamento, cada vez maior, do paciente.

Em realidade, as transformações do processo de qualquer tipo de trabalho determinam, em grande parte, sua eficácia na configuração do futuro. Desse pressuposto decorre a necessidade da compreensão de alguns aspectos específicos da profissão de enfermeiro, os quais necessitam ser investigados e esclarecidos para que não se caia em simples reducionismos, que possam interditar a produção do trabalho desse profissional.

Trabalhando como enfermeira há dezesseis anos no universo hospitalar, pude observar os distintos sentimentos relatados por enfermeiros, frente às circunstâncias que enfrentam no cotidiano profissional, nos quais revela-se uma espécie de cansaço e desencanto com o trabalho profissional. Esse desencanto com a profissão, faz com que muitos a abandonem, reproduzindo no Brasil o mesmo fenômeno que já ocorre em outros países, onde o número de enfermeiros assistenciais decresce a cada dia, por razões

ainda pouco investigadas, para que se possa determinar com precisão as reais circunstâncias que as envolvem.

Por outro lado, um percentual significativo de enfermeiros “desencantados”, que segue trabalhando nos hospitais, desenvolve um discurso a cerca do desgaste que este ofício provoca, bem como, sobre a percepção de sobrecarga de trabalho e de relacionamentos interpessoais conflitantes, tanto com a equipe de trabalho (médicos, auxiliares e colegas), como com os próprios pacientes e familiares. Essa percepção acaba gerando um descontentamento generalizado, que por vezes, reflete-se no trabalho que desenvolvem, criando uma relação circular de insatisfação.

Por esse motivo, optou-se pela escolha do presente tema, onde se procura abordar o trabalho e o cotidiano do enfermeiro que trabalha em hospital, através da articulação entre o conceito de desgaste do trabalhador e algumas variáveis que possam estar associadas, a fim de construir um referencial que auxilie a compreensão dos fatores envolvidos, fornecendo elementos à reflexão, tanto para os que planejam e administram essas instituições, como para aqueles que estão mergulhados na vivência cotidiana desse trabalho. Para operacionalizar a temática proposta, elaborou-se o seguinte problema para essa investigação: Quais as características pessoais e do ambiente de trabalho que influenciam o aparecimento do desgaste profissional do enfermeiro que atua a nível hospitalar?

Revisando a literatura de autores preocupados estudar o trabalho do enfermeiro que atua em hospital, encontram-se profissionais das mais diferentes áreas e Cristina Maslach é uma delas. Essa autora (id. 1982) relata situações e contextos laborais que podem gerar desgaste profissional, na área dos serviços humanos e utiliza a nomenclatura da Síndrome de

Burnout para descrever o conjunto de sinais e sintomas que caracterizam o indivíduo acometido por esse tipo de transtorno. Os diversos autores que se dedicam ao estudo dessa Síndrome (Edelwich e Brodsky, 1980; Cherniss, 1980/1983; Dewe, 1988/1989; Cohen - Mansfield e Rosenthal, 1989; McGee, 1989; Escribá, 1992; Cabanes e Pujol, 1992; Crawford, 1993) concordam que ela acomete, principalmente, os indivíduos cujas profissões supõe uma relação interpessoal pessoal intensa, como é o caso da profissão de enfermeiro.

No Brasil ainda são poucas as investigações que revelam preocupação com a atividade dos trabalhadores da área da saúde, principalmente quando se pensa em problemas mais complexos, ou seja, que envolvam a percepção a cerca do trabalho. No entanto, sendo o enfermeiro um trabalhador que necessita ter um comportamento multifacetário, flexível e atitudes distintas para tomada de decisões em assuntos, muitas vezes, vitais, isso supõe sua exposição cotidiana, a situações emocionalmente desgastantes. E, conhecer a percepção que esses trabalhadores tem sobre o trabalho que desenvolvem, parece ser de grande valia, pois da mesma forma que a organização do trabalho imprime algumas marcas na vida dos trabalhadores, as formas particulares de pensar e agir influenciam o desenvolvimento desse mesmo trabalho.

Observando algumas investigações brasileiras com o foco no trabalho desenvolvido dentro dos hospitais, verifica-se a atenção centrada na atuação do enfermeiro em áreas restritas, como o trabalho de Bianchi (1990) que identificou os fatores que geram estresse em enfermeiros que trabalham em bloco cirúrgico, ou então, o estudo de Pitta (1991) enfoca todas as categorias profissionais que atuam no hospital e o de Vieira (1993) que

avalia a qualidade de vida no trabalho, investigando enfermeiros de diferentes áreas dentro de um mesmo hospital.

Considerando a importância que os serviços de enfermagem representam como partícipes do bem estar individual e coletivo, bem como, as exigências crescentes dos usuários desses serviços e a escassa produção de investigações que determinem os principais fatores preditivos de desgaste dos enfermeiros assistenciais, justificam o estudo desse tema. Especialmente, quando se considera que o conhecimento do fator preditivo de uma situação desgastante, pode levar o indivíduo a elaborar comportamentos de enfrentamento, os quais interferem melhorando o seu desempenho profissional. Logo, esta investigação visa contribuir na produção de elementos que possam auxiliar os profissionais que trabalham em hospitais, a fim de fornecer alguns elementos que ampliem o conhecimento a cerca de algumas variáveis que compõem o ambiente onde desenvolvem o trabalho, bem como, as situações que enfrenta em seu cotidiano profissional.

Para tanto procurou-se abordar uma parte específica do cotidiano do trabalho do enfermeiro, através de articulações metodológicas de cunho científico, que possibilitem a utilização futura, tanto dos resultados da presente investigação, bem como, do método e instrumentos utilizados. A fim de operacionalizar a investigação proposta, foram elaborados os objetivos que passam a ser descritos.

OBJETIVOS

Construir um referencial teórico que auxilie a identificar alguns elementos individuais e contextuais, implicados no o desgaste profissional

do enfermeiro que trabalha em hospital, bem como, os fatores que influenciam o seu aparecimento.

Conhecer as características dos enfermeiros que atuam em dois diferentes hospitais de Porto Alegre, com relação as variáveis demográficas idade, gênero, estado civil, tipo de hospital que trabalham, nível de escolaridade, tempo que atuam na profissão, tempo que trabalham na instituição, tipo de treinamento que receberam e setor onde trabalham.

Validar a tradução do Inventário de Burnout, para o português (brasileiro), bem como sua adequação para o uso com enfermeiros.

Testar e validar a escala sobre as Variáveis de Contexto, criada para medir a percepção do enfermeiro sobre algumas variáveis do contexto laboral, existentes dentro dos hospitais.

Avaliar, através do Maslach Burnout Inventory, a incidência de Burnout em uma amostra representativa de enfermeiros que trabalham em dois hospitais, da cidade de Porto Alegre.

Verificar como os enfermeiros dos hospitais da amostra, valoram as variáveis do contexto de trabalho: ambigüidade de funções, desenvolvimento da carreira, sobre carga de trabalho quantitativa e qualitativa, estrutura organizacional e relações interpessoais.

Verificar a existência de correlação entre a incidência de Burnout e as seis (06) variáveis, selecionadas do contexto de trabalho.

Assim pois, o trabalho, que na continuação se apresenta, está pautado em uma linha de investigação que, fundamentalmente, estabelece dois marcos: em primeiro lugar responder a todas as questões anteriormente citadas; e, em segundo, deixar abertos outros interrogantes que deverão ser questionados em investigações posteriores a esta.

PARTE I - REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - O ESTRESSE - ASPECTOS GERAIS

Sabe-se que ao estresse são atribuídas demasiadas conseqüências negativas, sendo o principal responsável por diferentes manifestações patológicas, tais como: falta de sono, irritabilidade, aumento da tensão arterial, alterações imunológicas e outros . Frente a esse tipo de posicionamento, questiona-se que, se ao estresse só lhe atribuímos efeitos negativos, estaria nosso organismo mal estruturado para enfrentar as diferentes demandas a que é constantemente exposto?

Lorente (1982) , referindo-se a essa questão, descreve que as circunstâncias em que o indivíduo se encontra é que estariam mal organizadas, fundamentalmente, o estilo de vida que talvez tenha eleito, sem ser muito consciente dele. No entanto, existem outros fatores que contribuem para que uma pessoa venha a desenvolver um estresse.

Na verdade, o estresse constitui uma interação entre situações potencialmente estressantes e o indivíduo em particular. Portanto, há um certo nível de estresse no homem que não só é não é nocivo como é positivo, levando-o a comover-se, entusiasmar-se, oferecendo o que há de melhor de si, tornando-o capaz de antever estímulos inexistentes e vincular-

se a eles, em perfeita harmonia, donde resulta um comportamento otimizado.

Para uma melhor compreensão dos diferentes mecanismos envolvidos nas situações de estresse, bem como do próprio indivíduo frente a essas situações, elaborou-se o presente capítulo.

1.1. Definição do termo estresse

O tema estresse tem sido estudado sob os mais diferentes enfoques durante várias décadas e as diferentes investigações tem demonstrado que eventos estressantes ou o cansaço da vida diária são fatores etiológicos de vários problemas físicos e emocionais. Nessas investigações o estresse tem sido conceitualizado, sucessivamente, como estímulo, resposta e interação.

Segundo Peiró (1993), o conceito de estresse como estímulo foi desenvolvido a partir do princípio de forças externas que produzem alterações, transitórias ou permanentes, sobre os indivíduos. Essas forças referem-se aos eventos ou circunstâncias que possam ser consideradas, de modo objetivo e universal, como ameaçantes ou perigosas para o indivíduo, as quais o Dr. Selye denominou de “*estressores*”.

Yela et al (1994) descrevem que, seguido à esse conceito, o estresse passou a ser considerado uma resposta (a nível fisiológico, cognitivo ou motor) do indivíduo ante um determinado estímulo ambiental (estressor). Esta resposta inclui dois elementos associados: um componente psicológico (condutas, padrões de pensamento e emoções) e um componente fisiológico que implica em elevação do tonus, manifestado por um aumento da atividade simpática.

Nas investigações realizadas a partir da década de 80 (Leatt e Schneck, 1980), verifica-se uma modificação em seu conceito e o estresse passa a ser conceitualizado sob uma nova perspectiva, ou seja, de interação psicológica e idiossincrática (Moos e Swindle, 1990; Labrador e Crespo, 1993; Yela et al, 1994), onde um evento é estressante a medida que o indivíduo o percebe e valora como tal, respondendo ante ele como se tratasse de uma ameaça. Yela et al (1994, p. 4) descrevem que *“esto supone la consideración del estrés como un proceso interaccional entre el acontecimiento objetivo, la percepción de éste por el sujeto y su activación frente a él [...] de su afrontamiento de la situación.”* Desse modo, o estresse ocorre quando as transações entre indivíduo/ ambiente o levam a perceber uma discrepância - real ou não - entre as demandas de uma situação e os recursos, biológicos, psicológicos ou sociais, que dispõe. Peiró (1993) descreve que os autores que conceituam o estresse como sendo uma percepção do indivíduo, entendem que ele surge de processos tanto perceptivos como cognitivos do indivíduo, levando-o a desencadear alterações fisiológicas ou psicológicas.

A partir desses pressupostos e apoiados no conceito desenvolvido por Lazarus e Folkman (1986), Yela et al (1994, p.5) definem o estresse como *“un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona e el entorno apreciado por aquella como gravosa, o que excede a sus recursos e pone en peligro su bienestar”*. Logo, pode-se inferir que o que determina que uma situação seja mais ou menos estressante é o valor que o indivíduo lhe atribui, o qual é determinado pelas conseqüências -positivas ou negativas - que pode acarretar e pelas capacidades do sujeito para afrontar o problema. Peiró (1993) comentando sobre essa conceitualização, afirma que o estresse só ocorre quando as

demandas representam um “*desejo do indivíduo*”, o qual é incapaz de alcançar.

Obedecendo a mesma cronologia apresentada no desenvolvimento do conceito de estresse, serão apresentadas a seguir algumas características de situações, comumente associadas ao estresse.

1.2. Características das situações de estresse

Considerando que um acontecimento será estressante somente quando o sujeito o perceber como tal, existem algumas características comumente relatadas na literatura, que parecem contribuir para que se estabeleçam situações estressantes. Labrador e Crespo (1993); Peiró e Salvador (1993) e Yela et al (1994) descrevem as situações que seguem, como potencialmente geradoras de estresse:

- **Troca ou novidade na situação.** Refere-se ao aparecimento de novas demandas às quais é necessário ao indivíduo adaptar-se. Quanto maior o número de estímulos novos, mais estressante a situação. Hillhouse e Adler (1991) relatam algumas investigações realizadas com divorciados, onde evidenciaram que indivíduos recém divorciados, quando comparados com um grupo de controle semelhante de sujeitos casados, apresentam funções imunológicas significativamente mais baixas, as quais foram atribuídas ao estresse que sofrem. Peiró e Salvador (1993) descrevem uma investigação na qual havia controle do esforço físico realizado pelo sujeito, onde foram encontrados níveis de Cortizol mais elevados em indivíduos *novatos* que em *experientes*, durante situações de tolerância ao exercício.

- **Falta de controle ou informação ante uma nova situação.** Essa situação gera um sentimento de indefesa o qual é especialmente estressante ao indivíduo, quando este não sabe o que fazer ou como afrontá-la. Yela et al (1994) descrevem a insegurança, que é a probabilidade de que um acontecimento ocorra independentemente de que se possa predizê-lo ou não, como uma situação potencial de estresse. Peiró e Salvador (1993) referem que a falta de controle tem sido amplamente relacionada ao estresse e seus efeitos negativos sobre a saúde, tais como: úlceras gástricas, aumento de corticóides, imunossupressão e outros. Os autores (id 1993) citam um estudo de Karasek que associou o risco de aumento de doença coronariana às altas demandas de trabalho e pouco controle do mesmo.

- **Previsão.** Quanto menor é a capacidade de prever uma situação, mais estressante ela será, pois a informação prévia sobre um estressor reduz o valor da ameaça durante sua exposição. A previsão esta fortemente relacionada com o controle da situação.

- **Complexidade das demandas ou ambigüidade da situação.** Refere-se a qualidade ou natureza da informação de que dispõe o indivíduo para avaliar a situação. A complexidade pode produzir-se tanto por falta como por excesso de informação, ou seja, quando o indivíduo não consegue interpretar todos os dados que possui para a solução de um problema. Peiró e Salvador (1993) relacionaram essas situações com o aumento da pressão sangüínea e freqüência cardíaca.

Bermúdez (1994) referindo-se a ambigüidade da situação, afirma que, a partir da visão interacionista, quando um indivíduo está submetido a condições situacionais bem estruturadas e fortes, a influência do papel das variáveis pessoais do indivíduo diminui, quando analisa uma circunstância.

No entanto, quanto mais débeis e ambíguas sejam as condições da situação a que esteja exposto, maior a influência das variáveis pessoais na análise.

Logo, a medida em que se incrementa o grau de indefinição, de ambigüidade da situação e se reduz seu peso relativo na determinação do comportamento, aumenta o efeito das variáveis pessoais. Assim, as variáveis da situação terão valor determinante quando: “a) induzcan similares expectativas en los individuos; b) ofrezcan adecuados incentivos; c) sean uniformemente codificados, y d) proporcionem las condiciones de aprendizaje requeridas para una ejecución exitosa” (Bermúdez, 1986, p.95-96).

- **Duração da situação de estresse.** Na vida cotidiana, os estresses mais investigados são os agudos, entretanto os mais prejudiciais para a saúde são os crônicos, face às severas conseqüências que produzem. Por vezes, é difícil diferenciar claramente os estresses crônicos dos agudos. Yela et al (1994) denominam de eminência da situação de estresse, o período de tempo que transcorre desde que o indivíduo predisse um acontecimento até que ele ocorra realmente, logo uma situação que aparentemente é aguda pode ter respostas psicobiológicas de um estresse crônico (como no caso de uma cirurgia planejada). Quanto mais iminente um acontecimento, mais intensamente ele é valorado pelo indivíduo. Dewe (1988 e 1989) associa a freqüência dos estressores presentes no cotidiano profissional, ao estresse de enfermeiros.

Yela et al (1994) referem-se ainda a outras situações estressantes com conseqüências bastante negativas para a saúde, como a falta de habilidade ou de conduta adequada do indivíduo para manejar uma demanda e as

alterações das condições biológicas do organismo, as quais obrigam a este trabalhar mais intensamente para voltar a homeostase.

1.3. Características pessoais implicadas no estresse

Brenznitz (1990) refere que as diferenças individuais são variáveis que influenciam a percepção do indivíduo sobre o ambiente e que quanto mais ambíguo o estímulo mais forte a influência destas variáveis sobre a percepção do estresse.

A partir do modelo teórico de traços da personalidade entendia-se que as variáveis pessoais explicavam e determinavam a maior parte da conduta do sujeito. Atualmente, os teóricos da personalidade reconhecem a presença de um modelo interacional, o qual considera tanto as variáveis da situação, determinadas objetivamente, como a forma como o sujeito percebe e interpreta o ambiente. Logo, algumas condutas podem estar determinadas, em maior ou menor medida, pelas características pessoais em alguns sujeitos e outras condutas ou inclusive as mesmas, podem estar determinadas em maior medida pelas características da situação. (Bermúdez, 1994)

Uma das diferenças individuais que interfere bastante na percepção do ambiente é o grau de ansiedade do indivíduo. Bermúdez (1994) refere que a ansiedade deteriora a lembrança e que os indivíduos mais ansiosos tendem a render pior em tarefas onde são avaliadas a retenção de materiais previamente aprendidos. O autor (id. 1994) descreve que indivíduos com elevado nível de ansiedade rendem pior porque tem que repartir a limitada capacidade de processamento que dispõe, entre as demandas da tarefa e as demandas cognitivas associadas à ansiedade, enquanto que os não ansioso

podem dedicar toda sua capacidade de processamento à tarefa. Logo, diferentes níveis de traços de ansiedade dão lugar à valorizações diferentes das situações ameaçantes.

Outra diferença individual freqüentemente relacionada ao estresse, é o padrão de conduta Tipo-A. Bermúdez e Sánchez (1989) citam as três principais manifestações que definem o Padrão de Conduta Tipo-A: a competitividade, a impaciência e a hostilidade.

Competitividade: É uma das notas que define de forma mais significativa as pessoas Tipo-A, por sua permanente necessidade de sobressair e render muito. Bermúdez e Sánchez (1989) referem que o que contribui para estas pessoas sobressaírem é a focalização da atenção que efetuam sobre os estímulos ambientais as quais são relevantes para a tarefa que desejam destacar, ignorando outras estimulações periféricas, irrelevantes e/ou prejudiciais para o desempenho da tarefa.

Impaciência: Refere-se a matriz de “urgência temporal” das pessoas Tipo-A, para alcançarem o melhor aproveitamento possível do tempo. Bermúdez e Sánchez (1989) descrevem que esta característica influencia negativamente o rendimento das pessoas Tipo-A, a medida que a realização da tarefa exija uma dose maior de cautela e paciência.

Hostilidade: Junto a forte impressão de competitividade e urgência temporal, encontra-se a hostilidade como outro componente significativo, o que incrementa as pessoas Tipo-A, terem reações de ira, irritação, ressentimento e sentimentos negativos relacionados a uma ampla gama de situações cotidianas, de forma especial quando estas supõem frustração ou ameaça de seus objetivos profissionais.

Moreno e Rueda (1987) descrevem que diferentes estudos tem demonstrado que pessoas Tipo-A trabalham mais horas durante a semana e mais dias ao ano e estão mais identificados com a organização do trabalho. Por outro lado, têm especial dificuldade para delegarem funções, pois desconfiam das capacidades alheias. Bermúdez e Sánchez (1989) descrevem a necessidade de controle, como um mecanismo subjacente que manifestam as pessoas Tipo-A e cuja ação se insinua, por um lado, pela vontade explícita que manifestam essas pessoas para exercerem o controle; por outro, pela natureza e intensidade de suas reações ante experiências de falta de controle e, finalmente, pela natureza das atribuições que desempenham.

1.4. Características gerais implicadas na resposta de estresse

1.4.1.) Respostas fisiológicas

O avanço das técnicas de determinação bioquímica tem auxiliado muito nas investigações sobre as repercussões fisiológicas dos diferentes estressores sobre o organismo de animais e indivíduos. Ao longo do tempo, tem sido analisados o sangue, a urina e a saliva, a fim de determinar os níveis de Colesterol, catecolaminas, Cortizol e outros hormônios durante as situações de estresse, bem como, vários estudos correlacionam a pressão sanguínea, frequência cardíaca, consumo de oxigênio e outros, com eventos de carácter estressante. Kobasa (1982) investigou a correlação entre sintomas físicos e mentais e o estresse de advogados, onde foram relacionados problemas de estômago, diarreia, dor no coração, cefaléias problemas de apetite e outros, como aqueles que mais comumente acometem estes profissionais. No que se refere a esse tipo de investigação, Peiró e Salvador (1993) advertem que elas apresentam uma grande

variabilidade individual, por isso os autores sugerem que ao investigá-las, é necessário que se estabeleça uma linha de base adequada e se utilizem medidas de repetição para cada sujeito.

O médico endocrinologista Selye (1956/1974) foi o primeiro pesquisador a investigar o estresse, desenvolvendo seus estudos a partir da década de 30 quando descreveu a Síndrome Geral de Adaptação do indivíduo, para a qual investigou as respostas fisiológicas dos organismos de animais. Também introduziu na literatura os termos "**eutress**" e "**distress**", para estabelecer a diferença entre o estresse de tipo benéfico e aquele que causa reações adversas, tanto físicas como emocionais. Ao descrever o aumento da ativação geral do organismo, ou Síndrome Geral de Ativação, distinguiu três fases em seu desenvolvimento, quais sejam:

a) Fase de alarme. Ante uma situação estressante, ocorre uma mobilização imediata do organismo, produzindo uma intensa ativação fisiológica a qual libera recursos para uma possível atuação. Caso este esforço permita superar a situação, a Síndrome Geral de Ativação cessa; caso contrário, como o organismo não consegue manter este esforço por muito tempo, evolui para uma segunda fase.

b) Fase de resistência. Com a intenção de utilizar esforços excepcionais para superar a situação, o organismo mantém uma ativação fisiológica superior a normal, porém um pouco menos intensa que na fase anterior.

c) Fase de esgotamento. Nessa fase o organismo esgota seus recursos e vai perdendo, de forma progressiva, sua capacidade de ativação, caindo a níveis abaixo dos habituais. No entanto, caso o organismo mantenha a sua ativação máxima, o resultado será seu esgotamento total, com conseqüências

negativas para o indivíduo. Esse esgotamento poderá afetar todo organismo ou a algum órgão específico, caso este apresente algum grau de debilidade, podendo acometer o coração, sistema muscular ou imunológico.

Sandín (1989), revisando os estudos referentes ao estresse, descreve algumas críticas que são feitas ao modelo de Selye porque o autor não inclui explicitamente o poder de estímulos psicológicos que atuam como agentes estressores, considerando-os como variáveis pouco relevantes, comparadas aos estressores físicos (calor, frio, exercício,...). O autor (id. 1989) cita as investigações de Mason o qual isolou experimentalmente os efeitos psicológicos do estresse, dos efeitos físicos. Esses experimentos o levaram a sugerir que a resposta de estresse poderia ser interpretada como uma resposta provocada pelo fator psicológico que acompanha os agentes que ameaçam a homeostase do indivíduo.

A mobilização do organismo e conseqüente ativação fisiológica frente a uma situação definida como ameaçante ou perigosa, inicia-se via hipotálamo, onde são ativados um dos três eixos fisiológicos de resposta ao estresse, conforme descrevem Delgado et al (1992), Peiró (1993), Labrador e Crespo (1993) e Yela et al (1994).

Eixo I, eixo neural: Esse parece disparar-se de maneira imediata sempre que o indivíduo percebe uma situação de alerta ou emergência, provocando uma ativação do Sistema Nervoso Simpático (SNSimpático), o qual é encarregado de ativar a maior parte de nosso organismo (aumento da respiração, do ritmo cardíaco, da pressão arterial, liberação da glicose e outros). Também provoca incremento na ativação do sistema nervoso periférico, encarregado de regular o nível de tensão muscular e executar diferentes movimentos do organismo.

A ativação do primeiro nível não costuma provocar transtornos psicofisiológicos pois o SNSimpático não consegue emitir sinais de forma contínua, por tempo muito prolongado, por isso é difícil que se esgotem os órgãos por ele ativados. Somente no caso em que a ativação de um desses órgãos fosse excessivamente intensa e o seu estado precário, produzir-se-ia algum tipo de transtorno em consequência ao choque, ocasionando algum problema como Infarto Agudo do Miocárdio ou alteração vascular, o que é especialmente raro ocorrer. Caso a situação estressante desapareça, esta ativação se reduzirá lentamente. Porém, caso a situação se mantenha, como o primeiro eixo não pode funcionar por muito tempo em níveis tão elevados de ativação, passará a ativar o segundo eixo.

Peiró e Salvador (1993, p.64) referindo-se aos fatores biológicos e constitucionais do indivíduo associados ao estresse, comentam sobre alguns estudos referentes a respostas fisiológicas, os quais sugerem que os homens respondem mais aos estressores que as mulheres e seguem dizendo que *“os dados parecem apoiar a mayor a vulnerabilidad dos varones ao estrés”*.

Eixo II, eixo neuroendócrino. Quando as situações de estresse são mantidas por mais tempo, as fibras simpáticas, que são responsáveis pela enervação da medula adrenal, a estimulam originando a liberação de epinefrina e noradrenalina (catecolaminas). Portanto, este eixo tem uma ativação mais lenta que o primeiro, necessitando que as condições de estresse sejam mantidas por mais tempo. A liberação de adrenalina e noradrenalina produz um resultado similar ao produzido pela ativação do SNSimpático e, como seu efeito ativador é mais lento, pode manter-se durante muito mais tempo. Entre seus efeitos mais importantes encontram-se o incremento do tonus cardíaco vascular e respiratório, assegurando um aporte rápido de oxigênio e

glicose aos tecidos, principalmente cerebral e muscular, enquanto que o sistema digestivo tem seu aporte reduzido, dificultando a atividade digestiva. Nas pessoas com predisposição, aumentam o risco de Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial Sistêmica, formação de trombos, Angina de Peito, arritmias e outras alterações cardíacas.

Considera-se que o eixo neuroendócrino determina as condutas motoras de afrontamento às demandas do meio. Porém sua ativação, depende de como a pessoa percebe a situação estressante (avaliação primária) e de sua capacidade para enfrentá-la (avaliação secundária). Caso perceba que pode fazer algo para controlar a situação estressora (enfrentar / escapar), se instalará este eixo, porém se percebe que não pode fazer nada, somente suportar a situação a espera de que termine, se ativará o terceiro eixo.

Eixo III, ou eixo endócrino. Sandín (1989) referindo-se aos estudos de diferentes investigadores sobre respostas hormonais de diferentes investigadores, afirma que a resposta hormonal do organismo aos agentes estressores, é muito complexa e inclui praticamente todos os hormônios e neuropeptídeos (endorfinas e encefalinas). Neste eixo incluem-se os efeitos mais crônicos do estresse, sendo que sua ativação subdivide-se em quatro sub eixos, conforme Yela et al (1994):

Sub eixo Adrenal hipofisário. A ativação Hipófise posterior precipita esse sub eixo, o qual provoca a liberação de glicocorticóides (Cortizol e Corticosterona), cujos efeitos mais importantes são: aumento da produção de glicose, da uréia, aumento da liberação de ácidos graxos livres na corrente sanguínea, da produção de corpos cetônicos, dos sucos gástricos, aumenta a susceptibilidade a processos artério escleróticos, necrose do miocárdio por processos não trombóticos e reduz os mecanismos

imunológicos exacerbando o Herpes Simplex, entre outros. Conforme Hillhouse e Adler (1991) poderão estar associados sentimentos de depressão, indefesa, desesperança e perda de controle.

O processo catabólico é favorecido pelos altos níveis de Cortizol, Glucagon e catecolaminas presentes na circulação sanguínea, incrementando os níveis de glicose sanguínea disponível. Também pode ocorrer a retenção de líquidos corporais, ocasionada pela vasopressina circulante, acarretando aumento do volume sanguíneo e conseqüente aumento dos níveis tensionais do indivíduo. Os transtornos mais freqüentemente associados a ativação do sub eixo adrenal-hipofisário são os gastrointestinais e a imunossupressão. A exposição prolongada ao estresse também tem influências negativas sobre o eixo hipofisário gonadal, inibindo a produção de hormônios sexuais, podendo ocasionar infertilidade nos homens e transtornos menstruais e/ou amenorréia na mulher. À nível psicológico, produz redução do desejo sexual.

Os outros três sub eixos influenciam a secreção do hormônio de crescimento, cuja função em resposta ao estresse ainda não está claramente definida. Também estimulam o aumento de secreção de hormônios tireóides, em especial a tiroxina, aumentando o metabolismo e, conseqüentemente, o desgaste geral.

O disparo do terceiro eixo é mais lento que os anteriores e seus efeitos mais duradouros, requerendo uma situação de estresse muito mais prolongada e intensa. Este eixo (endócrino) parece disparar-se seletivamente quando a pessoa não dispõe de estratégias ou condutas de afrontamento à situação de estresse (Yela et al, 1994). Seus efeitos psicológicos negativos mais importantes são a depressão, o sentimento de indefesa, a passividade e

a percepção de falta de controle. É conveniente insistir que um dos órgãos mais ativados é o próprio cérebro, o que pode acarretar alguns em transtornos psicológicos como a depressão, ansiedade, medo e outros.

A perda da saúde física pode agravar a influência dos estressores externos, estabelecendo uma relação circular, qual seja, o distresse agrava as condições de saúde e esta condição interfere na habilidade do indivíduo para responder, de forma efetiva, ante os estressores. Dennis (1983) relata que hábitos pessoais, variáveis de estilo de vida e os fatores ambientais sadios desempenham importante papel na boa saúde, tanto física como mental. O autor (id. 1983) afirma ainda, que os exercícios físicos regulares proporcionam sensação de bem estar e servem para controlar o estresse, reduzindo a tensão e incrementando o alerta mental.

Kobasa (1982) não encontrou relação estatisticamente significativa entre a realização de exercícios físicos e tensão, o que a autora atribui à forma como foi elaborado o questionário de sua investigação, no qual não foi considerada a história prévia de saúde. Kobasa (1982) descreve um estudo onde homens que realizavam exercícios físicos desde a infância obtiveram benefícios mais significativos com a realização de exercícios, do que aqueles que iniciaram a sua realização na idade adulta.

1.4.2.) Respostas cognitivas

As condições de estresse geralmente afetam os processos de avaliação que o indivíduo realiza, devido a distorções cognitivas, afetivas e perspectivas que sofre, as quais repercutem sobre o seu funcionamento psicobiológico. Peiró e Salvador (1993) acrescentam à essas perturbações, o fato de que o indivíduo em situação estressante esta sujeito a "*un proceso*

de amplificación de la sintomatología subjetiva de molestias” o que vem a agravar o quadro geral. Por isso, considera-se importante a forma como o indivíduo percebe e avalia a situação de estresse. Yela et al (1994, p.13), referindo-se aos estudos de Lazarus y cols, descrevem que o sujeito, frente a uma situação estressante, realiza uma avaliação cognitiva primária e uma secundária.

a) Na primária, avalia as demandas da situação, seu caracter e as possíveis conseqüências que acarreta. Essa avaliação cognitiva adota duas perspectivas: a cognição e a emoção. A cognição envolve a avaliação dos riscos que uma pessoa sofre em conseqüência de um enfrentamento específico. Do ponto de vista da emoção, os autores (id. 1994) postulam que ela reflete a avaliação que uma pessoa realiza sobre uma confrontação considerando-a prejudicial, ameaçante, desafiante ou benigna. b) Na secundária, valora os recursos que dispõe para manejar as demandas e suas conseqüências. Supõe um processo de elaboração de uma resposta ante uma ameaça potencial.

A avaliação primária esta centrada nas demandas da situação, no estímulo, acontecimento externo ou interno que inicia a transação. Consiste em analisar se o feito é positivo ou não e avaliar as conseqüências presente e futuras do mesmo. O resultado dessa primeira avaliação dependerá da natureza do estímulo, sua intensidade, da experiência prévia do sujeito, ou seja das características da situação de estresse já descritas. O resultado desta avaliação determinará que o evento seja considerado irrelevante, com o que encerra o processo; ou positivo o que melhora a situação; ou ameaçante e negativo o que leva o indivíduo a prepara-se para atuar frente a ele para minorar seus efeitos ou para maneja-lo.

Os eventos estressantes receberão uma avaliação posterior e poderão ser considerados como prejudiciais, referindo-se ao mal estar ou dano que causaram; ameaçantes representando a expectativa de dano futuro, caso não sejam manejados adequadamente (Ex. ameaça de demissão no caso de pouca produtividade) ou desafiantes quando constituem uma oportunidade de crescimento, reforço da auto estima, incremento das habilidades de manejo e domínio ou valorização social, apesar de serem negativos (Ex: oferta de um posto de trabalho com maior responsabilidade).

A avaliação secundária tem como objeto de análise, as capacidades de afrontamento do indivíduo, frente ao que acaba de avaliar. Neste sentido, os pensamentos antecipatórios representam um papel essencial, visto que são difíceis de serem separados da avaliação secundária. A avaliação secundária, necessariamente, não segue à primária no tempo, ambos os processos estão amplamente interrelacionados. O habitual é que se realize a avaliação secundária quando uma situação tenha sido julgada como potencialmente estressante e se tente determinar se os recursos disponíveis são suficientes para manejar o dano ou ameaça, de forma exitosa.

No entanto, prévio e estes processos centrais e conscientes, atualmente pode-se considerar a existência de uma avaliação automática prévia, de carácter mais emocional e inconsciente a qual determina a avaliação posterior. É o que Yela et al (1994) denominam de avaliação automática. Os autores seguem afirmando que esta avaliação é determinante, pois visto que é inconsciente (ou precisamente por isso), constitui um filtro que vai determinar a avaliação posterior, não só em alguns aspectos, como em sua totalidade. A partir desse filtro, a avaliação que o sujeito irá fazer não será sobre o "*aspecto objetivo*" do evento, senão de uma modificação deste, realizada de forma automática. A avaliação realizada neste primeiro

momento, organiza as respostas do organismo. É o momento no qual é decidido se um estímulo é ameaçante ou não. A partir daí, a determinação que se opera sobre todo o processo de percepção e de responsividade posteriores é de tipo qualitativo. Atualmente as investigações sobre essa primeira avaliação (automática) centram-se nos padrões de resposta de orientação - RO e resposta de defesa - RD.

Segundo Bermúdez (1994) o processo de valorização da situação permite a assimilação de novas informações, procedentes da experiência, mudanças na situação e outras. Essa constante assimilação e confrontação de novas informações, produz mudanças na avaliação inicial da situação.

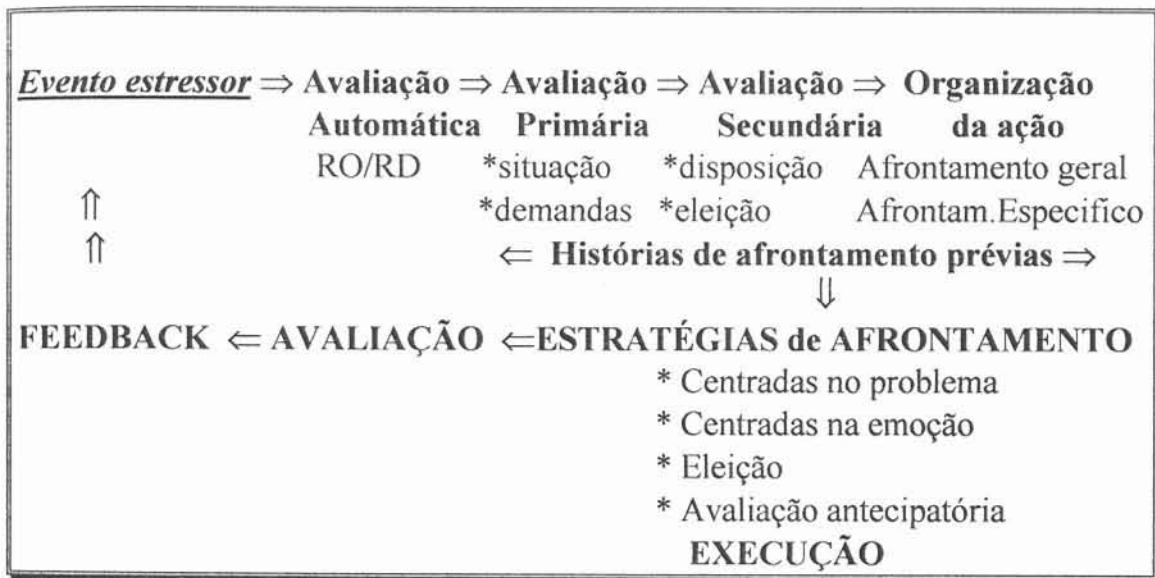
O terceiro momento da avaliação cognitiva reside nas estratégias de afrontamento que o indivíduo usará. Lazarus e Folkman (1987) consideram que as estratégias de enfrentamento podem classificar-se em dois tipos gerais quanto a resolução do problema: modificar o problema que gera estresse ou modificar a resposta emocional ao problema estressante.

As estratégias de resolução de problemas são aquelas dirigidas diretamente para manejar ou alterar o problema que esta causando mal estar ou incrementar recursos para enfrentá-los. Geralmente as pessoas tendem a empregar estratégias instrumentais quando crêem que seus recursos ou as demandas da situações são modificáveis.

As estratégias de regulação emocional são os métodos que regulam a resposta emocional ante o problema. Lazarus e Folkman (1987) consideram que as pessoas empregam este tipo de estratégia quando constatarem que o estressor é algo perdurável ou imodificado (Ex: morte de pessoa querida). A resposta emocional também pode ser regulada pela atividade cognitiva, o

que implica em interpretar a situação estressante modificando seu significado (Ex: há coisas piores que perder um emprego). Os autores (id. 1987) consideram que chorar, gritar, buscar consolo com outros, beber álcool, dormir, distrair-se... seriam exemplos de estratégias paliativas.

Esquema do processo de afrontamento ao estresse



Fonte: Yela et al., 1994, p. 19.

De uma forma geral pode-se dizer que

“... el estrés queda considerado como el resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno recibe del medio (interno o externo), y los recursos de afrontamiento que uno considera como disponibles, activables y eficaces” (Yela et al, 1994,p.16).

1.4.3.) Respostas motoras

As condutas motoras básicas ante situações de estresse podem ser classificadas como o afrontamento (ataque), a dúvida ou evitação e, menos

freqüentemente, a passividade (colapso). As primeiras implicam em uma grande ativação fisiológica com importante liberação de recursos para que o organismo possa desenvolver, se necessário, intensas condutas motoras. Geralmente as condutas realizadas para enfrentar situações de estresse são específicas para uma situação real e concreta ou mais gerais para uma ampla gama de situações, as quais dependem de condutas aprendidas em situações estressantes anteriores. As conseqüências dessas condutas determinam que sejam consideradas como corretas ou incorretas as formas de afrontamento utilizadas. Dispor de habilidades para fazer frente a situações de estresse dependerá das possibilidades do indivíduo ter apreendido condutas adequadas e se a emissão destas, em situações precedentes, foi devidamente reforçada.

O conceito de afrontamento através da conduta motora, descrito por Lazarus e Folkman (1987), foi definido como aqueles processos cognitivos e de conduta, em constante mudança, que o indivíduo desenvolve para controlar as demandas externas e/ou internas, que são avaliadas como superiores aos recursos que dispõe.

Segundo Yela et al (1994) esta definição, devido a sua amplitude, exige um detalhamento do que se deve entender por afrontamento, pois constitui um:

Processo. Por tanto não é um comportamento isolado, pressupõe o emprego de um conjunto de estratégias individuais e/ou sociais. Yela et al (1994) afirmam que, sob um enfoque mais cognitivista, o termo processo poderia referir-se a maneira que, automática ou inconscientemente, o indivíduo processa uma informação.

É cognitivo e condutual em sua avaliação, uma vez que o sujeito determina o que fazer e se o fará ou não. Porém, como o fará e a atualização ou não da decisão, devem ser incluídos no processo.

Em constante mudança. Ocorre em função das características da demanda e da retroalimentação (feedback) que se estabeleceram em de utilizações anteriores da estratégia.

Para controlar as demandas específicas internas e/ou externas. Este é um aspecto fundamental que retira o conceito de enfrentamento dos modelos tradicionais de traço, mais estáticos e simplificadores, dotando-o de uma significação funcional (manejo), centrada nas necessidades específicas de adaptação.

Outra definição, um pouca mais simples, de afrontamento, é a de Stone y cols. (apud Yela et al, 1994, p.7) "*pensamientos y acciones que capacitan las personas para manejar situaciones difíciles*", onde os autores voltam a enfatizar o carácter avaliativo e condutual, a partir de uma perspectiva funcional de adaptação.

1.5. Estratégias de afrontamento ao estresse

Yela et al (1994) referem que os esforços de afrontamento podem ser variados e não necessariamente levar a solução do problema; podem simplesmente modificar a percepção e valoração do indivíduo sobre as situações, levando-o a aumentar sua tolerância ou a evitá-los.

Sandín (1989) referindo-se as estratégias de afrontamento sugeridas por Moos e Billings, afirma que o afrontamento focalizado na avaliação

cognitiva (valorização) pode ser dirigido tanto a aspectos instrumentais como afetivos, através da análise lógica, de uma redefinição cognitiva e da evitação cognitiva. O enfrentamento focalizado no problema pode ajudar o indivíduo a reduzir a emoção, pois trata de eliminar as demandas ambientais, através da busca de informações, ações de solução de problemas e desenvolvimento de reforços alternativos. E, por fim, o enfrentamento centrado na emoção pode facilitar e desenvolver planos de ação dirigidos ao problema a fim de reduzir as reações emocionais, através da regulação afetiva, da aceitação resignada ou da descarga emocional.

Entre as muitas estratégias de enfrentamento existentes, o que determina sua eleição é a natureza do estressor, as circunstâncias em que ele se produz e pela história prévia de afrontamento, pelo próprio estilo que caracteriza o sujeito. Este estilo não é descrito como um traço de personalidade, no entanto os sujeitos são bastante estáveis na aplicação de seus mecanismos de enfrentamentos. O melhor preditor de como o sujeito enfrentará uma transação estressante, é a informação de como enfrentou transações passadas.

Vásquez et al (apud Yela et al, 1994) consideram que cada sujeito tem uma propensão a utilizar uma série de estratégias em situações diversas. Eles propõe dois estilos básicos: há pessoas que tem tendência evitadora ou minimizadora, enquanto que outras possuem um estilo mais afrontativo ou vigilante, buscando uma informação ou executando uma ação ante qualquer problema. Nenhum estilo é por si mais efetivo que outro.

1.6. Estresse ocupacional

É inegável que o trabalho, tal como é entendido na atualidade, exerce notável influência sobre o comportamento humano, pois o indivíduo que trabalha enfrenta pressões constantes tanto nas organizações, como na sociedade.

Llopis et al (1993, p.33), comentando sobre o estresse ocupacional, colocam que *“si las exigencias son incoherentes o presionan al sujeto a seguir conductas desacordes con sus normas de actuación, o con sus objetivos y expectativas, es lógico pensar que el organismo no encuentre el éxito”*. Logo, o conceito de estresse ocupacional também pode ser conceitualizado sob a perspectiva transacional, onde existe uma interação do indivíduo com a situação geradora de estresse.

O conceito de estresse ocupacional descrito por Yela et al (1994, p.42) preconiza que *“el entorno de la organización en combinación con las características personales del sujeto y la situación interpersonal, puede llevar a una percepción determinada del entorno”*, que pode ser de um ambiente estressante para alguns e pouco ou não estressante para outros. Quando o ambiente ocupacional é percebido como estressante, pode gerar as mesmas reações emocionais, fisiológicas ou de conduta descritas anteriormente.

O conceito desenvolvido por Cox (1987) descreve que o estresse ocupacional está determinado pela percepção do trabalhador sobre as demandas existentes no ambiente de trabalho e sua habilidade e/ou recursos para enfrentá-las. E Peiró (1993) complementa dizendo que as condições do

potencial estressor, o tipo de apreciação que a pessoa faz sobre a situação e de sua vulnerabilidade, também influenciam como o sujeito os perceberá.

As características do ambiente de trabalho que podem ser percebidas como estressores ocupacionais diferem de acordo com o tipo de organização, variando desde características do ambiente físico até fatores relacionados ao posto de trabalho.

1.6.1. Estressores ocupacionais.

Os diferentes investigadores que se dedicam ao estudo do estresse ocupacional (Fornés, 1994; Crawford, 1993, Peiró, 1993; Paraguay, 1990), tem enumerado e classificado os estressores mais significativos e relevantes, organizando-os em categorias que permitam análises sistemáticas do problema. Peiró (1993), a partir de uma vasta revisão teórica, propõe um modelo para caracterizar os estressores em função do seu início, duração, frequência e gravidade. Assim, o autor distingue quatro tipos de estressores, quais sejam: os estressores agudos, os crônicos, os pequenos estressores da vida diária e as catástrofes. Isto posto, cabe lembrar que também é necessário considerar o contexto no qual determinado estressor se apresenta ao indivíduo, o número de estressores que estão presentes, bem como, as características particulares do indivíduo, produzindo diversas relações e combinações, que introduzem diferenças nos efeitos individuais.

Os potenciais estressores ocupacionais estão agrupados em dois grupos distintos. Aqueles relacionados as condições do ambiente físico e os relacionados ao trabalho em si, como as demandas próprias do trabalho e de seu conteúdo.

1.6.1.1. Estressores do ambiente físico

As primeiras investigações sobre o estresse ocupacional, foram realizadas com trabalhadores de fábricas, onde a preocupação dos investigadores centrava-se nos aspectos do ambiente físico de trabalho. Os principais estressores que tem sido identificados nessas investigações, apontam, principalmente, as conseqüências psicológicas e ergonômicas desses estressores sobre a saúde do trabalhador. Os estressores mais investigados são: a influência do ruído presente em determinados ambientes de trabalho; a vibração produzida por máquinas de impacto; diversos aspectos da qualidade de iluminação dos ambientes de trabalho; a influência das diferentes temperaturas (baixas ou altas) sobre o bem estar do indivíduo; as condições de higiene em que o trabalho é desenvolvido no que se refere a sujidade, falta de ventilação, áreas de descanso inadequadas e outras; a exposição à riscos e perigos decorrentes do manejo de alguns produtos; a adequação do espaço físico para o desempenho do trabalho e outros (Ardila, 1986; Laurell e Noriega, 1989; Paraguay, 1990; Pitta, 1991).

1.6.1.2. Principais demandas estressantes do trabalho e de seu conteúdo.

As demandas do trabalho e de seu conteúdo referem-se a execução da tarefa em si. Entre os estressores presentes no desempenho da atividade, situam-se o **trabalho por turnos e o trabalho noturno**, visto que um percentual significativo de pessoas trabalha nesse sistema de horário e uma parte considerável desses trabalhadores relatam uma série de transtornos, principalmente físicos, tais como transtornos do sono, digestivos e outros associados a eles, bem como problemas sócio-familiares. (Cabanés e Pujol, 1992; Escribá, 1992; Peiró, 1993).

A **sobrecarga de trabalho**, tanto em termos quantitativos como qualitativos é outra fonte freqüentemente associada ao estresse (Ivancevich e Matteson, 1980; Cherniss, 1983; Dewe, 1989; Cohen-Mansfield e Rosenthal, 1989; Bianchi, 1990; Paraguay, 1990; Fornés, 1994). Relacionada a sobrecarga de trabalho, referem-se também o excesso de horas trabalhadas as quais reduzem as oportunidades de apoio social do indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde. Peiró (1992) afirma que não só a sobrecarga de trabalho pode desencadear o estresse, bem como a sua falta, pois causa uma sensação de tédio ao indivíduo. O autor (id. 1992) descreve que tanto a sobrecarga quantitativa como qualitativa de trabalho produzem pelo menos nove (09) sintomas de estresse psicológico e físico: insatisfação com o trabalho, tensão no trabalho, redução da auto estima, percepção de ameaça, ansiedade, aumento dos níveis de colesterol circulante, da taxa cardíaca, resistência da pele e incremento do consumo de tabaco.

Outra característica do trabalho responsável por diferentes graus de estresse ou bem estar psicológico, é o grau em que um ambiente de trabalho permite a um indivíduo **controlar as atividades que realiza**, tanto a nível intrínseco no que se refere a planificação, determinação de procedimentos a utilizar e outros, bem como o controle extrínseco o qual refere-se aos salários, benefícios e horários (Crawford, 1993; Fornés, 1994). A falta de controle do trabalho, tanto quanto, a responsabilidade excessiva, produzem conseqüências psicológicas e somáticas negativas sobre o indivíduo (Foster, 1987). O grau de oportunidade que o trabalho oferece para o indivíduo usar e desenvolver suas habilidades gera satisfação, enquanto a falta dessas oportunidades esta relacionada com depressão irritação, queixas somáticas (Cherniss, 1983; Ross, Altmaier e Russel, 1989; Peiró, 1993).

A **variedade, novidade ou troca** das tarefas também tem relação significativa e positiva com satisfação no trabalho. Peiró (1993, p. 47) descreve uma investigação em que a pouca variedade da tarefa estava associada a irritação, falta de tranqüilidade, ansiedade e depressão. O autor (id. 1993) refere que o trabalho rotineiro e contínuo durante anos, "*diminui a flexibilidade*" das pessoas. Por outro lado, os níveis excessivamente altos de variedade também podem produzir estresse, como já foi comentado anteriormente.

As funções a serem desenvolvidas pelos indivíduos no desempenho de seu trabalho constituem um conjunto de demandas, expectativas e condutas que se esperam de uma pessoa que ocupa determinada posição. Quando os membros do grupo de trabalho exigem do indivíduo demandas e expectativas incompatíveis entre si, ocorre a **ambigüidade de funções** (Heim, 1992). A ambigüidade de funções está bastante relacionada com o tipo de atividade, onde o indivíduo muitas vezes encontra-se "*entre dois fogos*", ou seja, os interesses do cliente e os da empresa. Por outro lado, alguns autores (Ivancevich e Matteson, 1980; Fornés, 1994) denominam de ambigüidade de funções, a sobrecarga quantitativa e/ou qualitativa, decorrente do acúmulo de obrigações e demandas provenientes de uma ou várias funções que a pessoa desempenha. Cherniss (1983, p.90) descreve seis forças específicas da ambigüidade de funções que podem contribuir para aumentar a tensão do indivíduo, sendo elas: falta de informação sobre as expectativas dos colaboradores; a informação requerida para performance no trabalho; conhecimento sobre as oportunidades de crescimento, informação sobre a avaliação dos supervisores e sobre o que é esperado dele na organização. Peiró (1993) descreve que a ambigüidade de função incide direta e positivamente sobre a tensão laboral, a qual reduz a satisfação do

indivíduo e esta redução, por sua vez, incrementa a probabilidade de abandono da carreira.

As **relações interpessoais e grupais no trabalho**, com certa frequência podem converter-se em estressores severos e importantes. A qualidade das relações interpessoais é outro fator importante na hora de determinar o potencial estressor, visto que as boas relações entre os membros do grupo de trabalho, são um fator central da saúde pessoal e organizacional (Llopis, 1993; Crawford, 1993; Fornés, 1994). Entretanto, a falta de coesão do grupo é uma das características que facilmente pode causar estresse em seus componentes. O conflito é outro fenômeno freqüente no grupo de trabalho e cumpre funções positivas enquanto estimula a busca de melhores soluções para o problema. No entanto, caso a situação de conflito seja contínua, poderá gerar sentimentos negativos de frustração, tensão, insatisfação, moléstias somáticas e outras (Peiró, 1993).

De uma forma geral, os indivíduos aspiram alcançar certos postos e progressos em suas carreiras profissionais, a medida que o contexto laboral ofereça oportunidades a eles. Também a segurança e estabilidade na carreira, em épocas de crise, afetam um percentual importante de pessoas. Por isso, a carreira profissional de um indivíduo pode converter-se em uma forte preocupação em muitos aspectos, quais sejam os relacionados com mudanças de posto de trabalho, de instituição ou de profissão, bem como, a falta de promoção na carreira (Llopis, 1993; Crawford, 1993).

Peiró (1993) descreve que nos diferentes estágios de desenvolvimento da carreira profissional, existem diferentes estressores, relacionados exclusivamente com a etapa em que o indivíduo se encontra. A fase inicial de desenvolvimento da carreira, refere-se a primeira etapa e nela podem

haver discrepâncias entre expectativas e realidade. A fase de consolidação de carreira ocorre quando o indivíduo procura um equilíbrio entre as demandas do trabalho, a própria carreira e as demandas familiares. A fase de manutenção da carreira gera estresse a medida que o indivíduo constata o êxito na carreira e um fracasso pessoal. Esta fase também é denominada crise da metade da carreira. A preparação para aposentadoria, considerada fase, evidencia o envelhecimento do indivíduo. Os sentimentos associados a última etapa, são menos presentes na realidade brasileira, visto que no Brasil as pessoas aposentam-se com idades bem inferiores que na Europa e Estados Unidos e uma grande maioria, inicia o exercício de outra atividade após sua aposentadoria.

Segundo Peiró (1992) uma coisa bastante clara é que o elevado estatus profissional gera maior satisfação e que relacionado ao estatus está um salário mais alto. No entanto, o autor (1992) adverte que a satisfação em relação ao salário depende da percepção de sua equidade por parte do trabalhador, ou seja, dos traços pessoais do trabalhador, das ações individuais que desenvolve em relação ao trabalho e dos atributos próprios do trabalho. Ou como descreve Ardila (1986) quando diz que o homem trabalha por dinheiro, mas também pela necessidade de atividade, pela necessidade de relacionar-se e alcançar um estatus social e para sentir que é eficiente em alguma coisa da qual possa orgulhar-se.

Ao finalizar esse capítulo, não se pode deixar de ressaltar a importância de uma ação preventiva do estresse, no sentido de permitir ao indivíduo desenvolver suas reais potencialidades no ambiente laboral, bem como, reduzir os riscos potenciais, decorrentes de situações de estresse crônico.

A revisão teórica sobre o estresse teve por finalidade apresentar uma visão geral sobre essa patologia, visto tratar-se de uma enfermidade que vem sendo investigada há muitas décadas e portanto, possui elementos que contribuem para a compreensão da Síndrome de Burnout. Isto posto, iniciou-se com a problemática da conceitualização do estresse, passando para as características de situações potencialmente estressantes e características do próprio indivíduo, que implicam na sua resposta ao estressor, quais sejam: as respostas fisiológicas, cognitivas e motoras. Após, foi realizada uma abordagem do estresse ocupacional, com um enfoque breve dos estressores do ambiente físico e das demandas estressantes do trabalho e seu conteúdo, no que se refere a sobrecarga de trabalho quantitativa e qualitativa, a ambigüidade de funções, as relações interpessoais, o desenvolvimento da carreira e aspectos gerais da estrutura organizacional das instituições.

Capítulo 2 . O TRABALHO NA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Para que se possa entender a enfermagem brasileira, faz-se necessário um breve enfoque sobre sua história no Brasil e sobre as características de seu processo de trabalho, as quais servem de suporte para a compreensão das articulações estabelecidas entre o trabalho do enfermeiro e o possível desgaste. Para tanto, nesta sucinta explanação, encontram-se ressaltados os aspectos referentes as atividades do enfermeiro assistencial, que trabalha no hospital.

A enfermagem no Brasil foi se desenvolvendo, paralelamente, a medida que o país foi sendo colonizado por imigrantes provenientes de todas as partes do mundo. As primeiras instituições brasileiras de cunho hospitalar foram as Santas Casas de Misericórdia, criadas logo após o descobrimento do Brasil, por volta de 1543, com o objetivo de recolher os pobres e órfãos. Nelas, o cuidado aos doentes era prestado por escravos e voluntários supervisionados por religiosos, os quais também auxiliavam na assistência dessas pessoas, enquanto sadias e também quando adoeciam. Já os doentes com algumas posses, eram cuidados pelos médicos e próprias as famílias, em suas casas. Deste modo, a medida que as ordens religiosas chegavam ao Brasil, a administração dessas casas ia-lhes sendo entregues, conforme descreve Germano (1985).

O modelo assistencial das Santa Casas consistia em abrigar e cuidar dos desamparados, manter a limpeza rigorosa da instituição e, para completar, ensinavam a seus abrigados noções sobre higiene, afazeres domésticos e cuidados com demais abrigados. Tudo funcionando sob a rígida disciplina mantida pelos religiosos, pertencentes as irmandades.

O marco inicial da enfermagem brasileira, de forma sistematizada, ocorreu quatro séculos após a fundação das primeiras Santa Casas, em 1923 com a fundação da Escola de Enfermagem Ana Nery no Rio de Janeiro. Nessa época, foi importado dos Estados Unidos da América, o modelo *nightingaliano* de enfermagem e introduzido nas escolas de enfermagem brasileiras. Apesar da genialidade da enfermeira Florence Nightingale, o modelo de enfermagem proposto veio com um desvio de seu paradigma ao ser aplicado no Brasil, trazendo consigo o racismo, como coloca Lima (1993, p.53) quando descreve que "*as primeiras escolas pretendiam recrutar, preferencialmente, mulheres das classes dominantes, privilegiando na seleção mulheres brancas da classe burguesa*". Fato que repercute ainda hoje e justifica o baixo percentual de enfermeiros do gênero masculino exercendo a profissão, como foi constatado na amostra da presente investigação.

O modelo de enfermagem norte americano certamente foi inapropriado para o Brasil daquela época, pois a finalidade da institucionalização da enfermagem visava sanear os portos de navegação do Rio de Janeiro, a fim de garantir as relações comerciais com os países da Europa e América do Norte que, preocupados com os surtos de Febre Amarela, ameaçavam o corte das relações comerciais, enquanto que o modelo proposto elitizava a enfermagem. Assim, a enfermagem foi traçando sua trajetória a partir do

modelo *nightingaliano* adaptado a realidade brasileira e com uma forte influência cristã, pois ainda eram as ordens religiosas que administravam a quase totalidade dos hospitais e casas de saúde, daquela época.

Germano (1985) constatou a grande influência das ordens religiosas sobre o pensamento e comportamento dos enfermeiros no Brasil quando analisou a linguagem das publicações na área da enfermagem. Lima (1993) refere que em 1959, das trinta e oito (38) escolas de enfermagem existentes no Brasil, vinte e uma (21) pertenciam à ordens religiosas, perfazendo 55,26% e que na prática dos cursos dessas escolas, era exercida uma disciplina rígida que normatizava desde os uniformes até o comportamento e, segue escrevendo que *"em nenhuma disciplina do currículo escolar era considerado fundamental o desenvolvimento de autonomia, liberdade, independência, auto conhecimento e autocrítica"*. Quanto aos uniformes a autora descreve que estes *"não podiam modelar o corpo, era proibido o uso de qualquer maquiagem ou acessório como pulseira, brincos, anéis (...)* para ser enfermeira era preciso bloquear todo erotismo". (Lima, 1993, p.60)

O tipo de formação preconizada, a qual não estimulava a autonomia, talvez tenha sido a precursora da falta de tradição do enfermeiro para questionar e investigar, o que contribuiu para retardar a construção de um saber próprio na enfermagem brasileira. Mendes (1991,p.32) identificou que nas décadas de trinta, quarenta e cinquenta a maior parte das informações contidas nos artigos da época *"não foi originada de pesquisas, mas sim de experiências pessoais, tradição, autoridade, intuição e empréstimo"*, pensamento que refletia o modelo educacional preconizado para o enfermeiro. Dessa forma, haviam poucas fontes de conhecimentos em enfermagem, somente as decorrentes dos relatos de rotinas utilizadas pelos

colegas; a dependência dos conhecimentos de outras áreas aplicadas à enfermagem ou então, a importação de modelos teóricos, principalmente dos americanos.

Por outro lado, as inúmeras forças sócio - econômicas e culturais também exerceram influência sobre o padrão de educação e prática da enfermagem brasileira. Logo, o atual modelo de prestação de cuidado à saúde teve influência do modelo sócio - econômico implantado no Brasil nas décadas de 60 a 70, o qual está totalmente voltado para o processo de industrialização da saúde e que possui como princípio levar à população uma assistência que tenha baixo custo. Este pressuposto levou à expansão dos serviços de saúde, e em consequência os de enfermagem e, ao modelo assistencial de cuidar dos pacientes, é acrescentado o de curar, que mais tarde viria a se tornar o foco central do hospital. Assim a assistência a saúde foi sendo dividida e criadas profissões específicas para atender ao indivíduo de forma cada vez mais especializada. Para atender a essa demanda, decorrente da medicalização dos hospitais, onde se produziu simultaneamente, uma transição entre o antigo modelo de assistência caritativa pelo novo modelo hierarquizado e curativo, houve a desqualificação da assistência de enfermagem, quando se passou a usar pessoal menos qualificado e em menor número para manter a mesma quantidade de serviços prestados.

Paralelamente, foi sendo imposta uma nova forma de gestão de pessoal que se aproxima mais à gestão de qualquer empresa industrial. Desta forma, a qualidade não é o foco principal da assistência a saúde, que atualmente está mais preocupada em atender a demanda a baixo custo e gerar “tecnologia de ponta”, para atender casos isolados. Vieira (1993,p.29)

comentando sobre essas questões, diz que *"a política governamental não é voltada nem para saúde, nem para a educação"*.

A falta de espaço e de poder e as deformações da imagem profissional do enfermeiro, decorrentes da própria realidade histórica da enfermagem brasileira e da crise econômica do país, também são amplamente influenciadas pelas políticas de saúde adotadas, as quais acarretam baixa remuneração dos profissionais, sobrecarga de trabalho e conseqüente queda no nível de participação nas políticas do sistema de saúde.

O enfermeiro brasileiro sofrendo o impacto de todas essas questões, tem sido levado a desenvolver uma multiciplidade de funções e o foco da assistência de enfermagem tem se desviado, cada vez mais do cliente, centrando-se no gerenciamento do ambiente de assistência, onde estão incluídos o paciente, a família, a equipe interdisciplinar e a área física, onde o processo se desenvolve. Nesse ambiente, ficam ao encargo do enfermeiro as funções de administração dos cuidados ao paciente (elaboração de rotinas e normas de trabalho, planejamento de férias e folgas, solicitação de materiais e conserots, definir quem faz o que,...), o controle dos executores dos cuidados e algumas funções que lhe foram transferidas do médico, principalmente aquelas relacionadas com os familiares (Ex: explicar o tratamento, orientar sobre prognóstico, consolar).

Isto posto, provavelmente auxilia a compreensão da investigação desenvolvida por Escribá (1992), onde 94% dos enfermeiros da amostra declararam não dispor de tempo suficiente para escutar aos enfermos e 89% afirmaram que os possíveis erros que viessem a cometer, devem-se ao cansaço por sobrecarga de trabalho. Em 1980, as enfermeiras Leatt e Schneck já identificavam os primeiros sinais desta progressiva mudança no

papel tradicional do enfermeiro, quando descreveram que as suas funções eram divididas em 39% de funções administrativas, 20% de cuidados ao paciente e 41% em atividades domésticas, que constituíam as funções de controle e supervisão do bom andamento da assistência geral prestada.

A preocupação com a situação atual, começa a despertar a atenção de enfermeiros que desenvolvem investigações voltadas para a prática da enfermagem nos diferentes setores, bem como, para os sentimentos e as percepções que os profissionais tem, a cerca do trabalho que realizam. A sistematização do cuidado de enfermagem através da racionalização da assistência e o retorno da prestação direta de cuidados ao paciente, são metas e desejos que os enfermeiros tem manifestado nas investigações, discussões e publicações científicas, refletindo seu descontentamento com a situação atual. (Leopardi, 1994; Llopis et al, 1993; Cabanes e Pujol, 1992)

2.1. A NATUREZA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO, COMO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO DO DESGASTE.

As profissões da área da saúde são estimadas socialmente porém, existe um alto nível de tensão entre os indivíduos que as exercem, principalmente dentro do ambiente hospitalar, o qual pode ser atribuído a diversos aspectos, que variam desde a natureza desse trabalho, as condições em que é executado, valores próprios do indivíduo, até relação entre satisfação no trabalho e satisfação vital. As alternativas teóricas, no momento, são tantas e tão variadas, que as investigações correm o risco de girarem em círculo, sem uma direção definida e, portanto, sem contribuições objetivas para resolução de tais problemáticas. Em vista dessas considerações, optou-se por apresentar o resultados de algumas investigações de âmbito nacional e

internacional, sobre a temática do desgaste profissional, a partir da ótica centrada nas condições de como o trabalho do enfermeiro desenvolve-se dentro das instituições hospitalares e nas variáveis demográficas que mais comumente encontram-se associadas a esse desajuste.

2.1.1. As investigações estrangeiras

Muitas das investigações americanas, bem como européias, realizadas na área dos serviços de saúde e, particularmente com enfermeiros, revelam aspectos relevantes, muitos dos quais podem ser identificados no cotidiano do trabalhador brasileiro, que atua nessa área. Portanto, na continuidade, algumas delas são comentadas.

Maslach e Pines (Maslach, 1982) realizaram estudos com profissionais sanitários, identificando diferentes variáveis, dentre as quais citam algumas que podem ser encontradas durante o exercício profissional da enfermagem. Os autores (id. 1982), referindo-se a natureza do trabalho, destacaram o fato de que o trato direto com pacientes e seus familiares pode ser emocionalmente exigente para o trabalhador e a própria natureza da enfermidade dos clientes leva o profissional a enfrentar ocasiões onde há fracasso terapêutico, um mal prognóstico e, por vezes, ele fica sensibilizado ante a morte.

As investigações enfocando aspectos semelhantes na enfermagem, foram desenvolvidas inicialmente por psicólogos americanos (Maslach, 1982; Cherniss, 1983; Hillhouse e Adler, 1991) e, posteriormente, as próprias enfermeiras (Foster, 1987; Birney, 1991) começaram a preocupar-se com estas questões, visto tratar-se de um problema cotidiano, o qual está fazendo com que muitos profissionais abandonem a profissão e gradativamente, a

procura pelos cursos de graduação em enfermagem, esteja diminuindo, principalmente nos Estados Unidos. Estas questões levaram as enfermeiras americanas a investigarem os principais fatores desencadeantes das situações estressantes, a fim de se instrumentalizarem e proporem alternativas para solução desses problemas, bem como, formas adequadas de enfrentamento.

Um grande número de investigações associam o desgaste dos enfermeiros às áreas consideradas críticas¹ dentro dos hospitais, em virtude das características próprias desses setores, onde se pressupõe que exista um número maior de estressores, comparadas à outras áreas. Assim, as investigações de Huckaby e Jagla (1979) e de Caldwell e Weiner, (1982), no final da década de 70 e meados da de 80, já dedicavam-se ao estudo do estresse dos enfermeiros dessas áreas, bem como propunham algumas estratégias de afrontamento. No entanto, essas áreas continuam sendo alvo de investigações, visto o diversificado número de estressores existentes nesses setores e as escassas investigações que apontem estratégias específicas, as quais permitam aos enfermeiros desses locais de trabalho, realizarem algum tipo de intervenção que previna a ocorrência do fenômeno do desgaste (Chiriboga e Bailey, 1986; Mallett et al, 1991; Keijsers, 1993).

Considerando o exercício da profissão em si, ao revisar a literatura estrangeira sobre o desgaste profissional do enfermeiro que atua a nível hospitalar, destacam-se, como os maiores geradores de estresse, a sobrecarga de trabalho quantitativa e qualitativa, a comunicação pobre entre colegas, experiências repetidas de separação e morte, demandas emocionais estressantes, trocas constantes do ambiente de trabalho, conflitos de

¹ - Setores nos quais são atendidos pacientes com problemas graves de saúde, os quais podem implicar até em sua morte.

autoridade e falta de autonomia (Heim, 1992; Hillhouse e Adler, 1991; Dewe, 1989; Ivancevich e Matteson, 1980). Cherniss (1983), referindo-se a esses estressores, acrescenta a falta de estimulação do profissional, sobre o que comenta que, para muitos indivíduos que trabalham nos serviços humanos, o maior problema pode não ser a sobrecarga de trabalho mas o aborrecimento, decorrente de uma vida profissional com pouca variedade de significado e desafios.

Randolph; Price e Collins (1986), apresentam uma lista contendo vinte e quatro fatores ligados ao trabalho do enfermeiro assistencial, os quais denominam de estresse comuns da enfermagem. Watson (1992) relata a atitude de estudantes de enfermagem e enfermeiros frente a idosos, os quais desenvolvem, muitas vezes, uma percepção negativa dessa população o que pode gerar tensão e desmoralização da força de trabalho. Plant, Plant e Foster (1992), numa investigação entre enfermeiros assistenciais, relacionaram a variável mais preditiva de estresse ao cuidado de pacientes com SIDA. Associado à essas variáveis, aparece ainda a falta de maiores informações sobre o acontecido com o paciente para poder prestar um atendimento mais eficaz. Randolph; Price e Collins (1986), revisando a literatura sobre o estresse nos sistemas hospitalares, descrevem que os enfermeiros que trabalham em unidades com pacientes terminais, tem um pouco menos de estresse que um viúvo e níveis consideravelmente mais altos que uma mulher iniciando radioterapia para câncer de mama.

Nas investigações desenvolvidas na Espanha, dados semelhantes estão sendo encontrados. Cabanes e Pujol (1992) investigaram 129 enfermeiros assistenciais que trabalhavam em dez hospitais de Barcelona e arredores, onde associaram o mal - estar que as enfermeiras sentem com a profissão,

aos baixos salários, poucas possibilidades de promoção na carreira e falta de reconhecimento por outros profissionais.

A falta de reconhecimento profissional gera ansiedade, principalmente nos enfermeiros mais jovens, segundo Lanzarote et al (1993). A pouca idade dos enfermeiros é freqüentemente associada ao estresse ou ao Burnout dos enfermeiros por Kunkler e Whittick (1991), Oehler (1991), Llopis et al (1993) e outros investigadores. Lanzarote et al (1993) também identificou que os enfermeiros que trabalham nos hospital, são mais ansiosos do aqueles que trabalham em Centros de Saúde, no entanto esse grupo de investigadores não correlacionou a ansiedade ao tempo de trabalho na profissão. Delgado et al. (1993, p.50) reportando-se a profissões assistenciais, atribuem o fato de que elas possuem uma filosofia humanista de trabalho, o que faz com que esses profissionais tenham uma *"prevalência de expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad esta contribuyendo en gran medida al estrés que experimentan estos empleados."* Fator que estaria mais correlacionado com as características pessoais do indivíduo e não tanto com a idade. Packard e Motowidlo (1987) encontraram alguns resultados que, de certa forma, ajudam a ratificar as investigações que associam as características pessoais ao Burnout, quando associaram positivamente o padrão Tipo A de comportamento das enfermeiras e o estresse que experimentam, no ambiente hospitalar.

O gênero feminino e o estado civil, também são constantemente relacionados ao Burnout dos enfermeiros (Llopis et al, 1993; Lanzarote, 1993), no entanto, considerando que em muitas investigações o número de profissionais do gênero feminino é bastante superior ao de pertencentes ao gênero masculino, alguns desses resultados são inconclusivos, pois não

possuem significância estatística. A questão do gênero basicamente feminino da profissão que trás consigo alguns estigmas como também coloca Giroud (1993) quando diz que *"o masoquismo feminino é um traço adquirido. É o resultado de uma longa educação cristã que ensinou as mulheres a serem resignadas, a aceitar tudo. Mas elas estão deixando de ser masoquistas. A prova é a dificuldade que existe hoje de recrutar enfermeiras"*.

Os investigadores também identificaram a presença de outras variáveis pessoais que influenciam o aparecimento do desgaste nos enfermeiros, referindo-se aqueles indivíduos que sentem-se mais responsáveis pela recuperação de seus clientes. Esses são os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de algum tipo de sintomatologia, principalmente porque fazem recair sobre si o peso dos resultados.

Freudenberger e North (1985) incluem entre as variáveis pessoais, o tipo de educação que o indivíduo, principalmente as mulheres, recebem durante o seu crescimento, fazendo com que desenvolvam um alto senso de responsabilidade sobre os outros. No momento em que entram no mercado de trabalho, essas pessoas reproduzem esse tipo de comportamento, pois têm expectativas auto impostas muito elevadas, que as impulsionam a assumirem mais responsabilidades e encargos que possam manejar com tranquilidade e quando descobrem que seus esforços não estão sendo valorizados da forma que esperavam, começam a ficar desiludidas com a profissão e com a organização.

Outra diferença individual é citada por Peiró e Salvador (1993) quando se referem ao locus de control dos indivíduos. Os autores (id. 1993) citam um estudo longitudinal realizado com estudantes de enfermagem por

Parkes, onde o autor identificou que aqueles que possuíam locus de control interno (acreditavam que os eventos da vida são controlados pelas próprias ações), eram mais adaptativos no uso de condutas de afrontamento em relação a diferentes tipos de avaliação, que aqueles que tinham um locus de control externo (acreditam que os eventos da vida são controlados por forças externas/sorte). No entanto, Peiró e Salvador (1993) lembram que os indivíduos com locus de control interno, são mais propensos a experimentar estresse quando são incapazes de exercer o controle que acreditavam ter.

Pines e Aronson (1981), preocupados em verificar a influência do tipo de formação do indivíduo sobre sua performance profissional, revisaram os materiais de cursos no campo dos serviços humanos, sobre os quais descrevem que pouca atenção é dada às experiências de estresse emocional desses profissionais e que os conteúdos dos cursos são voltados exclusivamente para os problemas dos receptores. Os autores consideram esse fato um problema, pois os relacionamentos terapêuticos não são simétricos, são complementares, onde o profissional dá e o cliente recebe. Logo o profissional deve estar preparado para esse tipo de relacionamento.

Cherniss (1983), Alvarez e Fernandez (1991b) destacam alguns aspectos que interferem diretamente no desgaste profissional, quais sejam: a importância dos componentes pessoais na aparição do Burnout; a decisiva influência da formação profissional, na qual são cometidos erros que incrementam falsas expectativas, onde existe uma desconexão entre os conhecimentos teóricos e sua aplicação, com a ausência da aquisição de habilidades para enfrentar o estresse do local de trabalho e o fato de que as condições do contexto de trabalho são escassamente cuidadas e não é percebida a importância que tem, primando pelos interesses produtivos da

instituição. Esses comentários ratificam, em parte, os achados de Pines e Aronson (1981), descritos anteriormente.

A preocupação com as condições do ambiente de trabalho dos enfermeiros que trabalham em hospital, também está evidente em um grande número de investigações que as associam tanto a satisfação no trabalho (Packard e Motowidlo, 1987; Viera, 1993; Unicovski, 1993), como ao burnout e estresse (Cherniss, 1983; Ross, Altmaier e Russel, 1989; Oehler, et al 1991, Kunkler e Whittick, 1991).

Fornés (1994), ao investigar os enfermeiros que trabalham nos hospitais de Palma de Mallorca, identificou a sobrecarga de trabalho, a escassez de pessoal e os conflitos entre os membros da equipe como as causas de maior estresse para esses profissionais, os quais despertam-lhes sentimentos de impotência (43,83%), enfado, raiva ou ira (36,68%) e insatisfação (24,52%). A autora atribui esses sentimentos negativos, ao fato de que muitos dos fatores que causam estresse aos enfermeiros são totalmente externos ao pessoal e portanto pouco controláveis.

Foster (1987) elaborou uma lista contendo estressores mais comuns entre enfermeiras, onde relatou, além dos acima destacados, aqueles relacionados com a falta de oportunidade para o crescimento pessoal, a sub utilização dos títulos acadêmicos e treinamentos, a falta de suporte na instituição e outros. Frente a esses fatores, a autora salienta a importância da função do supervisor de enfermagem, na identificação e interferência no impacto do Burnout sobre os trabalhadores.

Outros fatores identificados pelos diferentes investigadores como geradores de estresse, foram os motivos ideológicos que impulsionam o

profissional a eleger essa profissão, o volume de trabalho e as pressões para realizá-lo. Face a estes problemas, o apoio ao trabalhador não parece suficiente somente, com a realização de reuniões formais, necessitando de reuniões que atendam as necessidades emocionais e de companheirismo. Este ponto é reforçado por Pines e Aronson (1981) quando descrevem que o suporte social é mais importante para as mulheres que para os homens e consideram que sendo a enfermagem composta, em sua maioria por mulheres, torna-se necessário que esse tipo de suporte seja desenvolvido.

Cherniss (1983) realizaram uma investigação sobre o estresse no trabalho, suporte social e Burnout, no qual verificaram que o maior desgaste profissional foi referido pelos indivíduos que tinham menos anos de experiência profissional, resultados que foram confirmados por Ross, Altmaier e Russel (1989), Bianchi (1990) e Lanzarote et al (1993). As mulheres casadas referiram mais exaustão que as solteiras, o que pode estar associado ao conflito entre as exigências profissionais e as funções na família (Freudenberger e North, 1985).

Mais recentemente, as investigações começaram a considerar as estratégias de enfrentamento, específicas para os enfermeiros. Essas investigações envolvem, desde a identificação e esclarecimento de estratégias específicas de enfrentamento, que os próprio enfermeiros utilizam para enfrentar o desgaste no cotidiano de seu trabalho (Chiriboga e Bailey, 1986; Moos e Swindle, 1990; Kunkler e Whittich, 1991), ou prescrevendo estratégias que os enfermeiros podem utilizar e assim, desenvolver suas capacidades de enfrentamento ao desgaste produzido pelas condições de trabalho (Randolph, Price e Collins, 1986; Mc Gee, 1989; Mallett et al 1991). Estas estratégias são as mais variadas, envolvendo desde exercício para relaxamento até programas de desenvolvimento cognitivo de

enfrentamento. Entretanto, revisando algumas investigações, observou-se um excessivo entusiasmo no relato de certos achados, bem como, falhas metodológicas em determinados experimentos desenvolvidos com enfermeiras.

Na maioria dos estudos sobre o estresse, a sintomatologia identificada nos indivíduos acometidos pelo desgaste profissional inclui o abuso de fármacos, álcool, drogas ilícitas e o aumento do consumo de tabaco. Ribera et al (1993, p. 12) investigando o consumo de tabaco entre o pessoal de enfermagem que trabalha em Alicante, verificaram que *“55% de los profesionales de Enfermería son fumadores, mientras el 46% de la población de dicha comunidad y el 41% en todo territorio nacional son fumadores”*. No entanto, Plant; Plant e Foster (1992) não associaram o uso do tabaco ao estresse, em uma investigação que envolveu enfermeiras escocesas.

As investigações, de uma forma geral, correlacionam algumas variáveis pessoais e outras próprias do trabalho, ao desgaste do enfermeiro. No entanto, existem alguns estudos divulgados, que apresentam falhas metodológicas as quais levam a resultados incorretos, como foi evidenciado por Hillhouse e Adler (1991) quando revisaram vinte (20) estudos comparativos que investigaram a percepção que as enfermeiras que trabalham em Centros de Tratamento Intensivo têm dos estressores relacionados ao trabalho, com aquelas que não trabalham nesses centros, onde constataram que doze (12) investigações indicaram não haver diferença, cinco (5) não foram elucidativas e apenas três (3) acusaram pequena diferença.

Os estudos sobre este tema coincidem com a urgência de se conhecer qual é a situação individual da equipe de trabalho ou da organização profissional dos diferentes serviços humanos, para introduzir trocas que aliviem as experiências profissionais negativas derivadas do trabalho. Ribera et al (1993, p.11e 31) estimam que cerca de 25% dos profissionais de enfermagem apresentam problemas de saúde decorrente das condições de trabalho, as quais são evidenciadas nas *“bajas por enfermedad, o incapacidad transitória puede ser en muchos casos una justificada forma de abandono del trabajo, originadas por desgaste psicológico”*.

2.1.2. As investigações brasileiras

A enfermagem brasileira, cuja evolução histórica é caracterizada pelo paradigma assistencial e caritativo tem despertado a atenção de alguns investigadores, preocupados em verificar a existência de estressores neste universo e sua influência sobre o desempenho profissional do enfermeiro.

Pitta (1992) realizou um estudo com todas as categorias de pessoal que trabalham em hospital, onde evidenciou maior sofrimento psíquico, entre aquelas pessoas que trabalham atendendo diretamente o paciente no serviço de hemodiálise, seguido pela Unidade de Tratamento Intensivo pediátrico. A autora (1992) também observou que lidar com dor, sofrimento e morte influencia a produção de sintomas psíquicos. Entretanto para alguns grupos de profissionais, prestar cuidado direto aos pacientes, atua como fator de proteção, quando comparados com outros que encontram-se mais lesados e não lidam diretamente com pacientes dentro do hospital (Ex: pessoal que trabalha na manutenção).

Loyola (1988) desenvolveu uma investigação com enfermeiros, preocupada em verificar a relação entre esse profissional e o médico dentro do hospital, onde evidenciou a submissão dos enfermeiros ao poder médico, a qual a autora atribui a *"não delimitação explícita na prática das enfermeiras e das suas reais atribuições"* (id, 1988,p.128) e a atuação repressiva dos docentes das escolas de enfermagem, que ainda hoje, moldam estudantes pouco questionadores e pouco participantes, o que se refletirá em sua futura atuação profissional.

A questão da formação universitária é abordado por Unicovski (1993,p.171) que investigou os fatores que geram satisfação e insatisfação na profissão do enfermeiro, onde descreve que estes profissionais tem consciência da problemática de sua prática profissional e apontam a formação universitária como responsável por *"não propiciar elementos na formação para que eles possam se voltar para uma atuação dentro de uma linha crítica e transformadora das relações de trabalho"*.

Quando se pensa em formação profissional, poucas são as pessoas que afirmam que foram adequadamente preparadas e treinadas para seus trabalhos. De fato é quase impossível encontrar uma perfeita igualdade entre uma educação profissional e uma vasta experiência no trabalho e transmiti-la para alguém. Entretanto, pode-se introduzir o estudante na realidade existente, através do exercício sério da profissão, sem causar-lhe falsas expectativas mas também sem desanimá-lo, durante a graduação.

Ciampone (1987) quando descreve a percepção do pessoal de enfermagem de sua investigação em relação ao ambiente de trabalho, relata que estão insatisfeitos com o relacionamento entre o grupo, principalmente no que se refere ao cerceamento da liberdade, porém os informantes não

esclareceram as reais causas de seus descontentamentos. Na análise das percepções do grupo, a função desempenhada pelo enfermeiro evidenciou a necessidade do mesmo centralizar o poder decisório e o controle sobre o grupo. Os profissionais sentem-se desvalorizados e os baixos salários geram descontentamento.

O descontentamento com baixos salários aparece na quase totalidade das investigações com enfermeiros brasileiros (Unicosvki, 1993; Vieira, 1992; Ciampone, 1987). Esta questão é universal na enfermagem, quando se encontram relatos os mais variados abordando o tema como Edelwich e Brodsky que já descreviam sobre o assunto em 1980, quando diziam que os baixos salários eram o foco de maior descontentamento dos profissionais dos serviços humanos.

Vieira (1993), analisando a qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital escola, identificou que a remuneração recebida é o fator de maior insatisfação destes sujeitos, o que reflete a crise econômica e social que o país está atravessando. Neste mesmo estudo, também apareceram a sobrecarga de trabalho e a falta de substituições do pessoal em período de férias, como fatores geradores de insatisfação. Dados semelhantes foram encontrados por Unicovski (1993) que identificou como fatores geradores de insatisfação entre os enfermeiros, além do baixos salários, a falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido, o grande número de horas trabalhadas, a falta de oportunidade para progredir na carreira, entre outros. Esses fatores também são encontrados comumente na literatura estrangeira.

Já a investigação de Bianchi (1990) deteve-se em avaliar o nível de estresse específico dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico, onde encontrou correlação significativa entre o nível de estresse desses

profissionais e a escolha da área/ treinamento/ e experiência anterior, evidenciando que nem sempre o enfermeiro pode optar pela área de trabalho. A tendência de associar o estresse à setores críticos de trabalho, como o desenvolvido em centros de tratamento intensivo ou blocos cirúrgicos é universal. A autora (1990, p.75) relata que

"os fatores estressantes relatados pelos enfermeiros de centro cirúrgico são relacionados às condições de trabalho para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, as quais englobam: sobrecarga de trabalho, realização de atividades com um tempo mínimo, sobrecarga de atividades burocráticas no desempenho de sua função, oportunidade para discutir as experiências vividas...", entre outras

Hoefel e col. (1992, p.384) descrevem que as fontes de estresse sistematizadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) são as que seguem: *fatores intrínsecos ao trabalho, papel na organização, planejamento de carreira, estrutura e clima organizacional e interface Trabalho/lar*".

De uma forma geral, verifica-se que o número de estressores que podem estar associados ao trabalho do enfermeiro, gerando desgaste profissional, é bastante amplo, tanto nas investigações estrangeiras, como nas brasileiras. Associando os estressores encontrados na área da enfermagem, com os descritos no capítulo um, referente ao estresse, observa-se um grande número desses, evidenciados pelas investigações. No entanto, acreditando que o desgaste decorre de formas particulares de organização do trabalho, dentro de instituições específicas, onde se desenvolvem relações interpessoais exclusivas, pode-se inferir que alguns resultados sirvam para referência sobre algumas alterações, contudo não permitem que sejam

generalizados de forma irrestrita, pois as particularidades de cada campo devem ser observadas.

A partir dessas investigações, desenvolvidas tanto na realidade brasileira, como as estrangeiras, verifica-se uma preocupação com o intento de definir o próprio desgaste, bem como, as variáveis que encontram-se mais comumente associadas, numa tentativa de recolher dados que possuam algum valor preditivo para o desgaste do enfermeiro. Contudo, a pesar de toda a preocupação com o profundo desenvolvimento de instrumentos de medida, a complexidade dessa questão é tal, que deriva mais em torno de algumas implicações, que pela presença concreta de construtos definidos. Por isso, optou-se pela escolha da Síndrome de Burnout para esta investigação, visto que delimita algumas variáveis, associadas e refere-se, especialmente, aos trabalhadores dos serviços humanos, permitindo uma abordagem mais direcionada para compreender como a interseção entre a realidade individual e a institucional, afeta os enfermeiros que trabalham em hospitais.

A elaboração do presente capítulo teve dois objetivos básicos, sendo o primeiro, realizar uma breve exposição sobre o desenvolvimento da enfermagem brasileira, a partir de sua criação, baseada no modelo da enfermagem americana, até os tempo atuais, para servir de subsídio à compreensão do atual modelo de prestação de cuidados de enfermagem, desenvolvido no Brasil.

O segundo objetivo, centrou-se na realização de uma revisão dos conteúdos de algumas publicações estrangeiras e brasileiras, que abordam a natureza do trabalho do enfermeiro que atua em hospital, como objeto de investigação do desgaste profissional, a fim de proporcionar uma visão

sobre o desenvolvimento de investigações com a temática em questão. Essa revisão também serviu para construir parte do referencial teórico sobre a questão do trabalho do enfermeiro que atua em hospital, o qual servirá de subsídio para análise dos achados do presente estudo.

CAPITULO 3 - O DESGASTE PROFISSIONAL

Uma característica singular do homem é procura de seu equilíbrio, visto ser sincronizado com a natureza e seus ritmos. A integração do funcionamento corporal e sua harmonia com o ambiente, são consideradas como sendo dependentes dos ritmos encontrados por toda natureza, caracterizando os ciclos de adaptação do homem ao meio. E, a falta de sincronia dos ritmos do indivíduo com seu ambiente, pode provocar disfunções dos processos físicos, mentais e sociais do homem, causando transtornos de menor ou maior gravidade.

Dentro dessa perspectiva, pode-se entender a influência do ambiente sobre o homem, podendo desencadear alterações na saúde dos indivíduos, a medida em que o meio é percebido pelo sujeito como ameaçador ou quando o próprio indivíduo esta em dissonância com seus ritmos.

Dentro dos fatores ambientais que podem gerar um desequilíbrio no homem, encontra-se o trabalho. Na época atual, o homem desde a mais tenra idade, já tem contato com o trabalho. E as organizações, por sua vez, envolvem cada vez mais os seus trabalhadores, numa relação onde um depende do outro. Peiró (1992) referindo-se à essa relação, descreve que tão inadequado seria considerar as organizações sem membros, como pretender

uma compreensão adequada do comportamento do homem contemporâneo, sem a consideração das organizações.

Desse modo, considerando que o trabalho envolve todas as pessoas e que possui um caracter potencialmente morbigênico, torna - se fundamental seu estudo, pois como diz Pitta (1991, p.18) "*o conhecimento de que o trabalho adoece é milenar*", no entanto, segue a autora, "*bem menos tranqüila é a aceitação, mesmo em países economicamente avançados, do trabalho enquanto forma de organização, e muito menos de sua própria natureza, como fator morbigênico em si*".

Laurell e Noriega (1989, p.110) estudando as variáveis ambientais que agem sobre os trabalhadores da indústria, concluíram que o desgaste do trabalhador acarreta a "*perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica*", a qual reflete-se diretamente na forma como executa o trabalho.

Desta forma, quando as demandas de trabalho são inadequadas às potencialidades e necessidades do indivíduo, exigindo grandes esforços para sua adaptação, acabam levando o trabalhador a "*tolerar uma organização do trabalho que o desconsidera*" (Hoefel et al, 1992, p.232).

Com o avanço da tecnologia e as exigências, cada vez maiores da sociedade, criaram-se novos problemas para algumas profissões, principalmente para aquelas que tem como característica essencial, o contato humano, como é o caso da enfermagem. Os profissionais dessa área estão sujeitos a um desgaste profissional decorrente da interação interpessoal constante que a são submetidos, em decorrência das características da

profissão, às quais somam-se as pressões do próprio trabalho da enfermeira e da organização.

A exposição contínua à fatores do trabalho, que são percebidos como desprazerosos pelo trabalhador, o conduzem a um desgaste físico e emocional que, em um primeiro momento, aparece sob forma de estresse. Porém, a manutenção dessas condições, levam o trabalhador a um estresse crônico, decorrente da situação laboral, obrigando-o a desenvolver diferentes mecanismos adaptativos, que por vezes não são eficazes, e que acabam por conduzi-lo ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

3.1. SÍNDROME DE BURNOUT

O termo inglês Burnout, o qual é empregado, usualmente, no meio esportivo americano e foi traduzido para o castelhano como "*estar quemado*", refere-se a uma disfunção psicológica que parece acometer de forma mais comum os trabalhadores, cuja atividade se realiza em relação direta com pessoas.

Edelwich e Brodsky (1980) descrevem que o termo Burnout foi utilizado pela primeira vez nos artigos de Herbert Freudenberg em 1974. No entanto, foram os psicólogos sociais Cristina Maslach e Alaya Pines que divulgaram termo. Maslach divulgou esta palavra em 1977 no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos e escreveu diversos artigos sobre o Burnout nas profissões de ajuda. Para pesquisa e diagnóstico, Maslach propôs, juntamente com Susan E. Jackson, o Maslach Burnout Inventory, um questionário que mede as dimensões do Burnout.

Maslach (1982) definiu o Burnout como uma Síndrome que acomete aqueles profissionais cujas profissões tem relação direta com as pessoas, os quais estão expostos a um estresse crônico. A Síndrome de Burnout tem como principais características o Desgaste Emocional, a Despersonalização e a reduzida satisfação pessoal ou Incompetência do indivíduo. Essas mesmas dimensões chave são utilizadas para descrevê-lo.

Alvarez e Fernandez (1991a) afirmam que a Síndrome é uma consequência de altos níveis de tensão no trabalho, frustração pessoal e inadequadas atitudes de enfrentamento das situações conflitivas e portanto, supõem um traço pessoal, um organizacional e um social.

Pines em co-autoria com Ditsa Kafry descreveram que o Burnout permite uma visão compreensiva de como a realidade emocional e a institucional, afetam os indivíduos que trabalham nos serviços sociais.

Maslach e Jackson (1981) consideram o Burnout uma resposta, principalmente emocional, e situam os fatores de trabalho e os institucionais, como condicionantes e antecedentes da Síndrome. Desta forma, a resposta emocional passa a ser considerada não como uma variável do Burnout, senão a própria definição do fenômeno.

Logo, o fenômeno do Burnout pode ser caracterizado como uma síndrome de má adaptação psicológica, psicofisiológica e reações comportamentais, à uma forma específica de estresse ocupacional. É considerado uma síndrome, visto não haver uma distinção clara na manifestação de suas diferentes etapas.

O termo Burnout também é criticado por alguns autores (Moreno, Oliver, Aragonés, 1990; Alvarez e Fernández, 1991a), por sua elevada correlação com o estresse, ansiedade, tensão, conflito, fadiga e outros.

Os espanhóis Moreno, Oliver e Aragonés (1990) revisando a literatura pertinente a Síndrome de Burnout, levantaram algumas questões sobre a validade de seu construto. Os autores citam Davidoff (1990,p.273), quando este autor afirma que *"la relación entre burnout y otros constructos es tan alta, que podríamos estar utilizando un nuevo nombre para una vieja idea"*. Por isso, é conveniente que se estabeleça a diferença terminológica entre esses dois conceitos.

Yela et al (1994, p. 4) conceitualizam o estresse como *"proceso interaccional entre el acontecimiento objetivo, la percepción de éste por el sujeto, y su activación frente a él y su afrontamiento de la situación."* Sob este enfoque, o estresse pode ser desencadeado tanto por estímulos agradáveis e benéficos, como a alegria e a felicidade, como por estímulos perturbadores e ameaçantes para o indivíduo. Já o Burnout, definido como um estresse crônico experimentado pelo indivíduo no contexto de trabalho, principalmente no âmbito das profissões cuja característica essencial é o contato humano, não poderá ser relacionado com sentimentos positivos.

Isto posto, pode-se perceber a distinta diferença entre os dois conceitos e concordar com Alvarez e Fernández (1991a, p.264), os quais também são favoráveis à investigações sobre a Síndrome de Burnout, quando comentam que

"el interés por este tema se abre un campo a la reflexión sobre las consecuencias del contacto directo con la gente, y a la revisión constante de

actitudes y expectativas por parte de los profesionales dos servicios humanos".

3.1.1. Traços essenciais da Síndrome de Burnout

Na última década, iniciaram-se as investigações envolvendo a Síndrome de Burnout e diversificados foram os métodos empregados para sua medida e comprovação, bem como, para sua descrição, principalmente, quanto às variáveis associadas. Nesta investigação utilizou-se a definição de Burnout descrita por Maslach e Jackson (1981), por ser a mais consolidada entre os pesquisadores do fenômeno. De acordo com esses autores, o Burnout é uma síndrome tridimensional, que decorre da resposta inadequada do indivíduo, a um estresse emocional crônico, decorrente do ambiente de trabalho, tendo como traços principais:

- **Desgaste Emocional:** É o traço fundamental da Síndrome e caracteriza-se por um desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga do indivíduo, a qual pode manifestar-se fisicamente, psiquicamente ou como uma combinação entre os dois. Assim, medida que os recursos emocionais vão se deteriorando, as pessoas acometidas sentem que não tem a mesma capacidade de antes. Este é o traço inicial da Síndrome.

- **Despersonalização:** É a dimensão que manifesta uma troca negativa nas atitudes e respostas com outras pessoas, especialmente com os beneficiários do próprio trabalho, ou seja, com os pacientes, no caso da enfermagem. A Despersonalização esta acompanhada de ansiedade, aumento de irritabilidade e perda da motivação, como manifestações emocionais. As atitudes no trabalho compreendem a redução das metas de trabalho e da

responsabilidade pessoal com os resultados, redução do idealismo, alienação e conduta claramente egoísta no trabalho. (Cherniss, 1980/1983)

Para proteger-se desse sentimento negativo, o indivíduo isola-se dos outros, desenvolvendo uma atitude fria e distanciada. Ele utiliza esses recursos como um primeiro esforço para adaptar-se a situação e aliviar a tensão que experimenta, diminuindo a intensidade das relações com as demais pessoas, com o intuito de controlar a situação. Moreno, Oliver e Aragonés (1990, p.276) afirmam que a variável despersonalização pode ser considerada "*el elemento clave del síndrome burnout*", uma vez que, tanto o Desgaste Emocional como a Incompetência, podem ser associadas a outro tipo de síndrome, enquanto que a despersonalização é específica da Síndrome de Burnout.

- **Incompetência ou falta de realização pessoal:** É a dimensão na qual existe um sentimento complexo de inadequação pessoal e profissional, ao posto de trabalho e uma série de respostas negativas para consigo mesmo e com sua atividade laboral, típicas da depressão, moral baixa, evitação de relações interpessoais, baixa produtividade, incapacidade para suportar as pressões e baixa auto estima. O enfrentamento defensivo ocorre nessa fase, na qual produz-se a uma troca de atitudes e condutas, com o propósito de defender-se ativamente desse sentimento experienciado. Delgado et al. (1993, p.50), referindo-se a este componente, afirmam que ele

"puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia. Ante la amenaza de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones, dando la impresión a los que le observan, de que su interés y dedicación son inagotables".

Yela et al (1994) argumentam que uma das explicações que justificam porque são os profissionais assistenciais os mais afetados por esta Síndrome, seria o choque que esses profissionais experimentam ao encontrarem um sistema despersonalizado para trabalhar, além do fato de se dedicarem a uma profissão que trata com pessoas que, geralmente, encontram-se em situações problemáticas e onde as relações estão carregadas de emoção. Uma das profissões que, pela natureza de seu trabalho, requer do indivíduo um contato direto com os sentimentos e problemas de outras pessoas, é a enfermagem. O foco de sua atenção recai, diretamente, sobre o indivíduo acometido de algum transtorno e o êxito da assistência e tratamento depende, muitas vezes, da interação entre cliente e enfermeira, exigindo por vezes, excessivas demandas emocionais, além das terapêuticas.

As investigações sobre a Síndrome de Burnout, iniciaram com os profissionais americanos dos serviços humanos, onde os investigadores observaram que é a relação intensa com outros indivíduos, o fator que contribui, de forma poderosa, para o aparecimento da Síndrome. Delgado et al. (1993) complementam essas observações, descrevendo que os profissionais dos serviços assistenciais são mais afetados por essa Síndrome, porque são profissões que tem uma filosofia humanística de trabalho, de tal forma que a diferença entre a expectativa que possuem e a realidade que encontram, pode contribuir, em grande parte, para os sentimentos que experimentam.

Cherniss (1983, p.84) cita como uma fonte geradora da Síndrome de Burnout, o tipo de população que é atendida nos serviços humanos e que, caso o grupo de trabalho não esteja adequadamente preparado para o rol de

demandas a que é submetido, as conseqüências são altos níveis de conflito, insatisfação e, conseqüentemente, o Burnout. Nesse sentido, ressalta a importância do preparo dos futuros profissionais, para as situações que irão encontrar no seu cotidiano profissional. O posicionamento de Cherniss encontra-se mais direcionado para a Teoria do Desenvolvimento Humano, na qual o Burnout é considerado um desajuste entre as expectativas do indivíduo e os diferentes ambientes dos quais participa, direta ou indiretamente.

Por outro lado, considerando a Teoria Cognitivista, onde o sujeito atua como filtro de suas próprias percepções, esta poderia explicar porque determinados acontecimentos são percebidos como mais ou menos estressantes, por diferentes indivíduos. Ou a Teoria das organizações, onde o Burnout é considerado como uma decorrência da falta de acordo entre os interesses do trabalhador e da empresa.

Frente as diferentes teorias, que tentam explicar a Síndrome de Burnout a partir de diferentes enfoques, pode-se concordar com Alvarez e Fernandez (1991a), para os quais não existe uma teoria única que explique o fenômeno, visto que cada uma delas contribui para explicar os fatores que, de alguma forma, parecem contribuir para o desenvolvimento da Síndrome.

3.1.2. O processo de desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

A instalação da Síndrome de Burnout ocorre de maneira, geralmente lenta e gradual, acometendo o indivíduo progressivamente. Alvarez e Fernandez (1991a, p.258) distinguem três fases ou momentos, onde os traços essenciais podem manifestar-se em maior ou menor grau.

A **primeira fase** é aquela em que as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, gerando uma situação de estresse laboral no indivíduo. A característica principal dessa fase é a percepção do sujeito de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa.

A **segunda fase** caracteriza-se pelo esforço do indivíduo para adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido. Nessa fase aparecem sinais de fadiga, tensão, irritabilidade, ansiedade e outros. Essa etapa exige uma adaptação psicológica do sujeito, a qual repercute sobre o seu trabalho, reduzindo o seu interesse e a responsabilidade pela função que desempenha.

O enfrentamento defensivo ocorre na **terceira fase**, na qual o sujeito produziu uma troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões experimentadas, ocasionando comportamentos de distanciamento emocional, retirada, cinismo e rigidez. Segundo essa sucessão de etapas, os sinais da Síndrome apareceriam somente na terceira fase e viriam como uma resposta à uma situação de trabalho intolerável.

Cherniss (1983,p.59) apresenta uma descrição semelhante de fases, a qual denomina como as etapas básicas do Burnout nos programas de serviços humanos.

Por tratar-se de uma síndrome, a maioria dos investigadores consideram o Burnout um processo, não estabelecendo distinção clara entre uma etapa e outra. Delgado et al (1992) citam alguns autores como Gold, para os quais não é possível determinar, com exatidão, nem a seqüência, nem os correlatos das diferentes fases implicadas no desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

A partir das características expostas, pode-se considerar a Síndrome de Burnout um tipo específico de estresse, estreitamente relacionado às condições de trabalho das profissões da área das ciências humanas, o qual possui características particulares que o identificam, diferenciando-o do estresse de uma forma geral.

3.1.3. Principais sintomas associados ao Burnout

A sintomatologia associada a Síndrome de Burnout pode ser agrupada de diferentes formas. Para esta investigação foram utilizados os estudos descritos por Maslach (1982), Cherniss (1983) e Alvarez e Fernandez (1991a), nos quais a sintomatologia está agrupada em quatro áreas, quais sejam: a psicossomática, a condutual, a emocional e a defensiva.

Na **área psicossomática** encontram-se os sinais precoces de Burnout. Nessa área estão incluídas a fadiga crônica, cefaléias, perda de peso, hipertensão, dores musculares, asma e, nas mulheres, alterações dos ciclos menstruais. Esses sinais e sintomas manifestam-se na fase de Desgaste Emocional, caracterizando o traço inicial da Síndrome de Burnout. O componente de cansaço físico é caracterizado por Pines e Aronson (1988), como uma maior susceptibilidade do indivíduo a dores lombares, acidentes, prostração, enfermidades virais recorrentes e transtornos do sono. Kunkler e Whittick (1991), referindo-se aos transtornos psicossomáticos, descrevem que, de uma forma geral, os enfermeiros tendem a somatizar mais os sintomas de estresse e Burnout.

No **aspecto condutual**, os sinais observados referem-se ao absenteísmo ao trabalho, aumento da conduta violenta e comportamentos de alto risco,

tais como a condução imprudente de veículos, incapacidade para relaxar, abuso de fármacos e álcool e conflitos matrimoniais e familiares, que estão associados a fase de Incompetência do indivíduo.

Na **dimensão emocional**, aparecem os sinais de distanciamento afetivo, impaciência e irritabilidade. O receio de tornar-se uma pessoa pouco estimada pode gerar sentimentos paranóicos. Pode ser freqüente a dificuldade para concentrar-se devido a ansiedade experimentada pela pessoa, reduzindo assim, a capacidade de memorização de dados, elaboração de juízos e racionalização abstrata. O conjunto desses sintomas influirá diretamente no inter-relacionamento pessoal e conseqüentemente na relação profissional, tanto com a equipe de trabalho, quanto com os clientes. Essa sintomatologia aparece na fase de despersonalização do indivíduo

Os **sinais defensivos** surgem da necessidade que o indivíduo com Burnout tem para aceitar os sentimentos que estão emergindo. Logo, a negação de suas emoções é o mecanismo com que o indivíduo trata de defender-se contra uma necessidade que lhe é extremamente desgastante. A supressão consciente de informações, o descaso de sentimentos frente a determinadas situações ou coisas, a atenção seletiva e a intelectualização, são formas de evitar a experiência negativa. Como trata-se de uma síndrome, a sintomatologia poderá aparecer mesclada por sinais de diferentes áreas, simultaneamente. (Yela et al, 1994; Alvarez e Fernandez, 1991a)

No ambiente de trabalho, quando a organização não favorece o necessário ajuste entre as necessidades dos trabalhadores e os fins da instituição, estes podem perceber esse ambiente como ameaçador, desencadeando os sinais precoces de Burnout, tais como desmotivação,

falta de energia e entusiasmo; desinteresse pelos clientes; percepção desses como frustrantes e crônicos; alto absenteísmo e o desejo dos indivíduos deixarem a profissão por outra ocupação. Como consequência desse quadro, produz-se uma redução na qualidade dos serviços prestados, a qual é "*la expresión palpable de una pérdida de ilusiones*", como descrevem Alvarez e Fernandez (1991, p. 259).

3.1.4. Padrões psicofisiológicos do Burnout.

As situações estressantes cotidianas, de uma forma geral, não costumam ocasionar desequilíbrio dos padrões fisiológicos normais das pessoas. Esses desequilíbrios tendem a ocorrer quando as demandas ambientais possuem algum grau de intensidade, se mantêm por um tempo determinado e o indivíduo não dispõe de adequadas estratégias de enfrentamento da situação, para resolver o conflito. De forma semelhante ocorre com a Síndrome de Burnout, ou seja, quando existem elementos no ambiente laboral que são percebidos pelo indivíduo como desgastantes e ou frustrantes, face a existência de um estressor potencial crônico e, para o qual o indivíduo não possui estratégias de afrontamento adequadas. Nessas situações, podem ocorrer diferentes manifestações de ordem somática, as quais variam desde uma sintomatologia bastante leve, como as cefaléias, dores musculares, até severas complicações, como as associadas ao estresse, descritas no Capítulo I.

Associadas as alterações somáticas, podem estar presentes alterações psicossociais de maior ou menor gravidade, variando desde tensão e ansiedade até sintomas de irritabilidade, redução da auto-estima e outros, que acabam levando a modificar suas atitudes e condutas, a fim de

defender-se das tensões experimentadas, levando-o a desenvolver sinais de despersonalização.

Considerando que o Burnout se instala em decorrência da interação entre o sujeito e um meio laboral onde exista a manutenção de certo nível de estresse (cronificado), é possível que a esta situação, percebida como ameaçante pelo indivíduo, desencadeie alguns efeitos fisiológicos, como um mecanismo de enfrentamento da situação. Delgado et al (1992, p.17) referem que, vistos dessa forma, os componentes fisiológicos do Burnout constituem *“un efecto más - quizás más llamativo - de una situación cotidiana”*.

O mecanismo pelo qual as situações percebidas como ameaçantes pelo indivíduo venham a gerar alterações psicossomáticas, dependerá da forma como o sujeito percebe esses estressores psicossociais. Caso o estímulo seja analisado e interpretado pelo córtex cerebral e sistema límbico (encarregado do tom emocional e integração afetiva) como ameaçante ou perigoso, origina-se uma resposta fisiológica de estresse, com ativação do Sistema Neural, em um primeiro momento e, posteriormente, a mobilização de diferentes sistemas do organismo. Em geral, como a Síndrome de Burnout trata-se de uma disfunção decorrente da exposição a estressores crônicos, as respostas fisiológicas são caracteristicamente relacionadas à ativação dos eixos neuro-endócrino e endócrino. Associadas as respostas fisiológicas, acrescentam-se as alterações psíquicas, como uma forma de proteção contra a situação experienciada.

As alterações fisiológicas mais comumente relacionadas na literatura ao Burnout, incluem a dilatação das pupilas, dificuldades para respirar, sensação de ter um “nó na garganta”, tensão muscular, formigamento nos

membros e o aumento das catecolaminas e corticosteróides no sangue e urina, aumento do açúcar no sangue, do ritmo cardíaco, da pressão arterial e da sudorese, entre outros (Delgado et al, 1992; Yela et al, 1994).

Na verdade os sinais fisiológicos relacionados ao Burnout são semelhantes aos relacionados ao estresse, visto que a forma inicial de mobilização do organismo frente uma ameaça, constitui-se na ativação do Sistema Nervoso Simpático, portanto esses primeiros sintomas são bastante similares. No entanto, quando a situação laboral se cronifica, e o indivíduo não possui mais recursos para afrontá-la, iniciam-se os sinais de despersonalização como uma forma de proteger-se das tensões a que se vê submetido. Watson (1992), revisando a literatura sobre Burnout e o cuidado de enfermagem a idosos, descreve que os sinais de tensão constante no meio laboral, precedem o desenvolvimento do Burnout.

3.1.5. Variáveis mais significativas associadas ao Burnout.

Muitas são as frustrações que as pessoas que trabalham nos serviços humanos podem sentir. Por isso, os estudiosos da Síndrome de Burnout procuram identificar aquelas que realmente influenciam o desgaste do profissional, visto as graves conseqüências que poderá acarretar ao trabalhador e, conseqüentemente, à organização e população que é atendida.

Cherniss (1983) descreveu cinco fontes de estresse que considerava antecedentes ao Burnout, quais sejam, as dúvidas sobre a competência do indivíduo para realizar um trabalho, problemas com clientes, interferência do excesso de burocracia, falta de realização profissional e falta de compatibilidade. Atualmente, considera-se a falta de realização um dos traços da Síndrome, identificado como o sentimento de Incompetência.

Frente a diversidade de investigações as quais centram-se especificamente nos efeitos do Burnout sobre o indivíduo, cujo tipo de trabalho profissional o situa no epicentro do problema, Moreno, Oliver e Aragonés (1990) afirmam que esta é uma ótica muito individualista, uma vez que o construto do Burnout é importante, não só pela sua repercussão sobre o indivíduo, mas também, pela repercussão sobre a qualidade do trabalho que é desenvolvido e a motivação ante o mesmo.

Isto posto, são apresentadas as variáveis mais freqüentemente, relacionadas a Síndrome de Burnout. Alvarez e Fernandez (1991a) dividiram as variáveis intervenientes, identificadas até o momento nas investigações da Síndrome de Burnout, em dois grandes grupos, quais sejam, as pessoais e as pertencentes ao marco do trabalho e da organização.

3.1.5.1. Variáveis pessoais

- **Idade:** A idade tem sido associada freqüentemente com o estresse e a Síndrome de Burnout, devido a sua complexa relação com estes dois eventos. Ela aparece relacionada com a própria condição biológica do indivíduo, bem como, com as diferentes etapas da vida e/ou desenvolvimento da carreira que se encontra o indivíduo.

Selye (1974) estabelece a diferença entre idade cronológica e psicológica, descrevendo como cronológica a que se refere ao tempo decorrido desde o nascimento, enquanto que a psicológica depende, em grande parte, das vivências e experiências do indivíduo. Logo, essa variável pessoal refere-se a idade do sujeito, em relação a quantidade de experiência na profissão. Cherniss (1983) coloca que a medida que os anos vão

passando, o indivíduo vai adquirindo mais segurança em suas tarefas e menor vulnerabilidade para tensão no trabalho. Esses resultados foram ratificados por Maslach e Jackson (1985). Ross, Altmaier e Russel (1989), investigando um grupo de conselheiros, relacionaram o aumento da Desgaste emocional¹, com os poucos anos de experiência profissional dos indivíduos. Pedrabissi e Santinelo (1989), revisando investigações americanas, encontraram relação positiva entre o Burnout e a pouca idade de professores. No Brasil, a enfermeira Bianchi (1990) encontrou correlação significativa entre o tempo de serviço de enfermeiras em centro cirúrgico e o nível de estresse. Kunkler e Whittick (1991) e Oehler (1991) encontraram maiores sinais de Burnout em enfermeiras mais jovens e com pouca experiência no trabalho. Já Pitta (1991) não encontrou essa relação em sua investigação, e descreve que a idade parece não influenciar no surgimento de sintomas psíquicos no indivíduo que trabalha no hospital.

A Síndrome esta sendo investigada, principalmente, nas profissões que atuam diretamente com pessoas, as quais são caracterizadas por um grande contingente de mulheres. Isso justifica a preocupação de estudiosos em investigar a influência do **gênero feminino e variáveis familiares**, associadas ao Burnout. Freudemberg e North publicaram um livro dedicado às mulheres (Women's Burnout, 1985), onde afirmam que elas tem atendido a todo mundo exceto a si mesmas. Os autores (id. 1985) são da opinião que o coletivo feminino é que vem aumentando as filas dos indivíduos com desgaste profissional, devido as excessivas demandas que enfrentam.

"Burnout (...) is an exhaustion born of excessive demands which may be self imposed or externally imposed by families, jobs, friends, lovers, value systems, or society, which deplete one's energy,

¹ - Sub escala do Inventário de Burnout, desenvolvido por Maslach e Jackson (1981)

coping mechanisms, and internal resources".
(Freudenberger; North, 1985, p.9-10)

Burke e Greenglass (1989) investigaram as diferenças sexuais como influenciadoras do aparecimento da Síndrome de Burnout entre professores, onde constataram que as mulheres sacrificam o tempo de outras atividades, tais como: ver televisão, dormir, comer, e fazer visitas, para poderem conciliar as atividades profissionais com as domésticas como cuidar dos filhos e da casa, o que gera a necessidade de um suporte social maior. Por outro lado, as mulheres sentem-se melhor e têm menos conflitos exercendo uma atividade tipicamente feminina, do que os homens que preferem atividades administrativas dentro das escolas.

Greenglass, Pantony e Burke (1988) concluíram em seu estudo, que as mulheres tem mais conflitos que os homens, entre seu trabalho, não só com as funções de mãe e esposa, mas também com todas suas funções na família.

Ross, Altmaier e Russel (1989) e Williams (1989b) são da opinião de que é a multicidade de funções que o indivíduo desenvolve simultaneamente, que contribui para o aparecimento da Síndrome de Burnout.

No Brasil, Pitta (1991) investigou as categorias profissionais que atuam dentro do ambiente hospitalar, onde evidenciou que a condição feminina aumentou a prevalência de sintomas psíquicos, nesta amostra.

Quanto as **variáveis familiares**, Delgado et al (1993) descrevem que a estabilidade afetiva e a questão de ser pai ou mãe, melhoram o equilíbrio do

indivíduo para resolver situações conflitivas. Yela et al (1994), ao revisarem a literatura pertinente, encontraram indícios que sugerem haver uma relação circular entre a satisfação no lar e satisfação no trabalho. No entanto, Ross, Altmaier e Russel (1989), investigando um grupo de conselheiros, encontraram escores maiores em Desgaste Emocional, entre os indivíduos casados da amostra.

Quanto as variáveis de **personalidade**, Ivancevich e Matteson (1980) descreveram que estas são as responsáveis pela percepção dos estressores e do estresse desencadeado. Alvarez e Fernandez (1991a, p.261) referindo-se aos estudos de Keen e de Myers e McCaulley afirmam que *"en los servicios sanitarios como en los educativos, domina el tipo emocional frente a una personalidad de tipo racional, con una proporción de alrededor de 80/20%"*. Segundo esses autores (id. 1991), as pessoas do tipo emocional teriam a sensibilidade mais desenvolvida ante as matérias relacionadas ao trato humano, requerendo atividades corporativistas, afeto e entusiasmo. Já as pessoas do tipo racional são aquelas que desenvolvem um grande poder de análise, objetividade e lógica.

Williams (1989a), investigando a relação entre o tipo de personalidade (racional e emocional) com a redução de energia do indivíduo, encontrou dados sugestivos de que as demandas emocionais não atuam como preditoras da redução de energia em ambos os tipos de personalidade, porém as demandas mentais eram as mais importantes para o tipo de personalidade mais racional.

Williams (1989b) investigando a relação entre o grau de empatia de enfermeiras e Burnout, descreve que os dois pólos são opostos, ou seja, medidas altas de Burnout supõe baixas medidas de empatia e vice-versa.

A personalidade do indivíduo parece influir não só na manifestação do Burnout, mas também na predisposição do sujeito a ele. As excessivas demandas emocionais podem ser causa de esgotamento profissional, em personalidades emotivas. Freudenberger e Richelson (1980) descrevem que a Síndrome limita-se aos indivíduos dinâmicos, determinados ou idealistas que sonham com a perfeição no trabalho, em suas uniões e que a comunidade seja melhor. Cherniss (1983) concorda com esse posicionamento, quando descreve que são os ativistas sociais que têm maior probabilidade de esgotamento profissional. O autor (id. 1983) denomina dessa forma os indivíduos que comparecem freqüentemente ao local de trabalho, fora do expediente e inclusive oferecem ajuda individual a seus clientes.

Algumas investigações tem demonstrado que um grande contingente de indivíduos que trabalha na área humana tem traços de personalidade mais emocional que racional (Alvarez e Fernandez, 1991a). Associada a esta característica, está o fato de que estes profissionais estão sempre em conflito com os padrões da sociedade e as pressões do próprio trabalho, em virtude das condições precárias das pessoas a quem atendem e as próprias condições que dispõe para prestar este atendimento.

Packard e Motowidlo (1987) descreveram que as enfermeiras que manifestam padrão Tipo A de comportamento, são mais propensas a encontrarem situações estressantes, que enfermeiras que não manifestam esse tipo de comportamento. Pedrabissi e Santinello (1989) são da opinião de que as personalidades Tipo A são predispostas ao Burnout. Os autores (id. 1989) relatam a investigação desenvolvida por Nagy e Davis, na qual encontraram correlação positiva entre o Tipo A de personalidade e altos

níveis de despersonalização, no Inventário de Burnout, em uma amostra de duzentos e vinte e sete (227) professores.

Os **aspectos cognitivos individuais**, tais como, baixas expectativas de reforço ou altas expectativas de castigo, assim como, baixas expectativas para controlar os modos de conseguir reforços positivos no desenvolvimento profissional, também tem sido relacionados ao Burnout, segundo Moreno, Oliver e Aragonés (1990). Oehler (1991) acrescenta, o fato de que pessoas com altas expectativas sobre si mesmas e altos ideais, desenvolvem mais facilmente o Burnout.

A **falta de formação prática e preparo pessoal** nas escolas e centros universitários constitui um problema para os jovens que iniciam o exercício profissional. Freudenberger e Richelson (1980) descrevem que muitos estudantes começam a desenvolver a Síndrome de Burnout antes mesmo da formatura e atribuem esse comportamento ao fato de que, ao ingressarem na faculdade, tiveram muitos sonhos e ao final percebem que suas expectativas não foram preenchidas, somente com a conclusão dos estudos.

Por outro lado, as mudanças e inovações prodigiosamente rápidas da atualidade e o período de tempo que as escolas dispõem é pequeno para abordar todas as inovações em profundidade. Esse fato, acaba gerando ansiedade nos estudantes muito críticos, que exigem muito de si próprios e, na ânsia de compensarem essa "*debilidade*", escondem-se sob uma performance de rigidez. Essa situação é agravada quando esses estudantes têm expectativas irrealistas consigo mesmos e em relação aos pacientes, o que pode constituir um traço preditivo do Burnout (Yela et al, 1994).

Cherniss (1983) afirma que determinados ambientes de trabalho interacionam com o indivíduo, especialmente com aqueles que possuem uma determinada orientação vocacional. Entre os fatores que atuam sobre o indivíduo, destaca a carga de trabalho, a falta de orientação vocacional e isolamento social. Essas fontes de estresse são, por sua vez, antecedentes ao Burnout e geram, segundo o autor, dúvidas sobre sua competência profissional, problemas com os clientes, falta de estímulo e de realização pessoal. Esses fatores, com o tempo, dão origem a uma situação estressante crônica, a qual dá lugar ao Burnout. Dessa forma o Burnout representa uma estratégia de adaptação ou afrontamento, às fontes particulares de estresse crônico. O autor coloca que é preciso haver, a nível individual, uma série de demandas e apoios extra profissionais, os quais desempenham função importante para o profissional e suas implicações no trabalho.

Alvarez e Fernandez (1991a) também são da mesma opinião e citam os estudos de Wilder e Plutchik, que consideram como erros mais comuns para aqueles que iniciam na profissão, os excessivos conhecimentos teóricos; o escasso treinamento em habilidades práticas; a inexistência de aprendizagem técnica de autocontrole e manejo da própria ansiedade e a falta de adequada formação sobre o funcionamento das organizações, nas quais os estudantes desenvolverão seu futuro trabalho.

3.1.5.2. Variáveis do marco de trabalho e da organização.

Essas variáveis tem sido estudadas, nos últimos anos, em virtude de estarem cada vez mais presentes na vida de todos os indivíduos e devido ao potencial que possuem para criarem, por si só, uma sensação persistente de satisfação ou insatisfação no trabalho. As variáveis que são próprias do

conteúdo do trabalho, bem como, aquelas que se referem as condições em que o trabalho é realizado, são consideradas como variáveis intrínsecas e extrínsecas do trabalho.

As **variáveis intrínsecas do trabalho** referem-se ao trabalho em si. Freudenberger e Richelson (1980) referem que os profissionais das áreas humanas estão, na maioria das vezes, expostos ao lado negativo das pessoas que estão atendendo. Ross, Altmaier e Russel (1989) descrevem os resultados de algumas investigações, onde afirmam que indivíduos que desenvolvem ocupações que prestam serviços diretos a outros, são mais susceptíveis ao Burnout. Peiró (1992) descreve algumas investigações com resultados semelhantes, que associaram positivamente funções de responsabilidade sobre outras pessoas, com enfermidades coronarianas, enquanto que funções com responsabilidade sobre coisas não foram relacionada com essas doenças.

Power e Sharp (1988) correlacionaram a insatisfação do pessoal de enfermagem com o tipo de trabalho desenvolvido por ele. Associado a essa característica específica do trabalho, encontram-se o grau de autonomia que o indivíduo tem para a tomada de decisões; a variedade das ocupações que exerce; o volume qualitativo e quantitativo de trabalho que desenvolve e o significado do trabalho para o indivíduo que o executa.

Cherniss (1983, p.86) menciona o **conflito de papéis ou funções**, onde a concepção do trabalhador sobre sua tarefa é, muitas vezes, diferente da concepção da organização, ou seja, o indivíduo encontra-se entre os interesses do cliente e os da empresa. Logo, o conflito de papéis constitui mais uma variável intrínseca do trabalho, a qual também é denominada de identidade da tarefa. Ivancevich e Matteson (1980) relatam algumas

investigações onde encontraram uma associação positiva entre conflitos de função ou papéis, com absenteísmo e alta rotatividade do pessoal. Fimian e Blanton (1986) investigando professores jovens e inexperientes, descrevem que estes, ao encontrarem conflitos de papéis, tem maior possibilidade de desenvolverem a Síndrome de Burnout, que professores mais experientes.

Gentry e Parkes (1982) referindo-se ao incremento do uso de equipamentos sofisticados nos hospitais, descrevem que eles proporcionam o afastamento da enfermeira dos pacientes, criando-lhes uma ilusão de controle e assim protegendo-as do estresse.

Atualmente essa visão está um pouco modificada, pois Keijsers e Schaufeli (1992), também preocupados com a introdução massiva de tecnologias dentro dos hospitais, desenvolveram uma investigação sobre a relação existente entre o nível de Burnout de enfermeiras, versus sua autonomia e o uso de tecnologias. Os autores (id. 1992) encontraram relação positiva entre o Burnout e o uso de tecnologias, a qual atribuíram a sobrecarga de trabalho da enfermeira, bem como, às pressões do tempo, falta de instruções adequadas e treinamento dessas profissionais para usarem os equipamentos. Logo, pode-se inferir, que a enfermeira pode não estar se protegendo do estresse e sim, que provavelmente, ela esteja na fase de Despersonalização da Síndrome de Burnout.

A variável **desenvolvimento da carreira** também foi associada ao Burnout por Foster (1987). A autora (id. 1987) critica o atual modelo hierárquico existente dentro da enfermagem, no qual a enfermeira somente progride a medida que se dedica a atividades administrativas. A autora (id. 1987) é da opinião que uma carreira clínica torna possível à enfermeira demonstrar sua competência e sua experiência na prática assistencial, ser

reconhecida e valorizada, mantendo-se a mesma estrutura da pirâmide organizacional e assistencial já existente dentro do hospital, visto que a sensação de pouco progresso na profissão, tem inquietado profissionais no meio de suas carreiras, levando-os a trocarem de emprego ou até mesmo de profissão.

Estas constatações determinam que se considere o desenvolvimento da carreira outra variável intrínseca do trabalho. O desenvolvimento da carreira refere-se a interação entre as expectativas e as possibilidades do indivíduo dentro de uma organização, as quais influenciam diretamente, sua percepção sobre a qualidade de progresso na carreira. Packard e Motowidlo (1987) descrevem que a satisfação no trabalho é um julgamento atitudinal, determinado em parte, por informações recobradas da memória, no momento em que o julgamento é realizado. Logo, o que determina esse julgamento é a percepção particular que o indivíduo tem sobre o desenvolvimento de seu trabalho.

As variáveis extrínsecas do trabalho referem-se as condições que estão associadas ao desenvolvimento do trabalho em si, influenciando-o diretamente. Estas variáveis podem ser agrupadas, segundo Alvarez e Fernandez (1991a), em três dimensões, quais sejam: o espaço físico, a dimensão social e a organizacional.

Espaço físico inclui todas as variáveis relativas às condições de habitabilidade em que o trabalho é realizado (Ex. luz, ruído, decoração e outros). É uma das variáveis do trabalho mais, freqüentemente, investigada e usualmente associada ao estresse ocupacional. Especificamente relacionado ao ambiente hospitalar, pode-se ressaltar as condições de

limpeza, exposição a agentes tóxicos, presença de odores diversificados, espaço disponível e adequação do material a ser utilizado e outros.

Na **dimensão social** estão incluídas todas as pessoas com as quais o profissional está em contato direto e/ou indireto (clientes, companheiros, colegas, supervisores e subalternos). Pines e Aronson (1988) descrevem os dados de uma investigação com setenta e seis (76) indivíduos que trabalham em saúde mental, onde identificaram que a qualidade de relacionamento do grupo, tinha correlação significativa com a percepção sobre a instituição e sobre os colegas de trabalho e pacientes. Sendo que as mulheres valorizavam mais os relacionamentos interpessoais que os homens. Segundo Alvarez e Fernandez (1991a), das três dimensões relativas as variáveis extrínsecas do trabalho, esta é a que, junto com as variáveis intrínsecas do trabalho, tem sido mais freqüentemente relacionada com o desgaste profissional. Ribeiro et al (1993, p.12) referindo-se aos problemas de saúde do pessoal de enfermagem associados ao trabalho, questiona sobre a existência de “*excesiva presión socioambiental del contexto laboral*”.

Dentro da dimensão social, também esta inserido o que Edelwich e Bordsky (1980) denominam o sistema não responsivo às necessidades do cliente, o que torna o trabalho da enfermeira um pouco vazio e sem significado, quando começa a questionar a influência que exercerá sobre a vida do paciente.

Outros aspectos relevantes identificados por Cherniss (1983), Ross, Altmaier e Russel (1989) e outros investigadores, como reprodutores da Síndrome de Burnout, são a falta de apoio social juntamente com condições de trabalho mais vulneráveis, rotação de tarefa, momentos inadequados de descanso, baixa participação na elaboração de normas da instituição, a falta

de incentivo para investigações aplicação de novos conhecimentos entre outros. Os autores (id. 1989) também descrevem que supervisionar a um colega, no caso dos conselheiros universitários, é um preditor significativo de Desgaste Emocional.

Foster (1987) referindo-se a influência da supervisão de enfermagem sobre o Burnout, descreve que o suporte dos supervisores parece ser a força mais efetiva de suporte social, uma vez que intermedia os efeitos adversos do trabalho, do ambiente de trabalho e Burnout. A autora (id.1987) segue descrevendo, que o Burnout reduz a efetividade e a interação terapêutica entre a enfermeira e o paciente e, conseqüentemente, os pacientes respondem menos, iniciando-se o incremento da frustração e criando uma relação circular de desgaste.

Ross, Altmaier e Russel (1989), investigando o suporte social e Burnout, sugerem que a total inexistência de suporte social é um determinante significativo do Burnout em conselheiros. Os autores (id. 1989) também encontraram relação positiva entre o fato dos conselheiros conseguirem compartilhar seus interesses com outras pessoas, e os baixos escores em Desgaste Emocional e Despersonalização no Inventário. No entanto, não ficou evidente que o suporte social a esse grupo, tenha minimizado os efeitos dos eventos estressantes na produção do Burnout.

Já Randolph, Price e Collins (1986), Davidhizar e Bowen (1992) descrevem os resultados de suas investigações, onde encontraram relações positivas entre treinamento para o manejo do estresse e a prevenção do Burnout. Kunkler e Whittick (1991) também são favoráveis aos treinamentos de enfermeiras para aprenderem a manejar situações potencialmente estressantes, na prevenção do desgaste. No entanto, os

autores (id. (1991) descrevem que os mesmos fatores que predisões as enfermeiras ao Burnout, são os que dificultam a sua participação nas seções de treinamento, ou seja, os mais desgastados são os menos dispostos a participar dessas atividades.

Kunkler e Whittick (1991) também encontraram relação positiva entre o grau de respeito que os enfermeiros têm de seus colegas e os escores de Desgaste Emocional.

Na **dimensão organizacional** estão incluídos o tempo desprendido nos trâmites burocráticos, a estrutura hierárquica da organização, o tipo de supervisão, normas e regulamentos da instituição e tipo de incentivo que oferece ao trabalhador (Yela et al, 1994).

Crawford (1993), investigando enfermeiras que trabalham em hospital, descreve que estas podem experimentar, mais freqüentemente, o Burnout relacionado a fatores extrínsecos do trabalho, principalmente no que se refere as políticas da organização, o sistema escasso de recompensas, o sistema de recursos humanos com limitadas oportunidades na carreira, falta de treinamento e chefias com pouca habilidade de relacionamento interpessoal. Somando-se a esses fatores, encontram-se ainda enfermeiras com sobrecarga de trabalho, escassez de pessoal e conflitos entre os membros da equipe (Gentry e Parkes, 1982; Cohen-Mansfield e Rosenthal, 1989; Fornés, 1994).

3.1.6. Considerações finais sobre a Síndrome de Burnout

As diferentes investigações enfocando a Síndrome de Burnout, centram seu foco na interação entre o indivíduo e o trabalho na área das ciências

humanas e, sem dúvida, o desenvolvimento de investigações desta natureza representam uma fonte riquíssima de informações para os profissionais da área da saúde.

A parte das críticas feitas à Síndrome de Burnout, face a semelhança de seu construto ao do estresse, é bem verdade que essa síndrome é bem mais específica e delimitada, tanto em seus traços essenciais, quanto na sintomatologia associada, quando comparada ao estresse. Desse modo, pode-se pensar que trata-se de uma síndrome que reflete um estresse específico, com características particulares e limitado a indivíduos que atuam em áreas que têm a peculiaridade do contato humano.

Outra contribuição que o estudo sobre a Síndrome de Burnout proporciona, é a interrelação entre os sinais e sintomas físicos e emocionais, quando avalia a despersonalização do indivíduo. Esse fato, remete o pensamento a vida cotidiana, onde depara-se, cada vez mais, com indivíduos que apresentam sinais evidentes de despersonalização. E, ao que parece, a medida que os tempos evoluem, essa característica começa a fazer parte de uma maioria de profissionais que atuam junto ao público. Por isso, identificar e explicar os traços característicos da Síndrome, bem como, estabelecer correlações entre as variáveis associadas, constitui o primeiro procedimento quando se pensa na proposição de formas de afrontamento.

As investigações sobre a Síndrome de Burnout possuem, ainda, outro mérito, o qual deve-se ao acercamento das profissões da área das ciências humanas e da enfermagem em particular. Essas profissões, que são estimadas socialmente mas percebidas pelos trabalhadores do setor como pouco valorizadas, exigem atenção no que se refere a sua manutenção e preservação, visto tratarem-se de ofícios essenciais para a vida humana.

Dessa forma, a contribuição dos investigadores da Síndrome de Burnout aos trabalhadores dessas áreas é de grande valia, uma vez que fornece subsídios que auxiliam a identificar e explicar as diferentes manifestações que ocorrem, bem como propõem instrumentos de sua medida, o que possibilita uma atuação em fatos reais e objetivos.

Face a importância do tema e as considerações expostas, esse capítulo teve por objetivo fornecer uma visão específica sobre a Síndrome de Burnout, objeto central da presente investigação. Para tanto, foi realizado um levantamento do material disponível sobre o tema em pauta e organizado um referencial teórico, o qual partiu dos pressupostos elaborados por seus autores (Freudenberger, Maslach e Jackson) até os estudos mais recentes. Desta forma, foi abordado o conceito da Síndrome de Burnout, seus traços essenciais (Desgaste Emocional, Despersonalização e Incompetência), o processo de desenvolvimento da síndrome e as variáveis mais significativas, tanto pessoais como do marco de trabalho e da organização, que estão associadas ao desenvolvimento da Síndrome. Procurou-se contextualizar a enfermagem dentro da Síndrome de Burnout, através de dados encontrados e inferidos por diferentes investigadores, a fim de criar um marco de referencia específico, que evidenciasse a importância do estudo dessa Síndrome para a área da enfermagem.

A elaboração do presente marco teórico, teve por finalidade apresentar os elementos que constituem o desgaste profissional do enfermeiro que trabalha em hospital, segundo a ótica de diferentes investigadores, bem como, servir de subsídio para a parte empírica dessa investigação, a qual esta apresentada a seguir.

PARTE II - REFERENCIAL EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 - O MÉTODO

A presente investigação teve caracter exploratório e descritivo, com um corte transversal no qual foram contempladas todas as variáveis simultaneamente, em um momento dado. Segundo Tripodi (1981, p.40) "*o subtipo de estudos exploratórios - descritivos combinados destina-se a servir como uma transição entre estudos quantitativos - descritivos e exploratórios.*" Assim, a finalidade primordial desse estudo foi refinar e desenvolver conceitos, visando apontar caminhos que possam esclarecer as vias subjetivas da intercessão ambiente de trabalho e vida psíquica, servindo como proposta de elementos a considerar em programas de intervenção dirigidos aos enfermeiros e à organização, bem como, para instrumentalizar futuros enfermeiro para o exercício profissional.

Na etapa inicial dessa investigação, foi realizada a tradução do Inventário de Burnout para o português (Brasil) e após a avaliação psicométrica do mesmo, a fim de medir o grau de fiabilidade e validade do instrumento traduzido (Anexo C). Concomitantemente, foi realizada a avaliação psicométrica de uma escala criada para avaliar as questões referentes ao contexto de trabalho, as quais foram elaboradas pela autora, para esta investigação (Anexo D).

Isto posto, a investigação, foi desenvolvida em dois momentos distintos. No primeiro, com o paradigma quantitativo, foram verificadas as variáveis demográficas dos enfermeiros da amostra (1º etapa). Através dos escores do questionário, foram medidos o grau de fidedignidade e validade do Inventário de Burnout e do teste sobre as Variáveis de Contexto (2º etapa). Posteriormente, foram avaliados os escores do Inventário de Burnout, as devidas correlações e provas estatísticas do dados (3º etapa). Através das questões do teste sobre as variáveis do Contexto de Trabalho, buscou-se a percepção que os enfermeiros possuem sobre algumas variáveis que compõem o contexto, onde desenvolvem seu trabalho, com as quais foram estabelecidas correlações com as demais variáveis dessa investigação (4º etapa).

No segundo momento, ancorado na paradigma qualitativo, foi utilizada uma entrevista semi estruturada com uma questão norteadora, a fim de levantar a opinião dos enfermeiros a cerca de sua vivência profissional como geradora ou não de desgaste, em busca da relação existente entre os diferentes significados atribuídos a essa experiência, com as variáveis da Síndrome de Burnout e as do Contexto de Trabalho (5º etapa; Anexo E).

A presente investigação foi realizada com o intuito de esclarecer o problema: Determinadas características pessoais, associadas a determinadas características do ambiente de trabalho, influenciam no aparecimento do desgaste profissional do enfermeiro que atua a nível hospitalar?

Para desvelar o problema descrito, foram elaboradas as hipóteses a seguir:

4.1. HIPÓTESE GERAL

A Síndrome de Burnout, avaliada através do Maslach Burnout Inventory, está claramente relacionada com algumas variáveis do contexto laboral, bem como com algumas variáveis demográficas dos enfermeiros.

4.1.1. Sub hipóteses

1- Existe diferença nos escores de Burnout de diferentes grupos demográficos de enfermeiros, no que se refere a da idade, estado civil, tipo de hospital, nível de escolaridade, tempo na profissão, tempo que trabalha na instituição e tipo de treinamento que recebeu.

2 - Os enfermeiros que trabalham em setores considerados críticos (emergências, unidades de tratamento intensivo, unidades de transplante de medula óssea) dentro do hospital, obtém escores mais elevados de Burnout.

3 - O tipo de atividade que o enfermeiro realiza fora do horário de trabalho, tem influência sobre os escores do Inventário de Burnout.

4 - Existe correlação entre as variáveis do contexto de trabalho e os escores de Burnout de enfermeiros que trabalham em hospital.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS.

A investigação foi desenvolvida em dois dos quatro hospitais universitários de grande porte, existentes na cidade de Porto Alegre. O critério para seleção desses hospitais foi o tamanho grande das instituições

(mais de 700 leitos) e com grande número de enfermeiros, a fim de garantir a representatividade dos dados. A escolha dessas instituições visou aumentar a probabilidade de que *“os resultados obtidos de tais amostras sejam aproximadamente aplicáveis à população da qual foi retirada a amostra”*, como preconiza Kerlinger (1980,p.115).

4.2.1. Instituição A

A instituição Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma empresa pública de direito privado, vinculada a supervisão do Ministério da Educação e do Desporto - MEC e tem autonomia administrativa através da Lei 5604 de 02 de setembro de 1970. Tem os objetivos básicos de administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar a comunidade; servir de área hospitalar para as atividades de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); cooperar na execução dos planos de ensino da UFRGS ; promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas, prestar serviços à universidade, a outras instituições e à comunidade. A composição de seu conselho diretor estabelece a participação de órgãos do governo e de membros da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem características de autonomia administrativa e patrimônio próprio, possibilitando uma gestão profissional dos recursos humanos e materiais. Quanto aos recursos físicos, o hospital possui 82.834 metros quadrados com uma capacidade instalada de 713 leitos. Dispõe de unidades de internação clínica e cirúrgica, pediatria, obstetrícia, centros de tratamento intensivo pediátrico e adulto, bloco cirúrgico e unidades de exames e diagnóstico. Possui um ambulatório e uma unidade de pronto atendimento para adultos e crianças. A taxa de ocupação de 1993 foi de 88,9%, com uma média de permanência de 10,4 dias, o coeficiente de mortalidade foi de 6,1%. A nível ambulatorial, foram dadas 558.121 consultas, realizados 1.719.534 exames (ambulatoriais e

internação). A nível de internação hospitalar, foram realizados 3.360 partos, 21.322 internações, 10.596 cirurgias no bloco cirúrgico e 11.120 no centro cirúrgico ambulatorial.

A filosofia da Instituição e o vínculo estreito com a Universidade estimulam o desenvolvimento de estudos e investigações, através do acompanhamento desenvolvido pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde existente no hospital, bem como, do incentivo à pesquisa através do financiamento de alguns projetos pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIP).

O quadro de enfermeiros da instituição é composto por duzentos e quarenta e três (243) profissionais. Os enfermeiros do Hospital de Clínicas, cumprem uma jornada de trabalho diurno de seis horas e trinta minutos, nos turnos da manhã (7 hs às 13 hs e 30 min.) e da tarde (13 hs às 19 hs e 30 min.), com uma folga por semana. No turno noturno ela é de 12 hs e 30 min, em noites alternadas (uma noite de trabalho e duas de folga), no horário das 19 hs às 7 hs e 30 min. Em unidades de ambulatório, diagnóstico e tratamento, cumprem uma jornada diária de 8 hs e não trabalham nos finais de semana e feriados. A seleção dos enfermeiros dessa instituição, é realizada mediante um concurso público com prova escrita eliminatória² e avaliação do currículo vitae do candidato. Na Instituição existe um plano de cargos e salários, baseado no tempo de serviço, onde a cada dois (02) anos é acrescentado 2% ao salário do profissional, correspondente ao biênio. No entanto, ele recebe este acréscimo somente até alcançar sete (07) anos de trabalho na instituição. Somado a esse percentual, o enfermeiro recebe também 1/2% sobre seu salário, a cada ano de trabalho, correspondente a promoção por mérito. O tipo de formação e especialização dos enfermeiros são contempladas somente no momento da seleção, não

² - O candidato deve atingir média mínima de sete (07) para ser classificado.

sendo estimuladas posteriormente. Na presente investigação este hospital foi denominado Instituição A..

4.2.2. Instituição B

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi fundada em 1803 e declarada de utilidade pública através do decreto Federal nº. 12.949, de 20 de julho de 1943. Tem os objetivos básicos de administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar a comunidade; servir de área hospitalar para as atividades de diversas faculdades de Medicina e de Enfermagem de Porto Alegre e do interior do estado, bem como, de outros cursos dirigidos à um amplo espectro de profissionais da saúde; promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas e prestar serviços a outras instituições e à comunidade. Quanto aos recursos físicos, o hospital possui uma área de 64.000 metros quadrados, com uma capacidade instalada de 1.125 leitos. Dispõe de unidades de internação clínica e cirúrgica, pediatria, obstetrícia, centros de tratamento intensivo pediátrico e adulto, bloco cirúrgico e unidades de exames e diagnósticos. Possui um ambulatório e uma unidade de pronto atendimento de adultos e crianças. A taxa de ocupação em 1993 foi de 83,90%, com uma média de permanência de 8,4 dias, o coeficiente de mortalidade foi de 4,20%. À nível de internação hospitalar foram realizados 4.068 partos, 16.041 cirurgias e 41.570 internações. A nível ambulatorial foram prestadas 693.755 consultas. Sua planta física é composta por seis unidades assistenciais: Policlínica Santa Clara, Hospital São Francisco, Hospital São José, Pavilhão Pereira Filho, Hospital Santa Rita e Hospital da Criança Santo Antônio, cuja administração é centralizada e única. Ela possui uma estrutura orgânica composta por um diretor geral, subordinado a uma mesa administrativa composta por religiosos e um provedor religioso, coordena todas assessorias e demais diretorias. A coordenação de enfermagem é somente técnica,

sendo subordinada a diretoria administrativa da Irmandade. A unidade assistencial Hospital da Criança Santo Antônio não foi incluída na amostra por possuir características, localização e administração distintas das demais unidades assistenciais.

O quadro de enfermeiros da instituição B é composto por um total de duzentos e treze (213) profissionais. Os enfermeiros do Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, cumprem uma jornada de trabalho diurna de seis horas nos turnos da manhã (7 hs às 13 hs) e tarde (13 hs às 19 hs) e de doze horas no turno noturno, trabalhando em noites alternadas (uma noite de plantão e uma de folga, com mais duas folgas mensais), no horário das 19 hs às 7 hs. O processo de seleção dos enfermeiros dessa instituição é realizado através do preenchimento de um formulário de solicitação de emprego pelo candidato, uma prova de conhecimentos gerais sobre enfermagem e uma entrevista com as chefias de enfermagem e com uma psicóloga que realiza um psicoteste. Nesta Instituição inexistente um plano de carreira para enfermagem, sendo que a cada cinco anos de trabalho é acrescentado ao salário do empregado o quinquênio (5% sobre o seu salário). Os enfermeiros do noturno e ocupantes de cargos de chefia recebem salários maiores aos demais. No entanto, caso o profissional queira deixar de trabalhar no noturno ou em cargo de chefia, terá que solicitar sua demissão da empresa pois, devido às Leis trabalhistas brasileiras é proibida a redução do salário do trabalhador. No presente estudo, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia foi denominado Instituição B.

4.3. AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi composta pelos enfermeiros que trabalham nos dois hospitais descritos, localizados na cidade de Porto Alegre. A esses sujeitos foi distribuído o questionário (Anexo B) através do qual foi realizado o levantamento das variáveis demográficas dos enfermeiros dos dois hospitais selecionados, dos sentimentos que têm em relação ao trabalho que desenvolvem, medidos através do MBI e como percebem algumas variáveis do contexto hospitalar. O questionário foi acompanhado pelo termo de consentimento pós informação (Anexo A). A amostra foi acidental, uma vez que trabalhou-se com os resultados dos questionários que foram devolvidos devidamente preenchidos pelos respondentes, perfazendo trezentos e quarenta e um (341) questionários/enfermeiros. Na Instituição A foram devolvidos cento e oitenta e três (183) questionários, perfazendo 75,30 % dos enfermeiros da instituição; na Instituição B foram devolvidos cento e cinquenta e oito (158), representando 74,17 % dos enfermeiros.

Quanto a estudar profissionais enfermeiros, prendeu-se ao fato de que são os profissionais responsáveis pela administração de toda assistência prestada ao indivíduo hospitalizado e sobre os quais existem poucos estudos que possam fornecer elementos que os instrumentalizem sobre sua prática profissional. A escolha pelo recorte foi feita devido às necessidades de estabelecer um cenário passível de maior controle das variáveis e pela própria dificuldade de adaptação do instrumento à todos os níveis hierárquicos na enfermagem, visto as diferenças de formação que possuem³.

³ - A prestação de cuidados de enfermagem ao paciente é realizada por profissionais pertencentes a três níveis hierárquicos dentro da enfermagem brasileira, sendo eles: o auxiliar de enfermagem (deve possuir o 1º grau completo e um curso profissionalizante, com duração de um ano), o técnico de enfermagem (curso de 2º grau profissionalizante) e o enfermeiro (curso de nível universitário).

4.4. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para atender as hipóteses e objetivos, foi utilizado como instrumento da segunda etapa dessa investigação, um questionário construído, em sua primeira parte, por questões que coletaram dados demográficos, a fim de recolher algumas informações sobre o perfil dos enfermeiros que constituíram a amostra. O instrumento requereu a identificação dos sujeitos da amostra e, portanto, foi acompanhado por um termo de consentimento do respondente (Anexo A), onde ficou garantido o carácter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade.

Para verificar o grau de desgaste profissional da amostra (3º etapa), foi utilizado o Inventário de Burnout. É um instrumento desenvolvido por Maslach e Jackson (1981), para verificar os sentimentos pessoais e atitudes do enfermeiro em seu trabalho e ante seus pacientes. Optou-se por aplicar essa escala, utilizando-se a frequência que a situação expressa é experienciada pelo enfermeiro, visto que na investigação desenvolvida por Yela et al (1994) esta dimensão aportou resultados mais significativos que a dimensão intensidade.

Esta escala foi traduzida para o português e a tradução foi validada por dois enfermeiros com conhecimento da língua inglesa, sendo que um deles trabalha como enfermeiro assistencial em um hospital de Porto Alegre e outro é professor, doutor em educação, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Optou-se por essa escala devido a sua validade e confiabilidade em outras investigações, como a que descrevem Alvarez e Fernandez (1991 b), os quais encontraram uma consistência interna, estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, com 0,90 para a sub escala de Desgaste Emocional; em 0,79 a sub escala de Despersonalização e em 0,71 a de Incompetência. Esta escala foi amplamente utilizada para estudos sobre o Burnout de indivíduos que atuam na área da saúde nos Estados Unidos e Espanha. Ela é composta por vinte e duas questões, em forma afirmativa, sobre os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em seu trabalho e na relação com seus clientes. Os vinte e dois (22) itens do Inventário estão agrupados em três sub escalas que avaliam diferentes aspectos. A sub escala de Desgaste Emocional avalia os sentimentos do sujeito em relação a encontrar-se emocionalmente exausto pelo trabalho; a sub escala de Despersonalização descreve itens que supõem uma resposta fria e impessoal do indivíduo ante os pacientes e a sub escala de Incompetência avalia os sentimentos de competência e eficácia do enfermeiro, na realização do trabalho (Anexo C).

Para verificar a influência do contexto laboral (4º etapa), foi montado um instrumento que objetivou avaliar como o enfermeiro percebe algumas variáveis presentes no ambiente de trabalho. Para tanto, foram selecionadas as dimensões: ambigüidade de funções, estrutura organizacional, sobrecarga quantitativa de trabalho, sobrecarga qualitativa de trabalho, desenvolvimento da carreira e relações interpessoais (Anexo D). Para medir essas variáveis, foram elaboradas questões em forma de escala de atitudes, as quais os sujeitos da amostra assinalaram de acordo com a frequência que experimentam a situação expressa na afirmativa. Foi escolhido um número semelhante de proposições positivas e negativas, para evitar a tendenciosidade, como recomendam Polit e Hungler (1985). Para cada dimensão foram elaboradas cinco (05) questões, perfazendo um total de

trinta (30). Estas questões foram construídas a partir dos estudos de Ivancevich; Matteson (1980), Randolph; Price; Collins (1986), Schutz e Long (1988), Bianchi (1990), Pitta (1991), Heim (1992) e Vieira (1993) e contextualizadas para a população alvo. Foi evitada a opção de neutralidade na escala, utilizando-se as mesmas cinco alternativas da distribuição do Inventário de Burnout, as quais referem-se a frequência que o sentimento expresso é experienciado pelo indivíduo, no período de um ano.

O questionário foi único e auto - aplicável em sua apresentação, contendo os dados de identificação em sua primeira parte, seguido pelas questões do MBI e pelas questões sobre as variáveis de contexto (Anexo B). Ele foi acompanhado por um texto explicativo contendo o objetivo da coleta de dados, bem como, do termo de consentimento (Anexo A) e um envelope para garantir o caracter sigiloso das respostas constantes no questionário.

4.5. ESTUDO PILOTO

O questionário (Anexo B), em sua íntegra, foi submetido a um estudo piloto, visando analisar sua adequação à amostra, congruência, homogeneidade de interpretação das questões, objetividade e clareza a fim de gerar respostas consistentes, garantindo a fidedignidade do instrumento. Para tanto, foi aplicado a vinte e cinco (25) enfermeiros que trabalham em hospital, em diferentes setores e turnos, no mês de maio de 1994. As condições de realização do teste piloto foram as mais próximas da situação real. O resultado desse teste foi avaliado através do programa estatístico EPI-INFO, pelo método do coeficiente alfa de Cronbach, no qual se obteve um percentual de 0,89 de fiabilidade para o conjunto de questões sobre o contexto de trabalho. As respostas ao Inventário de Burnout e sobre as variáveis de contexto, foram avaliadas quanto a clareza de formulação das

questões. Definido o instrumento e efetuada uma revisão final, iniciou-se a fase de coleta dos dados, junto as amostras das duas instituições.

A questão norteadora da entrevista, referente a 5º etapa da investigação, foi testada junto a quatro enfermeiros antes de ser aplicada aos sujeitos das sub amostras, a fim de familiarizar-me com a técnica de entrevista e identificar a coerência dos questionamentos.

4.6. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.

O método utilizado para a coleta dos dados da investigação (1º, 2º, 3º e 4º etapas), consistiu na distribuição do questionário (Anexo B) a cada sujeito da amostra, nas duas instituições selecionadas. No momento da distribuição dos questionários, realizou-se uma breve explanação sobre a investigação, informando que ela buscava identificar os sentimentos dos enfermeiros em relação a sua profissão e ambiente de trabalho, obedecendo a orientação dos autores do Inventário de Burnout, Maslach e Jackson (1981), para não sensibilizar a amostra sobre o tema. Após, foi combinada uma data para posterior recolhimento. As eventuais dúvidas que surgiram para preenchimento do instrumento, foram devidamente esclarecidas e acompanhadas. O questionário foi entregue a um total de quatrocentos e vinte e cinco (425) enfermeiros, acompanhado por um envelope a fim de guardá-lo assim que fosse preenchido, para posterior recolhimento.

A coleta dos dados (1º, 2º, 3º e 4º etapas) foi iniciada em junho e prolongou-se até outubro de 1994, perfazendo cinco meses, visto a demora para contatar com os sujeitos dos diferentes setores de trabalho, bem como, a demora para o preenchimento do instrumento e sua devolução.

Ao longo de toda história de avaliação psicológica, as técnicas de avaliação através de auto informes, tem sofrido uma diversidade de críticas com respeito a validade dos construtos mediados, a respeito do controle de desejabilidade social do indivíduo ao responder aos auto informes e, por fim, devido as dificuldades de fiabilidade dos instrumentos.

Hampson (1986) referindo-se a essas críticas, comenta que o fracasso dos investigadores em conseguir uma medida convincente da realidade externa provoca algumas duvidas sobre a sensatez de seguir empregando tais medidas. E a autora (id. 1986, p150) segue comentando quando pergunta “ *Será posible alguna vez construir escalas de calificación que describan la conducta sin ambigüedades y que puedan utilizar-las los calificadores para observar y registrar la realidad con toda certeza?* ”

Considerando os problemas referentes a validade desses instrumentos, a tendência atual dentro da psicologia e outras ciências, esta voltada para a utilização de técnicas de entrevista ou de observações sistemáticas da conduta. Como a Síndrome de Burnout também tem sido criticada por alguns investigadores (Moreno, Oliver e Aragonés, 1990; Alvarez e Fernandez, 1991 a) quanto a validade de seu construto, optou-se pela realização de um estudo complementar, de carácter exploratório, o qual encontra-se descrito detalhadamente no Anexo E.

Esse estudo piloto, constituiu-se de uma coleta de dados, através da utilização de uma entrevista semi estruturada, à uma amostra de enfermeiros com altos escores no Inventário de Burnout, para a qual se considerou os sujeitos com pontuação superior ao percentil 75. Uma das entrevistas foi transcrita em sua íntegra e submetida a uma prova de fiabilidade entre juizes e uma prova de validade por critério concorrente, entre a entrevista e as sub

escalas do Inventário de Burnout e as Variáveis de Contexto. Como trata-se de um estudo piloto que tem por finalidade propor uma metodologia alternativa, não foi aprofundado nesta investigação. A ênfase desse estudo piloto centra-se no comentário da metodologia utilizada e os resultados de apenas uma das entrevistas (Consultar Anexo E).

4.7. METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.

A análise dos dados foi iniciada a partir dos momentos finais de recolhimento dos questionários. Após o recolhimento de trezentos e cinquenta e seis (356) questionários (Anexo B), todos os envelopes foram abertos e numerados, retirando-se os quinze devolvidos em branco, que perfizeram 4,21% da amostra. Para processamento das respostas, foi montado um banco de dados no programa estatístico EPI-INFO, no qual foram digitados os dados constantes nos questionário e, a seguir, conferidos. As respostas das escalas do Inventário de Burnout e Variáveis do Contexto foram pontuadas com valores de zero (0) à quatro (4) e submetidas a um levantamento estatístico quantitativo. A metodologia de análise dos dados foi dividida em cinco etapas a fim de facilitar a apresentação e discussão dos achados.

Na primeira etapa da análise de dados, são apresentados as variáveis demográficas da amostra, as quais foram distribuídos em gráficos e calculadas as frequências e medidas de tendência central.

Considerando-se que um teste psicométrico é um instrumento de medida das atitudes do homem, através de manifestações observáveis, torna-se necessário determinar a precisão com que se realiza a medida. Assim, na segunda etapa dessa investigação, estão apresentados os resultados dos

testes psicométricos utilizados, as provas de fiabilidade das medidas dos instrumentos e também discute-se a validade dos mesmos, no que se refere a exatidão com que o instrumento mede o construto teórico proposto.

Na terceira etapa, foi realizada a verificação dos índices estatísticos das respostas obtidas, através da aplicação do Inventário de Burnout, os quais foram distribuídos e calculados por sub escalas.

Na quarta etapa foram analisadas as questões complementares do questionário, as quais se referiam as percepções dos enfermeiros sobre as Variáveis do Contexto de trabalho no hospital.

É importante observar que nem todos os questionários foram preenchidos integralmente pelos enfermeiros, originando os "Missing values", responsáveis pelas divergências nas frequências totais. As respostas dos questionários foram analisadas a luz do referencial teórico, fornecendo os elementos necessários à descrição do grau de ocorrência do fenómeno de Burnout, do perfil dos trabalhadores que compõe a amostra, bem como, da percepção dos enfermeiros sobre as variáveis do contexto, que configuram o cotidiano de trabalho no qual estão imersos. Os resultados do Inventário de Burnout (Anexo B) foram comparados aos encontrados por outros investigadores, considerando as variações culturais, no caso de estudo comparativo com investigações estrangeiras.

Os dados demográficos, bem como, os obtidos através da aplicação do Inventário de Burnout (Maslach, Jackson, 1981) e da percepção do Contexto de Trabalho, foram analisados, tabulados e apresentados em gráficos e quadros. De acordo com Maslach e Jackson (1981), as pessoas com altos escores nas sub escalas de Desgaste Emocional e

Despersonalização e com baixos escores na sub escala de Incompetência (Anexo C), percebem a si próprias como em burnout. O nível exibido pelo grupo foi categorizado como baixo, médio e alto em função do terço inferior, médio e superior da distribuição das médias sobre uma escala. Assim, os informantes foram classificados entre não desgastado até o nível desgastado.

Para um aproveitamento exaustivo dos dados, foram realizadas todos os cruzamentos de informações necessárias para análise da amostra.

Para comparar a média de cada subgrupo com as demais e verificar a significância estatística, foi utilizado inicialmente o programa estatístico EPI-INFO para montagem da planilha de dados e cálculos preliminares e, posteriormente, o programa estatístico Stat - View 512+, através do qual foram feitos os cálculos psicométricos e outros, os quais são apresentados na descrição dos resultados.

As entrevistas, ao serem analisadas individualmente, revelaram a maneira como cada enfermeiro constituiu seu discurso sobre a temática em questão. Por isso, na quinta etapa de análise de dados (Anexo E), a entrevista gravada em fita cassete, foi transcrita e lida pelos juizes, a fim de identificarem a freqüência que os sentimentos de Desgaste Emocional, Despersonalização, Incompetência, Ambigüidade de funções, Sobrecarga de trabalho, percepção de Desenvolvimento da Carreira e sobre a Estrutura Organizacional, aparecem no discurso desse enfermeiro. Procurou-se, nas entrevistas, aqueles elementos representados de forma clara, em busca da apreensão de como os diferentes significados atribuídos às experiências e vivências no cotidiano de trabalho, podem estar articuladas.

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A sistemática adotada para apresentação dos resultados da presente investigação, consta de quatro etapas. a) Na primeira são apresentadas as variáveis demográficas dos enfermeiros que compõem a amostra; b) na segunda, estão descritos os resultados psicométricos dos testes realizados com as duas escalas utilizadas nesta investigação, ou seja, o Inventário de Burnout e a de Variáveis do Contexto de trabalho; c) na terceira, apresenta-se a análise descritiva dos resultados encontrados através da aplicação do Inventário de Burnout aos sujeitos da amostra e d) na quarta, a análise dos escores da percepção dos enfermeiros sobre o contexto de trabalho, das duas instituições da amostra, bem como, suas correlações, tanto com os escores do Inventário de Burnout, como com as variáveis demográficas.

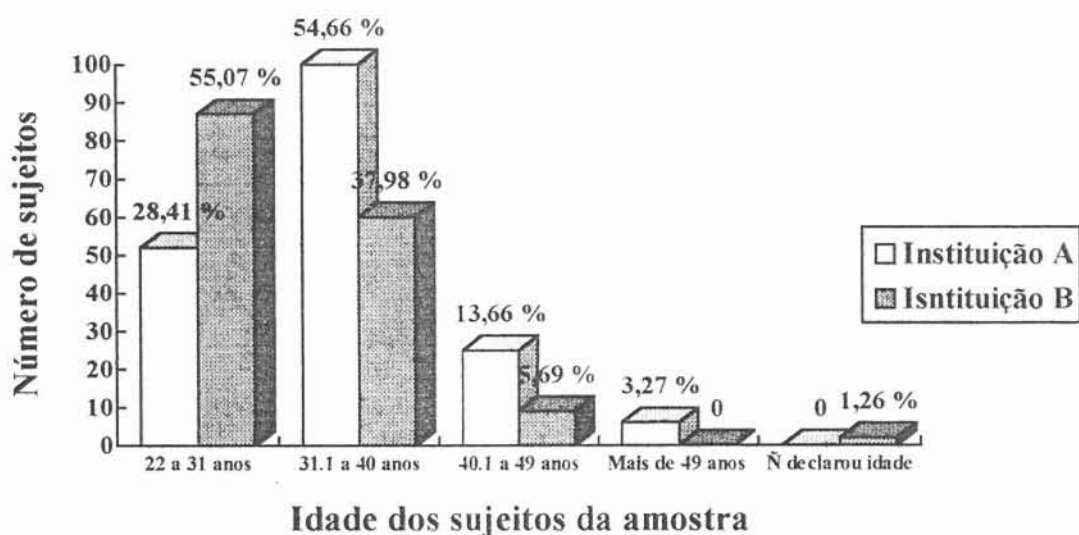
Através da quinta etapa (Anexo E), buscou-se a subjetividade dos indivíduos, no que se refere às percepções que os enfermeiros possuem sobre o trabalho que executam. Para isso e com caráter exploratório, uma entrevista foi submetida a análise de seu conteúdo, a fim de extrair as dimensões mais apontadas nesta investigação. O método utilizado, bem como, os resultados estão apresentados no Anexo E.

5.1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS

5.1.1. Variável idade

Figura 1

Distribuição da idade dos sujeitos da amostra, por instituição.



Na análise das idades apresentadas na Figura 1, foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre as idades dos enfermeiros das duas instituições, com valor de $p=0.000027$, no Teste t de Student.

Na instituição A, a média das idades foi de 34,9 anos, enquanto que na B, foi de 31,7 anos. Outro dado evidenciado foi a idade mínima e máxima dos sujeitos das duas instituições, as quais variam entre 22 e 62 anos na instituição A e, entre 22 e 49 anos na instituição B. Esses dados explicam porque na Instituição B 55,07% dos enfermeiros encontram-se na faixa de

idade entre 22 a 31 anos, enquanto que na Instituição A, 54,66% encontram-se na faixa de 31,1 à 40 anos.

No Brasil, a grande maioria dos enfermeiros conclui o curso de graduação em enfermagem com pelo menos 22 anos de idade, em virtude do atual modelo de ensino de primeiro, segundo e terceiro grau. Também, é bastante comum, que os enfermeiros recém formados, iniciem a trabalhar logo após a conclusão dos respectivos cursos de graduação e, geralmente o fazem em instituições hospitalares, visto a grande oferta de vagas nesses locais. Considerando-se esse fato, pode-se deduzir que, na época da coleta de dados, enfermeiros recém graduados estavam trabalhando nas duas instituições, ou seja, três (03) enfermeiros com menos de 24 anos na instituição A, representando 1,63% dos profissionais da amostra desse hospital e um percentual um pouco maior na instituição B, representado por dez (10) enfermeiros, perfazendo 6,32%.

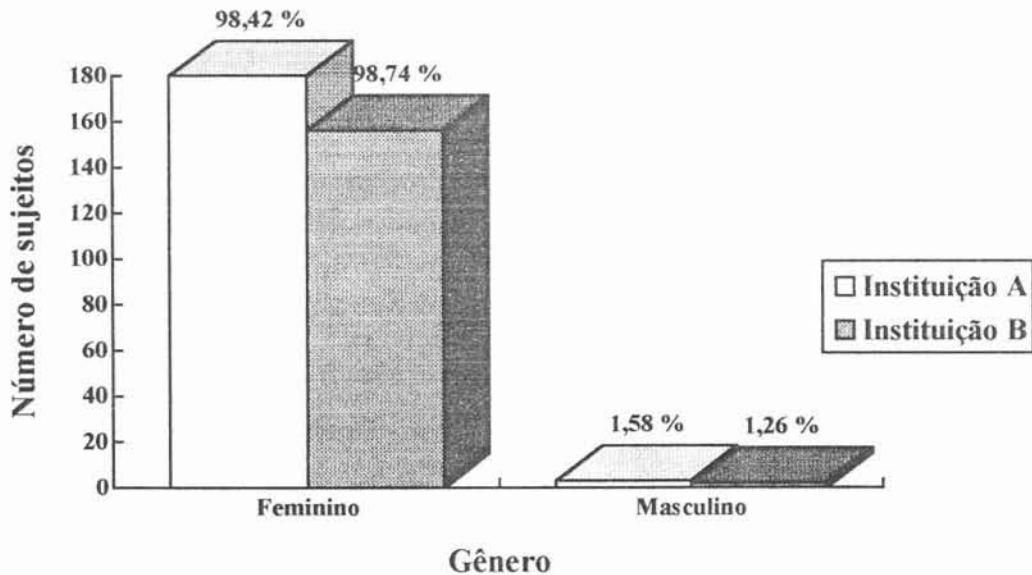
Também chama atenção o percentual de 3,27% dos enfermeiros da Instituição A que possuem idade superior a 49 anos, enquanto que na Instituição B nenhum enfermeiro encontra-se nessa faixa de idade.

Verificou-se que a grande maioria dos enfermeiros da amostra (87,70%), tem idade inferior a 40 anos, sendo que os sujeitos da instituição B são mais jovens que os da instituição A. A média de idade dos enfermeiros da amostra do estudo desenvolvido por Unicovsky (1993), foi um pouco inferior, ou seja, 80% dos respondentes tinham idade inferior à 35 anos. Também, na amostra de enfermeiros da investigação de Cabanes e Pujol (1992), 76,70% dos respondentes tem idade inferior a 35 anos. Dados semelhantes às idades dos sujeitos da Instituição B, caracterizando uma profissão com uma maioria de profissionais jovens.

5.1.2. Variável gênero

Figura 2

Distribuição dos enfermeiros por gênero, por instituição.



Quanto a variável gênero, a amostra foi composta por trezentos e trinta e seis (336) enfermeiros do gênero feminino, perfazendo 98,54% e cinco (5) pertencentes ao masculino, ou seja, três na instituição A (1,58%) e dois na B (1,26%), totalizando 1,46% da amostra das duas instituições. Unicovsky (1993) e Vieira (1993) encontraram percentuais semelhantes nas investigações que realizaram com os enfermeiros brasileiros. Também, a amostra de enfermeiros da investigação Cabanes e Pujol (1992), desenvolvida com enfermeiros espanhóis, possui 95,3% mulheres. Este fenômeno é bastante comum no Brasil, onde a enfermagem é caracterizada como uma profissão tipicamente feminina e, esse fenômeno parece reproduzir-se em outras partes do mundo.

Face ao pequeno percentual de enfermeiros do sexo masculino na presente amostra, esta variável não será considerada nas análises posteriores desta investigação.

5.1.3. Variável atividades extra laborais.

No conjunto da amostra dos dois hospitais, 80,40% dos informantes realiza afazeres domésticos. Este dado está diretamente associado ao gênero feminino, visto que nos dias atuais, ainda se reflete a reprodução do modelo societal contemporâneo, onde as lidas do lar ficavam ao encargo das mulheres. Este resultado também pode estar associado ao estado civil da amostra, onde 58,10% dos indivíduos são casados ou tem companheiro, fator que normalmente aumenta os encargos familiares e domésticos, exigindo a participação da mulher nesses afazeres. Somando-se o percentual de indivíduos que realiza atividades domésticas, aos 14,70% de indivíduos trabalham em outra instituição concomitantemente, verifica-se que a grande maioria dos enfermeiros da amostra (72,80%) realiza uma jornada dupla de trabalho, ou seja, trabalham em um turno no hospital e no outro realizam atividades domésticas ou trabalham em outro local.

Diversos autores (Freudenberger e North, 1985; Burke e Greenglass, 1989; Ross Altmaier e Russel, 1989) descrevem algumas investigações nas quais consideram que a soma da pouca idade dos trabalhadores da área das ciências humanas, com gênero feminino e a realização de afazeres domésticos, esta associada à Síndrome de Burnout, devido a multiplicidade de funções que o indivíduo necessita desenvolver simultaneamente, o que acarreta uma sobrecarga de trabalho, a qual esta associada ao Desgaste Emocional, considerado um dos primeiros sinais da Síndrome. Também Pitta (1991), em uma investigação com profissionais que trabalham em

hospital, relacionou o aumento da prevalência de sintomas psíquicos em profissionais que trabalham em hospital, ao gênero feminino, quando comparados ao masculino.

Quanto as atividades extra laborais, ler jornais e revistas é a atividade majoritária de 75,10% dos indivíduos da amostra, seguido por ver televisão (73,00%). Já as outras atividades extra laborais selecionadas, são menos praticadas entre os respondentes, onde 66,90% dos enfermeiros costuma ler livros e/ou estudar e 62,80% vai ao cinema ou teatro, representando uma amostra que se mantém relativamente atualizada sobre os acontecimentos em geral. Observando os tipos de atividades extra laborais desenvolvidas pelos enfermeiros da amostra, estes evidenciam que quanto mais simples a atividade de lazer, maior é o percentual de enfermeiros que a pratica. Já atividades um pouco mais complexas como ler livros, estudar, ir ao cinema, um número menor de indivíduos as praticam.

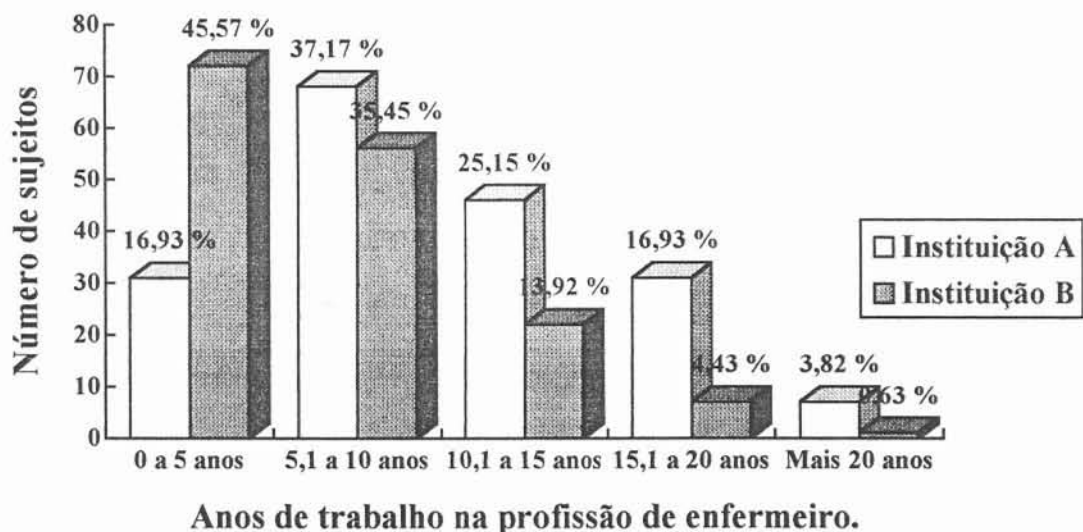
No entanto, somente 26,70% dos enfermeiros realiza algum tipo de atividade física, caracterizando o sedentarismo dos sujeitos da amostra. Este é um dado surpreendente, tratando-se de uma amostra de profissionais da área da saúde, visto o reconhecido valor que os exercícios físicos representam para a saúde do indivíduo, principalmente para os enfermeiros, considerando as tensões constantes que sofrem no trabalho cotidiano. Ivancevich e Matteson (1980) referido-se aos exercícios físicos, descrevem que os mesmos são moderadores de tensões, resultando no alívio de ansiedades e frustrações do indivíduo e, inclusive apresentam influência positiva na redução de sintomas de depressão. Outro dado que reforça a necessidade de exercícios desses profissionais, refere-se ao resultado da investigação desenvolvida por Ribera et al (1993), onde os autores concluíram que cerca de 25% dos profissionais de enfermagem da amostra

apresentavam problemas de saúde, ou grave risco de tais problemas. O contexto laboral foi considerado responsável pela determinação de alguns desses problemas, os quais decorrem principalmente, de relacionamentos interpessoais deficientes e aspectos ergonômicos. Logo, a realização regular de atividades físicas, além de sua ação sobre as tensões, ainda auxilia na prevenção de eventuais problemas ergonômicos, os quais, muitas vezes, acarretam incapacidades laborais transitórias (ILT).

5.1.4. Variável tempo que trabalha na profissão de enfermeiro.

Figura 3

Tempo que os enfermeiros trabalham na profissão, por instituição.



Os dados da Figura 3 evidenciam que os sujeitos da instituição A exercem a profissão de enfermeiro a tempo superior, aos da instituição B. A media de tempo que os indivíduos da Instituição A trabalham na profissão é de 129,716 meses (10 anos e 8 meses), enquanto que na instituição B, é de 77,253 meses (6 anos e 4 meses). A diferença entre o tempo que os

enfermeiros das duas instituições exercem a profissão é estatisticamente significativa, ou seja, com valor de $p = 0,00001$.

Analisando o tempo que os enfermeiros trabalham na profissão, verificou-se que na Instituição A, 1,08% trabalha há um ano, sendo que este percentual sobe para 6,55% que trabalham dois anos ou menos, como enfermeiros. Já na Instituição B, 17,08% tem no máximo um ano de exercício profissional, enquanto que 25,31% tem menos de dois anos, o que representa a quarta parte do quadro de enfermeiros do hospital. Esses dados estão bastante claros na Figura 3, onde um grande percentual de enfermeiros da Instituição B (81,02%), encontra-se nos dois primeiros intervalos de distribuição da frequência do tempo de trabalho, enquanto que na Instituição A, existe uma distribuição mais homogênea do tempo que os enfermeiros trabalham na profissão, apesar de 54,10% dos enfermeiros trabalharem na profissão menos de 10 anos.

Relacionando-se a idade com o tempo de formado dos enfermeiros, os dados demonstram que há uma prolongação superior a esperada, da idade que os sujeitos ingressam na profissão, ou seja, apenas 6,19% tem idade inferior a 25 anos. Este fato pode ser explicado pelo comentário de Leopardi (1994), quando a autora descreve que o pessoal de enfermagem é de origem humilde, que pertence, em geral, àqueles estratos sociais que buscam ascensão social através do terceiro grau. Logo, esses indivíduos trabalhando enquanto estudam, justifica porque concluem a graduação em enfermagem com mais idade.

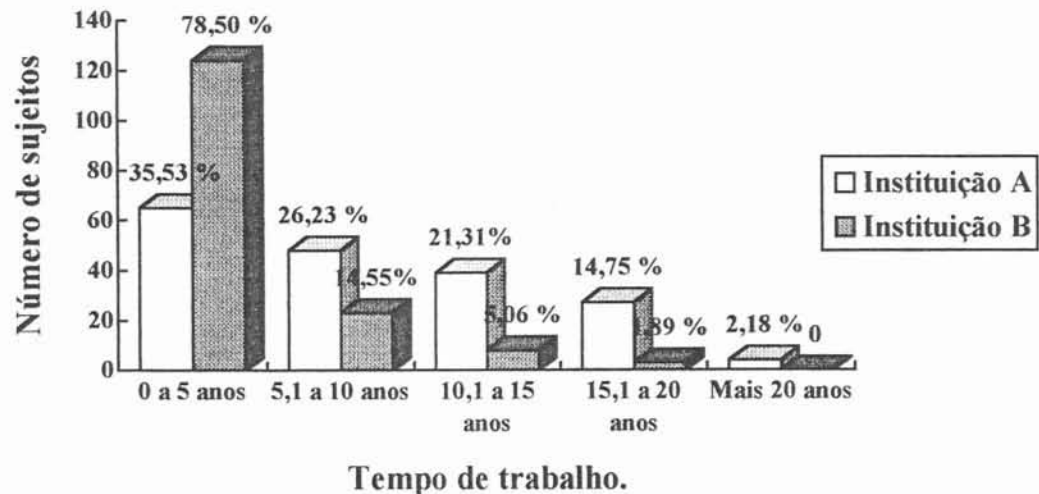
Comparando-se esses dados, à idade dos informantes, verifica-se que os profissionais da Instituição B, são mais jovens e trabalham a menos tempo na profissão, comparados aos enfermeiros da Instituição A. A pouca idade e

o pouco tempo de trabalho na profissão faz parte das variáveis pessoais que são associadas ao aparecimento da Síndrome de Burnout, porque estão relacionadas a pouca experiência dos jovens profissionais, fator que pode gerar insegurança e ansiedade.

5.1.5. Variável tempo que trabalha na Instituição.

Figura 4

Tempo que os enfermeiros trabalham nas duas instituições.



Na análise do tempo que os enfermeiros trabalham nas duas instituições, representado na Figura 4, foi verificada diferença estatisticamente significativa entre o tempo, das duas amostras, com $p=0,00001$.

A média de tempo que os enfermeiros trabalham na Instituição A é de 107,792 meses (8 anos e 9 meses), enquanto que na B é de 43,601 meses (3 anos e 6 meses). Os dados evidenciam uma prevalência de rotatividade muito alta na Instituição B, nos primeiros cinco (05) anos, a qual corresponde ao dobro da que ocorre na Instituição A. Analisando-se o percentual que trabalha menos de 1 ano nas duas instituições, verifica-se

que na Instituição A 8,19% encontra-se nessa faixa e na Instituição B o percentual se eleva para 33,54%, representando um terço do quadro total dos enfermeiros. Os dados foram cruzados com o tempo de formação profissional dos enfermeiros, onde verificou-se 52,56% dos enfermeiros com menos de dois anos de trabalho na Instituição B, são formados a menos de dois anos, o que representa 25,94% do quadro total de enfermeiros, enquanto que na Instituição A, o índice representa 6,01% dos enfermeiros. Estes dados evidenciam a Instituição B, como uma grande receptora de profissionais recém formados, os quais representam a quarta parte dos enfermeiros dessa Instituição.

Os achados dessa investigação deixam transparecer a grande rotatividade dos enfermeiros nos dois hospitais mas, principalmente na Instituição B, onde 49,36% do quadro de enfermeiros tem apenas dois anos de trabalho na instituição.

Alguns fatores que podem influenciar este resultado, ou seja, a incidência maior de enfermeiros que trabalham a mais tempo na Instituição A, é que esta caracteriza-se por ser um hospital que proporciona melhores condições de trabalho ao enfermeiro, onde a administração de enfermagem está diretamente ligada à Universidade pública e oferece algumas vantagens salariais levemente distintas, as da Instituição B.

A baixa remuneração dos profissionais da área da saúde no Brasil, é o fator de maior insatisfação dos indivíduos que trabalham nesse setor, sendo uma reivindicação constante dos enfermeiros (Vieira, 1993; Unicovski, 1993) e o segundo motivo que leva os enfermeiros a trocarem de trabalho, conforme identificado por Bianchessi, Ramos e Lautert (1994). Como na Instituição B a primeira vantagem salarial para o enfermeiro ocorre somente

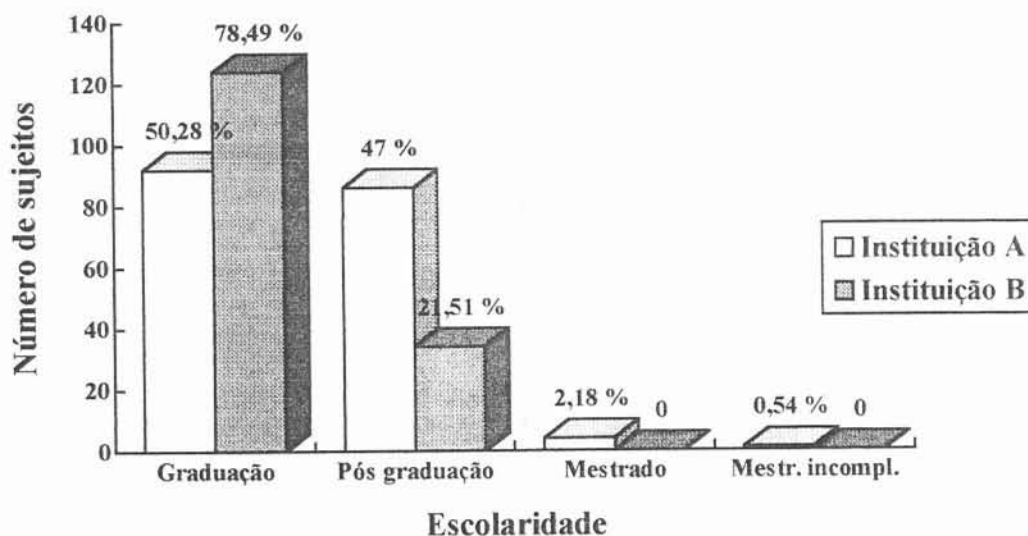
após cinco (05) anos de trabalho (quinqüênio), até então seu salário é igual ao do recém admitido, este fator pode estar relacionado a alta rotatividade do pessoal. Já na Instituição A o enfermeiro recebe vantagens salariais anuais (mérito e biênio). Outro fator relacionado a rotatividade dos enfermeiros é a idade, uma vez que na Instituição A eles são mais velhos que os da Instituição B e, conseqüentemente, mais satisfeitos e tranqüilos com o trabalho que realizam e menos vulneráveis à tensão, conforme descrevem Cherniss (1983), Kunkler e Whittick (1991) e Oehler (1991). Apesar dessas inferências, a alta rotatividade dos enfermeiros da Instituição B (49,36%, em dois anos), é um dado preocupante.

5.1.6. Variável nível de escolaridade.

De forma introdutória, cabe um breve comentário sobre os níveis de ensino em enfermagem, desenvolvidos no Brasil. Os cursos de Graduação em Enfermagem desenvolvem um ensino de enfermagem generalista. Já os cursos de Pós Graduação, com duração média de um ano, oferecem diferentes especializações dentro do âmbito da enfermagem ou em outras áreas. Os cursos de Mestrado, constituem um nível de Pós Graduação mais aprofundado, onde o enfermeiro necessita realizar uma investigação empírica para conseguir o título de Mestre e tem uma duração que varia de quatro a cinco anos.

Figura 5

Nível de escolaridade dos enfermeiros, por instituição.



Comparando o nível de escolaridade dos indivíduos da instituição A com os da instituição B, foi observada associação significativa entre o tipo de hospital e o nível de escolaridade, com valor de $p = 0,00000103$.

Analisando os dados constantes na Figura 5, pode-se verificar que 49,72% dos sujeitos da instituição A, realizaram algum curso após a graduação, enquanto que na instituição B este percentual é bem menor (21,51%). Vários fatores contribuem para esses resultados. Primeiramente, o fator tempo que trabalham na profissão, visto que 25,94% dos enfermeiros da Instituição B são graduados a menos de dois anos, o que não lhes possibilita o fator tempo para realizarem algum curso de Pós Graduação.

O tipo de seleção dos enfermeiros na Instituição A, é outro fator que influencia os resultados. Neste hospital, o enfermeiro é submetido a um concurso público e avaliação do currículo do candidato, o qual é pontuado, servindo como critério para a seleção. Já na instituição B, a seleção dos

enfermeiros é realizada de maneira mais informal, mediante o preenchimento de uma ficha de cadastro para emprego, uma prova escrita e uma entrevista. No entanto, em nenhuma das duas instituições é estimulado o aperfeiçoamento do enfermeiro para progressão na carreira, bem como, em muitas situações existe a sub utilização dos títulos acadêmicos do enfermeiro, o que é citado por Foster (1987) como um dos estressores comuns da enfermagem.

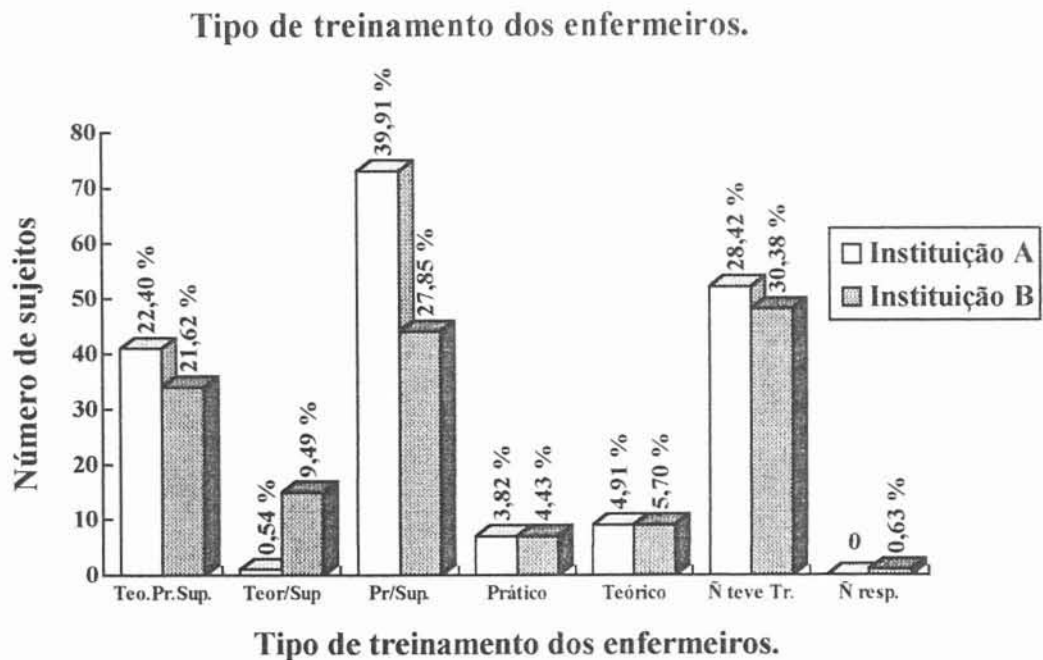
A prática da enfermagem nos hospitais brasileiros, oferece oportunidades muito limitadas para o avanço na carreira. Atualmente a única via de progresso profissional do enfermeiro ocorre quando ele deixa a assistência do paciente e assume encargos administrativos ou opta pela docência; funções essas que subtraem da assistência de enfermagem o pessoal capacitado e com experiência. Diante dessa realidade, deduz-se que os enfermeiros assistenciais que realizam pós graduação, o fazem para se auto realizarem ou pensando em sair da área assistencial. Frente à esse fenômeno pode-se pensar em uma carreira clínica para o enfermeiro dentro dos hospitais, para estimular sua carreira e conseqüente permanência dentro das instituições.

Isto posto, a medida em que o enfermeiro vai tendo oportunidades de aprimorar sua qualificação, seja através de cursos convencionais ou de treinamentos fomentados pela instituição de origem, deveriam surgir oportunidades para ascensão profissional, criando-se condições básicas para a mobilidade vertical, vinculada a ascensão em cargos administrativos como também, nos cargos técnicos ou clínicos. Considerando que a variável desenvolvimento da carreira foi associada ao Burnout por Foster (1987), este incremento influenciaria diretamente sobre sua prevenção. E essa posição é reforçada pelos resultados encontrados por Vieira (1993), a qual

identificou que os enfermeiros consideram muito importante a possibilidade de carreira dentro da instituição.

5.1.7. Variável tipo de treinamento dos enfermeiros

Figura 6



Abreviaturas usadas na Figura 6.

Teo.Pr.Sup.: Treinamento teórico- prático com supervisão de enfermagem.

Teor/Sup.: Treinamento teórico com supervisão.

Pr./Sup.: Treinamento prático com supervisão.

Ñ teve Tr.: O enfermeiro não recebeu treinamento.

Ñ resp.: O enfermeiro não respondeu essa questão.

A associação entre o tipo de treinamento recebido pelos enfermeiros da amostra e o tipo de hospital, não foi significativa. Verifica-se, na Figura 6, que 62,85% dos enfermeiros da instituição A e 58,86% da B receberam algum tipo de treinamento para trabalhar na área onde estão atuando, bem como, a respectiva supervisão de enfermagem.

Nas duas instituições e, principalmente na B, os enfermeiros são jovens e com pouco tempo de experiência profissional. Associando-se estes fatos com a alta incidência de rotatividade desses profissionais, nos dois primeiros anos de exercício profissional, reforça a idéia de que um treinamento devidamente acompanhado pudesse intervir nos resultados, pois sabe-se que o treinamento do indivíduo recém admitido é fundamental para sua integração e adaptação ao grupo de trabalho, bem como, para atender as demandas do trabalho. Outro importante fator associado, é que a falta de preparo pessoal e formação prática dos indivíduos está associado ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout por diferentes autores (Freudenberger e Richelson, 1980; Cherniss, 1983; Alvarez e Fernandez, 1991a), o que leva a reforçar a sua importância.

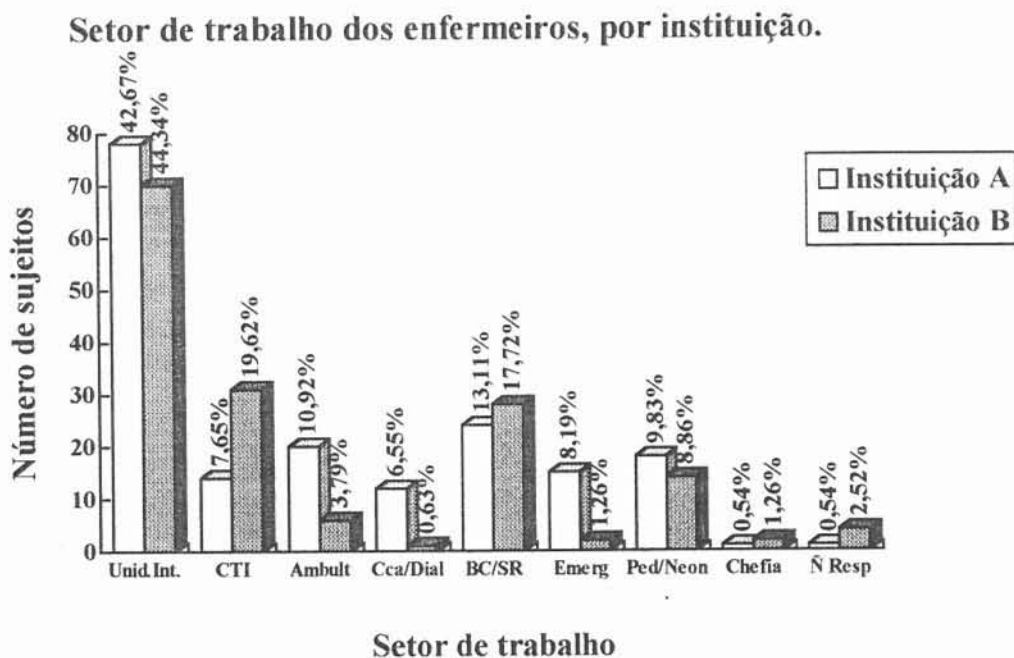
Por outro lado, um percentual representativo de enfermeiros das duas instituições, perfazendo 28,42% na Instituição A e 30,38% na B, não recebeu nenhum tipo de treinamento. Estes achados servem para reforçar a idéia de que não existe preocupação com o aperfeiçoamento dos enfermeiros nas duas instituições, como já foi comentado na Figura 5 e, considerando que as duas instituições tem caracter universitário, este é um dado bastante preocupante.

5.1.8. Variável setor de trabalho

Os dados foram agrupados primeiramente, de acordo com a instituição de origem dos sujeitos e, dentro da instituição, de acordo com o setor de trabalho dos enfermeiros, formando subgrupos. As áreas de trabalho dos dois hospitais foram divididas em oito (08) setores, para análise dos dados, as quais são descritas detalhadamente, para o melhor entendimento do que

constitui cada um dos setores. Não foi realizada a distinção entre unidades privadas e previdenciária dos dois hospitais.

Figura 7



As unidades de internação clínicas e/ou cirúrgicas de pacientes adultos, foram denominadas unidades de internação (Un.Int.). Setor no qual o atendimento de enfermagem funciona regularmente nos três turnos (manhã, tarde e noite), fins de semana e feriados. À exceção das unidades ambulatoriais, setores do ambulatório (Ambul.) e Hemodinâmica/ diálise (CCA/Dial), o restante do hospital trabalha nestes horário.

No Setor CTI, ficaram agrupadas os serviços que atendem a pacientes críticos, os Centros de Tratamento Intensivo (CTI), e de Transplante de Medula Óssea (TMO).

O Setor ambulatorio (Ambul.), ficou constituído pelas áreas de atendimento ambulatorial abertas, as quais funcionam somente em dias úteis e onde o enfermeiro não realiza plantões de final de semana, feriados ou no noturno, sendo constituída pelo ambulatório, serviço de radiologia diagnóstica e quimioterapia.

No Setor CCA/Dial, ficaram agrupadas as áreas de atendimento ambulatorial fechadas, as quais também possuem o mesmo horário de funcionamento do setor três. Fizeram parte desse setor o serviço de hemodinâmica, diálise peritoneal, hemodiálise e o Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA).

O Setor BC/SR, ficou constituído pelas áreas fechadas do Bloco Cirúrgico (BC), Sala de Recuperação pós anestésica (SR), Centro de Material e Esterilização (CME) e o Centro Obstétrico (CO). O setor emergência (Emerg.), devido a suas características particulares ficou constituindo um setor sozinho.

O setor Ped./Neo., engloba as unidades de internação pediátrica, a neonatologia e o alojamento conjunto, também conhecido como internação obstétrica.

No Setor Chefia ficaram agrupados os enfermeiros que possuem cargos de chefia de enfermagem ou gerência, juntamente com uma enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Por isso, este setor foi considerado como sendo o setor, predominantemente, de chefias.

Verifica-se na Figura 7 uma alta concentração de indivíduos da amostra que trabalham em unidades de internação clínica e cirúrgica, ou seja,

43,39% da amostra total de enfermeiros. Na verdade, esta é a maior área dentro dos hospitais e, conseqüentemente, com um número maior de profissionais. Entretanto, são bem menos os cargos de chefia nos hospitais, como esta evidenciado na amostra. Outro fator que merece destaque, é que alguns enfermeiros que atuam no setor de Diálise e Hemodiálise da Instituição B, o fazem em horário extraordinário, ou seja, em um turno de trabalho atuam em algum setor do hospital e no outro, trabalham em diálise e hemodiálise, o que explica o baixo número de respondentes. Já no setor de Emergência da Instituição B houve má distribuição dos instrumentos de coleta de dados, resultando no baixo número de respondentes. (Foram entregues quinze questionários e devolvido apenas um)

Apesar das diferentes áreas de trabalho dentro dos dois hospitais, a grande maioria dos enfermeiros escolheu a área de atuação, onde estava trabalhando quando foram coletados os dados dessa investigação, ou seja, 84,16% dos enfermeiros da instituição A e 76,59% dos enfermeiros da instituição B. O fato de escolher a área de atuação, auxilia na adaptação do indivíduo ao trabalho uma vez que lhe possibilita atuar na área de sua preferência ou na qual possui maior domínio, superando algumas dificuldades decorrentes da falta de treinamento inicial ou novidade da tarefa, as quais constituem situações potencialmente estressantes.

A partir da análise das variáveis demográficas da amostra, fica evidente que se constitui de um grupo de enfermeiras (98,54%), com idades que situam-se na faixa de 22 à 40 anos (87,70%). Logo, encontram-se na fase de constituição de famílias, fato que se observa pelo percentual de 58,10% de enfermeiras casadas e, conseqüentemente, dedicam-se a atividades relacionadas a vida em família, ou seja, realizam atividades domésticas (80,40%), lêem jornais e revistas, costumam ver televisão e dedicam-se a

algumas outras atividades extra laborais, que não incluem atividades físicas, visto que somente 26,70% das enfermeiras as realizam.

Referindo-se aos aspectos profissionais, verificam-se algumas diferenças entre as duas instituições, já que os enfermeiros que trabalham na Instituição B, caracterizam-se por ser um grupo mais jovem, com idades que variam de 22 à 31 anos, estão formados a menos de seis anos (56,32%) e ainda não realizaram cursos de pós graduação, visto que 78,49%, possui somente o curso de graduação. Por outro lado, reflete-se na Instituição B uma alta taxa de rotatividade, visto que 78,50% dos enfermeiros trabalham a menos de cinco anos na instituição.

Na Instituição A os enfermeiros são um pouco mais velhos, com idade na faixa de 31 à 40 anos (54,66%), logo estão graduados a mais tempo, visto que somente 25,68% está graduado a menos de seis anos e 49,72% já realizou algum curso de pós graduação. A taxa de enfermeiros que possuem menos de cinco anos de trabalho é de 35,53%, ou seja, menos da metade do percentual da Instituição B.

Esta é uma amostra bastante propícia para uma investigação sobre a Síndrome de Burnout, visto que apresenta algumas das variáveis que são relacionadas ao Burnout, por diferentes autores, quais sejam: a idade jovem (Cherniss, 1983; Ross, Altmaier e Russel, 1989; Kunkler e Whittick, 1991; Oehler, 1991), o gênero predominantemente feminino (Freudenberger e North, 1985; Greenglass, Pantony e Burke, 1988; Burke e Greenglass, 1989), um percentual significativo de indivíduos casados (Ross, Altmaier e Russel, 1989), uma parcela de enfermeiros graduados a pouco tempo e, conseqüentemente, trabalhando pouco tempo nas instituições (Freudenberger e Richelson, 1980; Cherniss, 1983; Alvarez e Fernandez,

1991a) e, por fim, desenvolvem funções de responsabilidade sobre pessoas, ou seja, tanto de pacientes sob seus cuidados, como dos trabalhadores subordinados a sua chefia (Ross, Altmaier e Russel, 1989; Peiró, 1992).

5.2. TESTES PSICOMÉTRICOS DO INVENTÁRIO DE BURNOUT E DA ESCALA DE VARIÁVEIS DO CONTEXTO DE TRABALHO.

A fim de determinar a fiabilidade das escalas utilizadas na presente investigação (Inventário de Burnout e Variáveis de Contexto), elas foram submetidas a uma prova de fiabilidade, de cada uma de suas sub escalas e, suas questões, submetidas a Análise Fatorial. Para tanto, utilizou-se o programa estatístico Stat View 512+ e as recomendações de Santisteban (1990) e Martín e Delgado (1993) para sua interpretação.

5.2.1. Teste de fiabilidade do Inventário de Burnout

Considerando que a fiabilidade reflete a precisão de um teste, como instrumento de medida, no um primeiro momento dessa investigação, cada uma das sub escalas do Inventário de Burnout, foi submetida, separadamente, ao teste de fiabilidade Alfa (α) de Cronbach, a fim de obter o índice de consistência interna das pontuações, como está recomendado por Santisteban (1990, p.403).

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \frac{\sum_{i=1}^n \sigma^2_{x_i}}{\sigma^2_x}$$

Gil e Schaufeli (1991) realizaram um estudo comparativo entre o Burnout de enfermeiras espanholas e holandesas, no qual também realizaram a validação interna do Inventário, através do Teste Alfa (α) de

Cronbach, cujos resultados estão apresentados no Quadro 1, juntamente com os encontrados por Oehler (1991), ao aplicar o Inventário de Burnout a enfermeiras americanas que trabalham em Neonatologia.

Quadro 1

Fiabilidade do teste Inventário de Burnout.

Teste α de Cronbach

Sub escalas	Brasil	Espanha	Holanda	USA
Exhaust.Emocional	0,86	0,89	0,90	0,90
Despersonalização	0,69	0,63	0,66	0,79
Incompetência	0,76	0,80	0,82	0,71

Escores semelhantes foram encontrados por Alvarez e Fernandez (1991b) quando traduziram o Inventário de Burnout para o espanhol e o aplicaram a professores. Através da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach, os autores (id. 1991b) obtiveram uma consistência interna de 0,90 para a sub escala de Desgaste Emocional; 0,78 para a de Despersonalização e de 0,71 para a de Incompetência. Fimian e Blanton (1986) utilizando o Inventário para professores recém formados, obtiveram uma fiabilidade de 0,86 em Desgaste Emocional, 0,67 em Despersonalização e 0,75 em Incompetência, no Teste α de Cronbach.

A sub escala Desgaste Emocional tem uma Fiabilidade mais alta, comparada com as demais sub escalas do teste, independentemente do idioma ao qual é traduzida, ou população a que é aplicada. Com relação a sub escala de Despersonalização, ocorre o inverso, ou seja, tem uma Fiabilidade baixa nas diferentes investigações, exceto quando aplicada a enfermeiros norte americanos, no idioma original em que a escala foi criada.

Já a Fiabilidade da sub escala de Incompetência é mais alta em outros idiomas, que no original, como se verifica no Quadro 1. Com esse comentário ressalta-se a importância que pode ter, a efeito de qualidade psicométrica de uma técnica, sua tradução para outro idioma, sendo aconselhado sempre uma adaptação e ajuste do conteúdo dos itens, a nova língua.

A partir desses resultados pode-se pensar que a sub escala de Despersonalização possui algum fator interno que influencia sua baixa Fiabilidade, visto que este fato repete-se nas diferentes investigações.

Santisteban (1990) referindo-se a interpretação dos níveis de fiabilidade, considera que entre a fiabilidade perfeita, com valor de $r_{xx'} = 1$, e a ausência de fiabilidade, podem ser consideradas categorias intermediárias tais como: pouco fiável, moderadamente fiável e altamente fiável. A autora (id. 1990, p.51) segue exemplificando que "*un test de fiabilidad moderada podría tener asociado un coeficiente de fiabilidad con valor $r_{xx'} = 0,62$, por exemplo, u otro similar*". A partir dessa ótica e dos resultados encontrados na presente investigação, pode-se dizer que cada uma das sub escalas do Inventário de Burnout, tem uma fiabilidade interna de moderada a alta, podendo ser utilizadas em outros estudos, com enfermeiros brasileiros.

A fiabilidade de um teste não depende unicamente das características próprias do teste, como também depende da amostra de sujeitos utilizados para calculá-las. Um dos aspectos da amostra que influi na Fiabilidade é o coeficiente de variabilidade. Assim, decidiu-se calcular o coeficiente de variabilidade das sub escalas do Inventário de Burnout.

Assim, no Quadro 2, são apresentados os coeficientes de variabilidade entre as sub escalas do MBI, qual seja, *“la diferencia entre la cifra mayor y la menor, de um conjunto de medidas”* (Kerlinger, 1975, p.103)

Quadro 2

Coeficiente de variabilidade dos resultados das sub escalas do Inventário de Burnout, por instituição.

INSTITUIÇÃO SUB ESCALAS	A	B	A + B
Despersonalização	79,41%	67,25%	74,28%
Desgaste Em.	38,66%	45,09%	41,62%
Incompetência	16,51%	18,59%	17,48%

Nos coeficientes apresentados no Quadro 2, observa-se maior dispersão nos resultados da sub escala de Despersonalização da Instituição A, enquanto que na Instituição B houve maior dispersão nas sub escalas de Desgaste Emocional e Incompetência, comparando os coeficientes das duas instituições. Essa dispersão, bastante superior dos resultados da sub escala de Despersonalização, pode ter exercido influência sobre os índices de Fiabilidade dessa sub escala, comparada com as outras duas, nas quais os coeficientes de variabilidade não foram tão dispersos e os índices de fiabilidade superiores. Cabe lembrar que das três sub escalas, a de Despersonalização é a que possui o menor número de questões.

5.2.2. Análise Fatorial das questões do Inventário de Burnout - Validez de Construto.

A partir dos achados nos teste de Fiabilidade, foi efetuada a Análise Fatorial do Inventário de Burnout em sua íntegra, confrontando cada uma das questões com as demais, a fim de comprovar a pertinência de cada item em sua respectiva sub escala.

Seguindo a orientação de Martín e Delgado (1993, p. 139), a presente Análise Fatorial foi realizada com a finalidade de resumir a informação contida na matriz de dados, *“reduciéndola a un numero menor de factores representativos de ellas; de modo que todas las variables, relacionadas entre sí, saturen un mesmo factor”*

Quadro 3

Valores próprios e variância proporcional dos fatores do Inventário de Burnout.

Fatores representativos	Magnitude	Variância proporcional
Fator 1	5,823	0,265
Fator 2	2,802	0,127
Fator 3	1,616	0,073
Fator 4	1,265	0,057

Após a preparação dos dados e obtenção de correlações e análise das mesmas, foram extraídos os fatores representativos e realizada sua rotação através do método Varimax com sistema de rotação ortogonal, conforme recomendam Martín e Delgado (1993), para este tipo de dados. Segundo as autoras (id. 1993) o método de rotação ortogonal, conserva os ângulos retos dos eixos das coordenadas, de modo que os fatores (Desgaste Emocional, Despersonalização e Incompetência) permaneçam não correlacionados entre si, enquanto que o Varimax, tende a minimizar o número de variáveis com saturações altas em um fator.

Através da Análise Fatorial dos dados do Inventário de Burnout, foram encontrados dez (10) fatores ao todo, sendo apenas quatro relevantes, com valor próprio superior a um (1), como recomendam Martín e Delgado

(1993, p. 143) quando afirmam que *“sólo los factores con valor próprio superior a uno recogen una proporción de varianza relevante”*.

No Quadro 3 aparecem descritos os valores próprios dos dados e a variância proporcional de cada um, sendo que o Fator 1 destacou-se como o mais representativo, explicando 26,5% da variância total do teste, enquanto que os quatro (4) fatores somados representam 52,2%. Os demais fatores tiveram pontuações irrelevantes na Análise Fatorial e foram desconsiderados.

Para interpretar os quatro fatores representativos, extraídos através da Análise Fatorial, é necessário que se verifique quais as questões que compõem cada um desses fatores. Desse modo, no Quadro 4 estão apresentados os quatro principais fatores extraídos através da Análise Fatorial e as respectivas pontuações de cada uma das questões.

Quadro 4

Procedimento Varimax com rotação ortogonal das questões do Inventário de Burnout, nos quatro fatores representativos da Análise Fatorial.

Questões	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Questão 1	0,757	-0,23	0,278	-0,085
Questão 2	0,737	0,089	-0,036	0,047
Questão 3	0,758	0,013	-0,022	0,163
Questão 4	-0,021	0,197	0,012	-0,138
Questão 5	0,313	-0,214	0,490	0,389
Questão 6	0,288	-0,099	0,175	0,182
Questão 7	-0,034	0,333	-0,112	0,037
Questão 8	0,621	-0,155	0,257	0,007
Questão 9	0,029	0,775	-0,052	0,031

Questão 10	0,025	0,011	0,841	0,132
Questão 11	0,133	0,010	0,834	0,021
Questão 12	-0,186	0,721	-0,092	0,054
Questão 13	0,609	-0,284	0,341	-0,085
Questão 14	0,279	0,064	0,090	0,053
Questão 15	-0,026	-0,090	0,156	0,878
Questão 16	0,211	-0,103	0,228	-0,009
Questão 17	-0,052	0,687	0,030	-0,132
Questão 18	-0,064	0,564	-0,016	-0,360
Questão 19	-0,190	0,559	0,004	-0,233
Questão 20	0,341	-0,119	0,169	0,038
Questão 21	-0,046	0,211	-0,110	0,037
Questão 22	0,164	-0,039	0,236	0,037

Para análise dos valores apresentados no Quadro 4, foram consideradas as recomendações de Martín e Delgado (1993, p.143), as quais sugerem que *“deben eliminarse as saturaciones bajas ($\leq 0,25$), de modo que cada factor sólo recoja los items con saturaciones relevantes”*.

Quando se trabalha com sentimentos e atitudes, a investigação pode ficar contaminada pelos fatores subjetivos, racionalizações e desinteresse dos informantes, o que ocasiona respostas ambíguas e resulta em erro. Associado a esse fato, Kerlinger (1980, p.154) também descreve que *“os itens individuais são muito menos fidedignos que os testes inteiros”*, por isso as questões pertencentes ao Inventário de Burnout, foram consideradas dentro dos conjuntos extraídos pela Análise Fatorial, formando sub escalas e, as questões que obtiveram altas pontuações mas encontravam-se isoladas, foram desconsideradas.

Verifica-se no Fator 1, apresentado no Quadro 4, uma saturação alta nas questões 1 (0,757), 2 (0,737), 3 (0,758), 8 (0,621) e 13 (0,609) e uma um

pouco mais baixa, porém relevante, nas questões 6 (0,288), 14 (0,279) e 20 (0,341). Constata-se que todas essas questões pertencem a sub escala de Desgaste Emocional, a qual destacou-se como a mais representativa, entre as sub escalas do Inventário de Burnout, visto que a variância proporcional desse fator representa 26,5% da variância total do teste. O item 16 (0,211), que também pertence a sub escala de Desgaste , possui uma saturação irrelevante neste fator, sendo necessário que seja revisada quanto a adequação de sua tradução a língua portuguesa (Brasil) a fim de melhorar a Fiabilidade dessa sub escala, a qual foi de 0,86. No entanto, cabe lembrar que a fiabilidade de 0,86, é considerada de moderada a alta, supondo isso, que a sub escala esta adequada para ser utilizada na versão brasileira, pois supera os requisitos de Fiabilidade exigidos de uma prova.

No Fator 2 encontram-se agrupadas as questões 9 (0,775), 12 (0,721), 17 (0,687), 18 (0,564) e 19 (0,559) com saturações altas e a questão 7 (0,333), com um valor mais baixo, porém relevante. Estas questões referem-se a sub escala de Incompetência do Inventário de Burnout, da qual constam também as questões 4 (0,197) e 21 (0,211), que obtiveram um saturação pouco relevante nesse fator. Os baixos valores das questões 4 e 21 pode ser que expliquem a fiabilidade com valores médios desta sub escala, comparada com a de Desgaste Emocional, ou seja, de 0,76. Portanto, também essas questões (4 e 21), devem ser revistas quanto a sua tradução e adequação ao português, a fim de melhorar a Fiabilidade. Do mesmo modo que na sub escala anterior, apesar de ser recomendada a revisão de duas questões, essa sub escala cumpre os requisitos mínimos de Fiabilidade

No Fator 3 estão agrupadas as questões referentes a sub escala de Despersonalização, ou seja, as questões 5 (0,490), 10 (0,841) e 11 (0,834) com saturações altas, enquanto que as 15 (0,156) e 22 (0,236) obtiveram

saturações irrelevantes. Considerando que esta sub escala esta composta por apenas cinco (05) questões e que duas não obtiveram uma saturação relevante, pode-se ponderar que este dado tenha influenciado diretamente sobre a fiabilidade mais baixa (0,69) desta sub escala, em relação as outras duas. Por outro lado, como já foi comentado anteriormente, essa sub escala tem tido baixa Fiabilidade em diferentes investigações, o que pode ser devido a problemas próprios dessa sub escala. Entretanto, 0,69 é considerada uma Fiabilidade moderada, segundo Santisteban (1990).

No Fator 4, o item quase único e com grande peso fatorial que aparece é o 15 (0,878), o qual deveria estar incluída no Fator 3. Como essa questão não aparece com alta correlação no fator de Despersonalização, pode entender-se que isso explica seu isolamento no Fator 4. Esse fato também pode ter influenciado o baixo índice de Fiabilidade do Fator 3.

Considera-se que não é válido nomear um quarto Fator, composto por somente uma questão. Por isso, recomenda-se que esta questão seja revisada na sua tradução e adequada, a fim de vir a constituir a sub escala de Despersonalização, bem como, possa vir a melhorar a sua Fiabilidade.

Analisando a saturação da totalidade dos itens cada uma das sub escalas do Inventário de Burnout, verifica-se que a maioria das questões, com exceção das de número 4, 15, 16, 21 e 22, obtiveram saturações relevantes entre os primeiros três fatores extraídos através da Análise Fatorial e ficaram agrupadas dentro das respectivas sub escalas, as quais apareceram na fatorização inicial realizada pelos autores do teste (Maslach e Jackson). Portanto, recomenda-se a reformulação das questões 4 e 15, visto sua baixa correlação na Análise Fatorial. Quanto as questões 16, 21 e 22, sugere-se

que sejam adequadas a língua portuguesa, a fim de melhorar a fiabilidade do Inventário, ao ser aplicado a enfermeiros brasileiros.

Considerando os achados da Análise Fatorial e o grau de Fiabilidade das sub escalas do Inventário de Burnout, ratifica-se a afirmação inicial de que o presente teste, tal como se apresenta, tem assegurada a fiabilidade necessária para medir o Burnout de enfermeiros brasileiros, podendo, no entanto, ser melhorado em sua tradução e conseqüente, adequação.

5.2.3. Teste de Fiabilidade das Variáveis de Contexto.

Os mesmos procedimentos estatísticos realizados com as sub escalas e questões do Inventário de Burnout, foram realizados com cada uma das sub escalas e questões das Variáveis de Contexto, ou seja, as seis sub escalas foram submetidas, separadamente, ao teste de Fiabilidade Alfa (α) de Cronbach a fim de obter o índice de consistência interna das pontuações obtidas e, após, os itens das sub escalas foram submetidos a Análise Fatorial, a fim de extrair os fatores representativos.

Quadro 5

α : Fiabilidade inicial da escala de Variáveis de Contexto, aplicada a enfermeiros.

Sub escalas - Variáveis de Contexto	Fiabilidade α de Cronbach
Ambigüidade de funções	0.680
Estrutura organizacional	0.560
Sobrecarga de trabalho quantitativa	0.710
Sobrecarga de trabalho qualitativa	0.610
Desenvolvimento da carreira	0.730
Relações interpessoais	0.770

Considerando que a Fiabilidade de um teste é definida como o valor relativo da pontuação verdadeira, em relação a pontuação observada, a fim de refletir a precisão do teste, ao analisar o Quadro 5, verifica-se uma Fiabilidade acima de 0,56 em todas as sub escalas. Santisteban (1990) descreve que testes com fiabilidade de 0,50 são empregados em certos estudos, no entanto a fiabilidade $\geq 0,60$ é a mais preconizada e aceita universalmente entre os investigadores. Assim, pode-se considerar que a sub escala de Estrutura Organizacional tem uma Fiabilidade baixa (0,560), enquanto que as demais tem uma Fiabilidade moderada, com tendência para alta.

É bem possível que os índices de Fiabilidade, em geral baixos, dessas seis sub escalas, sejam decorrentes do fato de que esta, é uma escala que está sendo elaborada e este constitui-se de um primeiro teste piloto da mesma, necessitando portanto, ser aprimorada, visto tratar-se de um teste inicial. No entanto, com excessão da sub escala de Estrutura Organizacional, as outras cinco apresentam coeficientes de fiabilidade utilizados em algumas análises. Sobre este tema Santisteban (1990, p.102) descreve que *“se debe exigir a los tests una mayor precisión cuando éstos vayan dirigidos a la realización de pronósticos individuales que cuando se destinen a realizar pronósticos colectivos”*. Logo, o que determina que um coeficiente seja utilizado ou não em uma análise, são os objetivos programados, aos quais o teste deve servir.

Duas causas importantes que podem ter afetado a baixa Fiabilidade. Em primeiro lugar o fator de variabilidade da amostra, a qual pode ser investigada em futuros estudos a fim de melhorar esses índices e, em segundo lugar, o tamanho do teste, visto que cada uma das sub escalas está composta por apenas cinco itens, o que é considerado pouco, visto que

quanto mais itens medem um mesmo fator, maior a fiabilidade desse fator. Comparando essas sub escalas com as do Inventário de Burnout, verifica-se que o Burnout, cuja escala esta otimizada, é composto, em média, por sete questões em cada sub escala, sendo a de Despersonalização menor e, conseqüentemente, obteve menor índice de Fiabilidade.

5.2.4. Análise Fatorial das questões do teste Variáveis de Contexto.

Quadro 6

Valores próprios e variância proporcional dos fatores relevantes das Variáveis de Contexto, extraídos através da Análise Fatorial.

Fatores relevantes	Magnitude	Variância proporcional
Fator 1	8,612	0,287
Fator 2	2,127	0,071
Fator 3	1,424	0,047
Fator 4	1,347	0,045
Fator 5	1,260	0,042
Fator 6	1,147	0,038
Fator 7	1,031	0,034
Fator 8	1,011	0,034

A partir dos achados nos teste de Fiabilidade, foi efetuada a Análise Fatorial do teste das Variáveis de Contexto em sua íntegra, confrontando cada uma das questões com as demais, semelhante ao realizado com o Inventário de Burnout.

O teste de esfericidade de Bartlett aplicado as questões que compõem as Variáveis de Contexto, resultou um Chi Square (χ^2): 3609,328 e $p = 0,0001$, contrastando "*estadísticamente la interrelación entre las variables*" do teste. (Martín e Delgado, 1993, p.142)

Na discussão do Quadro 6 foram considerados os fatores com valor ≥ 1 , os quais totalizaram oito (08) fatores representativos, para as questões das Variáveis de Contexto. O Fator 1 é bastante relevante, visto que sozinho representa 28,7% da variância total do teste, enquanto que os primeiros seis (06) fatores somados, representam 53% e os oito fatores representativos, constituem 59,8%. Esses dados foram obtidos através do procedimento Varimax com rotação ortogonal.

Quadro 7

Procedimento Varimax com rotação ortogonal das questões das Variáveis de Contexto, nos oito fatores representativos da Análise Fatorial.

Questão	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8
Q. 23	0,119	0,070	0,073	0,168	0,130	0,151	0,140	0,065
Q. 24	0,177	0,150	0,102	0,007	-0,010	0,793	-0,006	0,099
Q. 25	0,020	0,109	0,108	0,043	0,870	-0,015	-0,024	0,099
Q. 26	0,156	0,325	0,074	0,119	0,046	0,113	0,079	0,058
Q. 27	0,633	-0,033	0,001	0,146	0,190	0,204	0,104	0,040
Q. 28	0,164	0,102	0,861	0,123	0,046	0,095	0,139	0,019
Q. 29	0,160	0,183	0,115	0,533	0,277	0,088	0,019	0,114
Q. 30	0,140	0,487	0,222	0,205	0,188	0,382	0,072	0,085
Q. 31	0,093	0,157	0,045	0,053	0,298	0,106	0,037	-0,044
Q. 32	-0,011	0,082	0,066	0,095	-0,016	0,102	-0,076	0,261
Q. 33	0,815	0,088	0,155	-0,037	0,026	0,095	0,067	-0,014
Q. 34	0,042	0,151	0,215	0,233	-0,026	0,576	0,277	-0,092
Q. 35	0,159	0,244	0,058	0,201	-0,011	0,044	0,075	0,189
Q. 36	0,170	0,139	0,260	0,373	-0,071	-0,050	0,139	0,290
Q. 37	0,052	0,770	0,103	0,163	-0,047	0,106	0,045	0,030

Q. 38	0,153	0,257	0,253	-0,008	-0,002	-0,050	0,053	0,024
Q. 39	0,653	0,146	0,169	0,397	-0,094	-0,073	0,178	-0,020
Q. 40	0,049	0,108	0,873	0,088	0,093	0,128	0,132	0,066
Q. 41	0,258	0,202	0,255	0,575	-0,122	0,075	-0,037	-0,035
Q. 42	0,292	0,207	0,238	0,385	-0,184	0,215	-0,015	0,226
Q. 43	0,108	0,751	0,113	0,008	0,185	0,077	0,095	0,131
Q. 44	0,101	0,248	0,188	0,140	-0,198	-0,124	-0,124	0,275
Q. 45	0,552	0,125	0,002	0,249	-0,098	0,209	0,283	0,084
Q. 46	0,191	0,140	0,274	0,278	0,128	0,190	0,231	0,008
Q. 47	0,096	-0,026	0,044	0,782	0,082	0,079	0,201	0,004
Q. 48	0,063	0,150	0,075	0,042	0,189	0,258	0,112	-0,077
Q. 49	0,045	0,532	0,036	-0,106	0,066	0,185	0,282	0,076
Q. 50	-0,001	0,122	0,050	0,018	0,122	0,061	0,105	0,866
Q. 51	0,193	0,021	0,056	0,223	-0,064	0,038	0,743	0,166
Q. 52	0,130	0,186	0,282	0,001	0,047	0,080	0,730	-0,028

Neste quadro aparecem as questões 22 à 53, visto que o teste sobre as Variáveis de Contexto aparece seguido ao Inventário de Burnout, no questionário usado como instrumento dessa investigação (Anexo B).

O resultado através da Análise Fatorial é altamente eficaz porque cada informação proporciona informações sobre todos os fatores incluídos do teste e as relações ou inter relações entre todos os itens. Desse modo, foram analisadas as correlações de cada uma das trinta (30) questões, relativas as Variáveis de Contexto, contidas entre os oito fatores relevantes, extraídos através da Análise Fatorial.

Observando o Quadro 7, verifica-se que dentro do Fator 1 encontram-se agrupadas as questões: 27 (0,633), 33 (0,815), 39 (0,653) e 45 (0,552). Estas quatro questões pertenciam a Variável de Contexto, que a autora denominou Desenvolvimento da Carreira, na construção inicial do teste. Somente um dos itens originalmente criados para essa dimensão, resultou não significativo (Q51), pelo que se aconselha que seja excluído da escala ou modificada sua redação. Visto que após a Análise Fatorial quatro questões relativas ao Desenvolvimento da Carreira continuam agrupadas e com um valor significativo na variância proporcional (28,7%), este fator foi considerado significativo para medir a percepção dos enfermeiros sobre o Desenvolvimento da Carreira, considerando que é o fator com a mais alta Fiabilidade, nesse estudo.

No Fator 2 da Análise Fatorial, ficaram agrupadas as questões 26 (0,325), 30 (0,487), 37 (0,770), 43 (0,751) e 49 (0,532). As questões 37, 43 e 49, as quais obtiveram as maiores pontuações dentro do Fator 2, pertenciam, originalmente, a sub escala denominada Sobrecarga de Trabalho - Quantitativa, entre as Variáveis de Contexto. Juntamente com essas questões ficaram agrupadas as questões 26, pertencente a Sobrecarga Qualitativa de Trabalho, e 30 da Estrutura Organizacional, com pontuações um pouco mais baixas, no entanto significativas. Analisando o conteúdo dessas questões, optou-se por deixá-las agrupadas a fim de constituírem a sub escala Carga de Trabalho, como uma Variável de Contexto, visto que na Variância proporcional, esse é o segundo fator mais representativo, com 0,071% de variância proporcional. A escolha do nome dessa sub escala, deve-se as características dos itens que a compõem, visto que envolve questões positivas e negativas.

No Fator 3 ficaram agrupadas duas questões com saturações altamente relevantes, ou seja, as questões 28 (0,861) e 40 (0,873), ambas referentes a sub escala de Relações Interpessoais. Juntamente ficaram agrupadas as questões 46 (0,274) e 52 (0,282) com saturações baixas, no entanto relevantes, segundo Martín e Delgado (1993). Logo, a sub escala Relações Interpessoais, foi considerada como uma Variável de Contexto relevante na presente investigação, com uma variância proporcional de 0,047%.

No Fator 4 ficaram agrupadas as questões 29 (0,533), 36 (0,373), 41 (0,575), 42 (0,385) e 47 (0,782). As questões 29, 41 e 47, com saturações altas na Análise Fatorial, pertenciam, originariamente a sub escala de Ambigüidade de Funções das Variáveis de Contexto, enquanto que as questões 36 e 42, pertenciam a sub escala de Estrutura Organizacional. Analisando o conteúdo de todas essas questões, optou-se por deixá-las agrupadas formando a sub escala de Ambigüidade de Funções, das Variáveis de Contexto, com variância proporcional de 0,045%.

Nenhum dos demais fatores foi composto por mais de dois itens significativos, que os possibilitasse explicar os conteúdos que saturam, visto que esses fatores tem variância proporcional $\leq 0,042\%$. Entende-se que em cada um desses fatores configuram itens isolados, os quais não conseguiram formar parte do fator para o qual o conteúdo foi redigido. No entanto, tendo em consideração que não se recomendam esses resultados, poderia dizer-se que o Fator 5 refere-se à percepção de sobrecarga de trabalho, o Fator 6 sobre a Estrutura Organizacional, o Fator 7 a percepção do trabalho e o Fator 8 a percepção sobre a capacidade profissional.

Uma vez revisados os resultados que se apresentaram na Análise Fatorial, insiste-se em que esta é uma análise exploratória de adequação da

escala às variáveis que se pretende medir. Não obstante de haver partido de um pequeno número de itens e tratar-se da primeira avaliação da escala, apareceram delimitados claramente quatro sub escalas que foram denominadas de Desenvolvimento da Carreira (Fator 1), Carga de Trabalho (Fator 2), Relações Interpessoais (Fator 3) e Ambigüidade de Funções (Fator 4).

A fatorização da escala aporta quatro fatores mais, porém em si mesmos pouco explicativos, sobre os quais se voltará a trabalhar uma vez que se modifique a redação dos itens e se aumente o número desses. Será necessário também aplicar a escala modificada a uma amostra de enfermeiros, a fim de verificar sua consistência interna, bem como, reavaliá-la quanto a sua fiabilidade, tendo em conta os resultados da Análise Fatorial.

Considerando que as quatro Variáveis de Contexto extraídas a partir da Análise Fatorial, ficaram modificadas na sua estrutura interna, optou-se pelo calculo de uma nova fiabilidade, a fim de comprovar a precisão de cada sub escala como prova de medida.

Quadro 8

Fiabilidade escala de Variáveis de Contexto, após Analise Fatorial.

Sub escalas - Variáveis de Contexto	Fiabilidade α de Cronbach
Desenvolvimento da Carreira	0,73
Carga de trabalho	0,77
Relações Interpessoais	0,77
Ambigüidade de Funções	0,77

Comparando o novo índice de Fiabilidade sobre a base dos itens apreciados em cada um dos fatores da Análise Fatorial das Variáveis de

Contexto, com a fiabilidade anterior, apresentada no Quadro 5, observa-se uma melhora significativa nesse teste, ou seja, a sub escala Desenvolvimento da Carreira tinha uma Fiabilidade inicial de 0,73 e após a prova da Análise Fatorial seguiu com o mesmo valor, o mesmo ocorrendo com a de Relações Interpessoais com fiabilidade de 0,77. No entanto, a sub escala Sobrecarga de Trabalho (agora denominada Carga de trabalho), passou de 0,71 para 0,77 e os itens da sub escala Ambigüidade de Funções (0,68) que, juntamente com os da sub escala de Estrutura Organizacional (0,56), formaram a sub escala Ambigüidade de Funções, a qual obteve uma Fiabilidade de 0,77.

Assim pode-se inferir que a escala definitiva de Variáveis de Contexto proposta após a Análise Fatorial de seus itens, alcançou uma maior precisão para medir a percepção dos enfermeiros a cerca das quatro variáveis que compõem o ambiente onde trabalham.

Ao concluir a presente análise psicométrica dos testes utilizados nessa investigação (Inventário de Burnout e Variáveis de Contexto), cabe ressaltar que a Fiabilidade de ambos, tal como se apresentam na proposta original, reflete a precisão desses instrumentos, tanto para medir o Burnout dos enfermeiros, quanto sua percepção sobre algumas Variáveis do Contexto.

Porém, tratando-se de dois instrumentos cuja aplicação a enfermeiros brasileiros foi realizada pela primeira vez, fez-se necessário a realização da Análise fatorial dos itens que compõem essas duas escalas, como elementos a serem considerados em investigações posteriores. Isto posto, o Inventário de Burnout foi submetido a Análise fatorial de suas questões, a fim de verificar a adequação de sua tradução para a língua portuguesa, o que

resultou positivo, visto que a grande maioria de suas questões foram agrupadas em suas respectivas sub escalas, com valores representativos.

Já o teste de Variáveis de Contexto, por tratar-se de uma proposta nova, necessariamente exigiu a realização da Análise fatorial de suas questões. Assim foram extraídas quatro Variáveis de Contexto, com valores representativos, para serem usadas com enfermeiras brasileiras em futuras investigações.

Não obstante, volta-se a recomendar a necessidade de continuar a trabalhar com a escala de Variáveis de Contexto, aplicando-a a outras amostras amplas, com o fim de incrementar sua precisão e validade psicométrica.

5.3. ESCORES DO INVENTÁRIO DE BURNOUT

A partir dos resultados psicométricos, os quais comprovam a relativa Fiabilidade e Validez dos instrumentos utilizados para avaliar a amostra selecionada, a continuação, inicia-se o estudo pormenorizado dos resultados, obtidos através do Inventário de Burnout, através da exposição dos escores de cada uma das diferentes sub escalas. Nessa análise, as variáveis que definem o Maslach Burnout Inventory, são considerados independentes, como preconizam seus autores.

5.3.1. Médias do Inventário de Burnout

Quadro 9

Médias dos escores das sub escalas do Inventário de Burnout, por instituição.

INSTITUIÇÃO	A	DESVIO	B	DESVIO	t Student
SUB ESCALAS	MÉDIAS	PADRÃO	MÉDIAS	PADRÃO	Valor de p
Despersonaliz.	4,58	3,63	4,57	3,07	0,97
Desgaste Em.	14,15	5,47	13,62	6,14	0,59
Incompetência	24,69	4,07	24,98	4,64	0,55

Os escores encontrados no Inventário de Burnout foram tabulados por instituição e por sub escala (Desgaste Emocional, Despersonalização e Incompetência). Primeiramente, foi realizada a associação entre os escores de cada uma das sub escalas do Inventário de Burnout e as instituições da amostra, onde não foi encontrada diferença estatisticamente significativa,

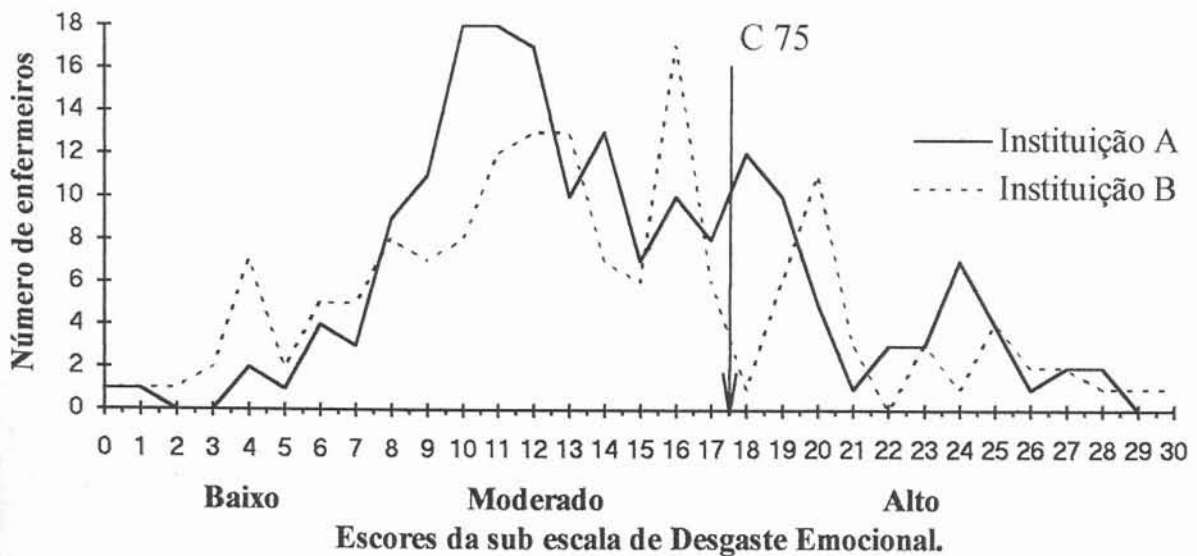
entre os escores dos enfermeiros dois hospitais, conforme esta apresentado no Quadro 9.

As médias das sub escalas do Inventário de Burnout, apresentadas na Quadro 9, estão distribuídas de forma semelhante nas duas instituições. No estudo comparativo entre os resultados das três sub escalas por instituição, o valor de $p = > 0,05$, ou seja, estatisticamente não significativo ao nível de confiança de 0,05 no Teste t de Student. O desvio padrão evidencia pouca variabilidade entre as médias das duas amostras, sendo homogêneo nas três sub escalas do Inventário, nas duas instituições.

Com o intuito de proporcionar uma visão mais detalhada dos escores dos enfermeiros no Inventário de Burnout, estes são apresentados nos gráficos a seguir, de acordo com cada uma das sub escala e por instituição.

Figura 8

Escores dos enfermeiros em Desgaste Emocional, por instituição.



Analisando a Figura 8, observa-se que a curva de distribuição dos escores dos enfermeiros, nas questões relativas a sub escala de Desgaste Emocional do Inventário de Burnout, é de natureza simétrica, normal e unimodal.

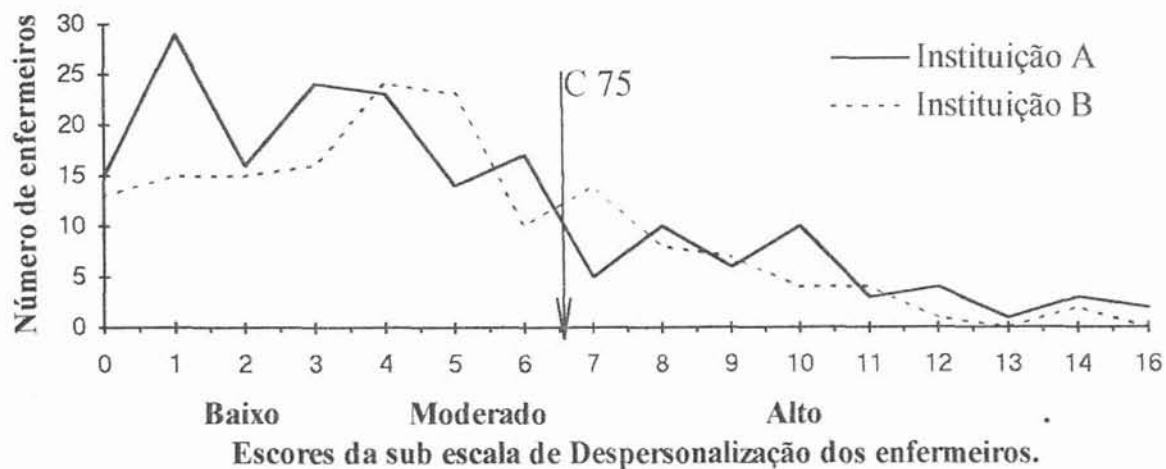
A média dos indivíduos da instituição A foi de 14,158, enquanto que na B a média foi de 13,624 e a mediana de 13,00, nas duas instituições. O centil 75 foi de 17,00 na Instituição B, o que representa 26,75% dos sujeitos e de 18,00 na Instituição A, representando 27,32% dos enfermeiros com altos índices de Desgaste Emocional. Na Figura 8, o centil 75 está assinalado no ponto 17,5 a fim de proporcionar um ponto comum entre as duas instituições.

A distribuição dos achados no Inventário de Burnout configura uma amostra com desgaste moderado, onde 44,41% dos enfermeiros apresentam Desgaste Emocional moderada, visto que a grande maioria dos sujeitos estão distribuídos na área central da curva, a qual circunda a média das duas amostras conjuntamente, que foi de 13,892.

A correlação entre a idade dos respondentes e a sub escala Desgaste Emocional foi insignificante com o valor de $r = 0,085$, o mesmo ocorrendo com o tempo que o indivíduo exerce a profissão de enfermeiro ($r = 0,037$) e com o tempo que trabalha na profissão ($r = 0,024$). Logo, considera-se que essas variáveis não estão correlacionadas com os escores de Desgaste, na presente investigação. Dados que confirmam os achados de Leatt e Schneck (1985) os quais, investigando enfermeiros que trabalham em hospitais especializados, concluíram que a idade e experiência desses profissionais não influenciou a percepção dos enfermeiros sobre a frequência e tipo de situações estressantes do ambiente de trabalho.

Figura 9

Escores dos enfermeiros em Despersonalização, por instituição.



A média dos enfermeiros da Instituição A foi de 4,58 e da B de 4,57, ficando a mediana em 4,00, nas duas instituições. Observando a Figura 9, verifica-se que a curva de distribuição dos escores dos enfermeiros na sub-escala de Despersonalização é unimodal, o centil 25 é de 2,0 nas duas instituições, enquanto que o centil 75 é de 6,0 na Instituição A, representando 35,51% dos enfermeiros e de 7,0 na Instituição B, com 25,64% dos sujeitos. No conjunto das duas amostras, um total de 29,99% dos enfermeiros, obtiveram uma média de despersonalização que se enquandra no centil 75. Na Figura 9, a seta indica o centil 75 no escore 6,5, numa média entre os escores das duas instituições.

Comparando esses resultados com os obtidos na sub-escala de Desgaste Emocional, pode-se inferir que um percentual maior de enfermeiros apresentam a dimensão Despersonalização, os quais representam quase a terça parte da amostra, enquanto que 39,64% apresentam escores

moderados e 30,37% baixos, nessa sub escala. Apesar da Fiabilidade dessa dimensão ter sido a menor das três sub escalas (0,69), esses achados merecem atenção, por dois motivos essenciais. Em primeiro lugar, porque a Despersonalização é considerada o elemento específico da Síndrome de Burnout, comparada com as outras duas dimensões (Moreno, Oliver e Aragonés, 1990) e, em segundo lugar, reflete uma atitude de distanciamento e sentimentos negativos do enfermeiro em relação ao trabalho que desenvolve, afetando tanto os pacientes como a própria equipe.

A correlação entre Desgaste Emocional e Despersonalização foi positiva, com uma intensidade de 0,526, representando uma tendência de que os indivíduos que obtém altos escores em uma delas, possivelmente os terão na outra. Também foi encontrada correlação entre essas duas sub escalas na investigação desenvolvida por Yela et al (1994,p.202), sobre a qual os autores descrevem que *“encontramos más frecuentes sentimientos de desgaste emocional entre aquellos sujetos que se sienten con mucha frecuencia altamente despersonalizados”*.

A correlação entre a idade e Despersonalização foi baixa e inversamente proporcional, com $r = - 0,192$, indicando uma leve tendência de que quanto mais baixa a idade, maiores escores em Despersonalização, o mesmo ocorrendo com o tempo que o indivíduo exerce a profissão de enfermeiro, com $r = - 0,155$, e com o tempo que trabalha na profissão com $r = - 0,148$. Esses resultados são pouco conclusivos pois aparecem correlações muito baixas, pelo que se conclui que parece que não existe correlação significativa.

Os resultados não confirmam os achados de Cherniss (1983), Ross, Altmaier e Russel (1989), Bianchi (1990), Kunkler e Whittick (1991) e

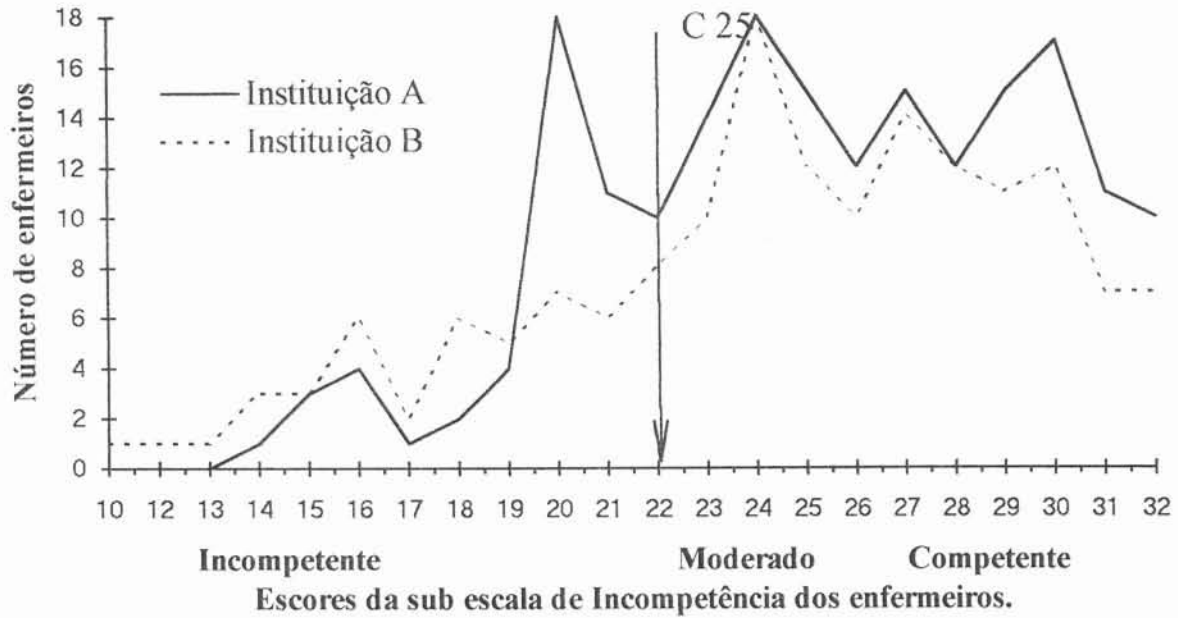
outros investigadores os quais associam a pouca idade ao estresse e a Síndrome de Burnout, descrevendo que com o passar do tempo o indivíduo vai adquirindo segurança em sua profissão e tornando-se menos vulnerável ao desgaste.

Esses resultados diferem de alguns extraídos de outras investigações, nas quais o tempo que trabalha na instituição era significante, como no estudo realizado por Fornés (1994), onde afirma que a diversidade de funções e constantes interrupções exige do enfermeiro maior complexidade de memorização das atividades ocorrendo um controle insuficiente, gerando tensão e ansiedade no profissional que está iniciando a carreira. Alvarez e Fernandez (1991a) ratificam essas afirmações em parte, quando atribuem à escola a falta de preparo pessoal e profissional dos jovens que ingressam no mercado de trabalho, o que acarreta a insegurança do jovem profissional e, conseqüentemente, podendo levá-lo a desenvolver a Síndrome de Burnout.

Um fator que pode auxiliar na explicação desse fenômeno, é que no Brasil, uma grande parte do ensino de enfermagem ocorre, dentro das instituições hospitalares, nos quais futuros enfermeiros preparam-se, realizando estágios dentro dos próprios hospitais onde, mais tarde, possivelmente irão trabalhar. Este contexto poderá influenciar o desempenho do enfermeiro recém egresso, uma vez que irá trabalhar em um ambiente, possivelmente já conhecido. Deste modo, é de se esperar que ele esteja, preparado para o tipo de demandas da instituição, visto que essas, em parte, lhe são conhecidas, auxiliando-o, no que se refere a uma redução do efeito de um provável desgaste profissional, decorrente de um ambiente desconhecido.

Figura 10

Escores dos enfermeiros em Incompetência, por instituição.



A curva de distribuição dos escores da sub escala de Incompetência, também é unimodal, tal como as apresentadas nas Figuras 8 e 9. No entanto, como a sub escala de Incompetência é inversa, onde os escores altos, significam alta competência do indivíduo em relação ao trabalho, enquanto que abaixo do centil 25, refere-se aos enfermeiros com sentimentos de incompetência. A média dessa sub escala na Instituição A foi de 24,698 e na B foi de 24,987, e a mediana de 25,00 nas duas instituições.

O traçado da sub escala de Incompetência demonstra que a grande maioria sujeitos da amostra (72,03%) percebem-se com eficácia no trabalho, a qual varia de moderada a alta, realizando-se profissionalmente, e 29,67% dos enfermeiros da Instituição A tem sentimento de Incompetência e 25,97% da Instituição B. Dados semelhantes foram encontrados por Leopardi (1994, p.49), quando a autora descreve que “a maioria dos enfermeiros considera que quase todas as atividades que lhes são

confiadas correspondem à sua qualificação” ; por Vieira (1993, p.135), que afirma que o enfermeiro “é um profissional que tem autonomia de decisão [...] e liberdade de ação” e por Ribeiro et al (1993,p.21) que descrevem que “la mayoría de profesionales de enfermería estan satisfechos con su trabajo”.

Contudo, essa terceira sub escala teve um coeficiente de correlação baixo com as demais sub escalas, sendo o valor de $r = - 0,234$ com Desgaste Emocional e $r = - 0,222$ com Despersonalização. Esses valores indicam a pequena correlação da sub escala Incompetência, com as demais, bem como, não houve correlação significativa desta sub escala com a idade dos indivíduos, tempo que exercem a profissão e tempo que trabalham na instituição. Assim pode-se dizer que os enfermeiros da amostra apresentam Desgaste Emocional moderado, Despersonalização moderada - baixa, apesar de um percentual significativo de sujeitos (29,99%) apresentarem escores elevados, e competência profissional moderada alta.

A partir desses resultados, os dados dos dois hospitais da amostra passaram a ser considerados conjuntamente, para os demais cálculos estatísticos desta investigação. Isto posto, foram realizadas análises das variâncias, a fim de comprovar a significancia estatística das diferenças entre as médias das amostras nas sub escalas do Inventário de Burnout, ou seja, para estabelecer quais as variâncias entre as variáveis em estudo. Para tanto, foi utilizada técnica ANOVA (Analysis of Variance) do programa estatístico Stat - View 512+ e do programa EPI - Info.

5.3.2. Variáveis demográficas e Burnout.

Na amostra de sujeitos dessa investigação, encontravam-se, desde enfermeiros recém formados, até aqueles que possuíam uma formação a nível de Mestrado, no entanto, a variável grau de instrução, não foi estatisticamente significativa, como pode ser verificado no Quadro 10. Os achados dessa investigação confirmam, em parte, os achados de Leatt e Schneck (1985), que relacionando o nível educacional dos enfermeiros com a percepção de cansaço, relatam que os achados foram inconclusivos. No entanto esses resultado, não confirmam a hipótese de Alvarez e Fernandez (1991a), os quais associaram a falta de adequada formação dos profissionais ao Burnout.

No entanto, Cherniss (1983) referindo-se a interação entre o ambiente de trabalho e o indivíduo, coloca que a falta de orientação vocacional estaria associada ao burnout. Assim não tanto o preparo acadêmico em si, mas a falta de preparo pessoal estaria associada ao Burnout. A partir dessa proposição, verifica-se que os enfermeiros da amostra alcançaram médias significativamente altas na sub escala de Incompetência, a qual reflete o grau de realização profissional desses sujeitos, fator que serve, provavelmente, como atenuante do Burnout.

Quadro 10

Análise das variâncias das sub escalas do Inventário de Burnout em relação as variáveis demográficas (F-test).

Variáveis demog.	Desgaste Emoc.	Despersonaliz.	Incompetência
Estado civil	0,816	0,878	0,395
Grau escolaridade	0,521	0,349	0,251
Escolha da área	0,074	0,520	0,421

Observando o Quadro 10, verifica-se que também não houve diferença estatisticamente significativa na associação do estado civil dos enfermeiros a cada uma das três sub escalas do Inventário de Burnout. Estes resultados confirmam os achados de Gil e Schafeli (1991), que aplicaram o Inventário a enfermeiras espanholas e holandesas, onde também não encontraram diferença. Já Ross, Altmaier e Russel (1989), os quais investigaram conselheiros escolares, encontraram maior Desgaste Emocional em indivíduos casados. Também, escolher a área de trabalho não teve associação significativa com as sub escalas do Inventário de Burnout.

Diversos autores (Alvarez e Fernandez, 1991a; Crawford, 1993) afirmam que a falta de treinamento para a demanda de trabalho, é uma fonte potencial de Burnout. Na presente investigação, a Análise da Variância entre os escores das sub escalas do Inventário de Burnout e o tipo de treinamento que os enfermeiros receberam não foi estatisticamente significativa, ou seja, o indivíduo receber ou não treinamento, não influenciou os seus escores no Inventário de Burnout. Frente a esses dados surge a questão referente a qualidade do treinamento que é proporcionado aos enfermeiros, visto que possuem um grau de Desgaste Emocional moderado. Logo, será que o tipo de treinamento desenvolvido, atende realmente às necessidades dos enfermeiros ou trata-se apenas de uma formalidade da instituição?

5.3.3. Atividades extra laborais e Burnout.

Nesta análise foi verificada a influência que as atividades extra laborais desenvolvidas pelos enfermeiros da amostra, exercem sobre a do fenômeno de Burnout, visto que diversos autores associaram algumas dessas variáveis, principalmente ao Desgaste Emocional, face as múltiplas atividades

desenvolvidas pelos sujeitos (Burke e Greenglass, 1989; Ross, Altmaier e Russel, 1989; Williams, 1989 b).

Quadro 11

Análise das variâncias das sub escalas do Inventário de Burnout em relação a variáveis - atividades extra laborais (F-test).

V. Extra labor.	Desgaste Emoc.	Despersonaliz.	Incompetência
Trabalhar 2 instit.	0,873	0,333	0,781
Afazer domést.	0,382	0,761	0,985
Ler revista / jornal	0,516	0,752	0,552
Ver televisão	0,749	0,662	0,678
Ler livros/estudar	0,141	0,797	0,398
Ir cine/teatro	0,967	0,852	0,848
Realiz. ativid. física	0,052	0,564	0,180

Observando o Quadro 11, verifica-se que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, quando estes não estão trabalhando no hospital, não tiveram influência estatisticamente significativa na Análise da Variância. Logo, pode-se inferir, que a Síndrome de Burnout pode estar relacionada mais estreitamente aos fatores laborais, ou seja, ao trabalho em si e não tanto às variáveis extra laborais. Resultados semelhantes foram encontrados por Ribera et al (1993), os quais relacionaram positivamente as alterações de saúde de profissionais de enfermagem, às atribuições do trabalho.

A associação entre os escores apresentados pelos indivíduos em cada uma das sub escalas do Inventário de Burnout e a variável trabalhar em duas instituições simultaneamente, não foi estatisticamente significativa, o mesmo ocorrendo com a variável, escolha da área de trabalho. Nesse estudo, tão pouco, a realização de exercícios físicos, considerada moderadora de tensões, teve associação com as sub escalas do Inventário de Burnout.

5.3.4. Influência do setor de trabalho, sobre o Burnout.

Muitos estudos tem relacionados os diferentes setores de trabalho existentes no hospital, ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (Randolph, Price e Collins, 1986; Mallett et al, 1991; Keijers et al, 1993), face ao desgaste frequentemente relatado por esses profissionais, em decorrência das condições precárias dos pacientes, assim como, quando o prognóstico do paciente é pobre ou pacientes terminais. Também outros problemas específicos da cada área podem estar associados, como conflitos com pacientes, familiares ou com elementos da própria equipe de trabalho (Kunkler e Whittick, 1991; Oehler et al, 1991; Ribeira et al, 1993).

Inafortunadamente, apesar de todas investigações nessa área, o pessoal de enfermagem continua a experienciar altos níveis de desgaste nesses setores, como foi evidenciado na revisão da literatura sobre o desgaste do enfermeiro como objeto de investigação pois, parece que são poucos os recursos que esses possuem para protegê-los das pressões que sofrem. Face a essas investigações, optou-se pela análise da influências dessas áreas.

Alguns setores de trabalho dentro do hospital foram aglutinados com outros, em face da semelhança que possuem, no que refere-se as atividades que ali são desenvolvidas; por contituirem áreas menores onde, em consequência, menos enfermeiros atuam e para facilitar a apresentação e análise dos resultados. Dessa forma, foram criados os oito setores representados nessa investigação, como foi descrito anteriormente.

**Médias dos enfermeiros nas Sub escalas do Inventário de Burnout,
segundo o setor de trabalho.**

Sub escalas MBI Setor	Desg. Emocional		Despersonalização		Incompetência	
	Média	D.padrão	Média	D.padrão	Média	D.padrão
Unid. internação	1,90	0,050	1,30	0,040	2,36	0,049
CTI	1,80	0,093	1,46	0,088	2,33	0,084
Ambulatório	1,69	0,108	1,19	0,079	2,65	0,095
Hemod./diál./CCa	1,53	0,183	1,30	0,133	2,46	0,144
BC/SR/CO/CME	1,77	0,079	1,37	0,077	2,49	0,790
Emergência	2,31	0,176	2,25	0,171	2,25	0,171
Pediatr/Neonatul.	1,68	0,095	1,25	0,780	2,40	0,126
Chefias	1,75	0,479	1,75	0,479	2,00	0,000
F - test:	p = 0,017		p = 0,0001		p = 0,185	

Observando as médias descritas no Quadro 12, verifica-se que as sub escalas de Desgaste Emocional e Despersonalização tem uma variação estatisticamente significativa com os setores de trabalho dos enfermeiros, com valor de $p = < 0,05$, através da análise de Variância ANOVA. Já na sub escala de Incompetência, não houve variação estatisticamente significativa.

Na Análise da Variância entre Desgaste Emocional e os setores de trabalho, verifica-se a média mais elevada, ocorre entre os enfermeiros que trabalham no setor de emergência (2,31), seguidas pelas médias dos enfermeiros das Unidades de Internação clínica e cirúrgicas de adultos (1,90) e os que trabalham em Unidades de Tratamento Intensivo (1,80). As médias mais altas em Despersonalização também pertencem aos enfermeiros do setor de Emergência (2,25), seguidos pelos enfermeiros em cargos de Chefia (1,75) e pelos que trabalham nas Unidades de Tratamento Intensivo (1,46). Logo, os enfermeiros que trabalham nos setores de

Emergência e nas Unidades de Tratamento Intensivo, possuem maiores escores tanto de Desgaste Emocional como de Despersonalização, que seus colegas de outros setores.

Analisando separadamente os dados constantes no Quadro 12, eles permitem algumas constatações quando confrontados com os achados descritos por outros investigadores. De uma forma geral, esta evidenciada a significâncias dos setores de trabalho no produção de Burnout, dados que relacionam-se com os achados de Ribeiro et al (1993), os quais constataram que 62,30% do estresse do pessoal de enfermagem provém do próprio trabalho que desenvolvem.

Os setores de Tratamento Intensivo tem sido alvo de diversas investigações que, associam o trabalho nessas unidades ao Burnout. São unidades onde encontram-se internados pacientes com alto risco, os quais necessitam assistência direta e intensiva, pois seu quadro de saúde pode facilmente evoluir para a morte, gerando demandas emocionais muito intensas. Associada a essa característica, está o fato de ser uma área restrita e fechada⁴. Nesse setor não são tanto as emergências que causam desgaste, e sim a pressão sobre o tempo de realização de uma tarefa, a complexidade e a atenção, as quais acarretam demandas emocionais intensas, influenciando sobre o grau de desgaste do enfermeiro. Escribá (1992) descreve que estes setores exigem uma mobilização global muito grande dos enfermeiros, constituindo um fator que também influencia no seu desgaste.

Os principais elementos associados ao fenômeno do Desgaste Emocional e Despersonalização, centram-se na responsabilidade sobre

⁴ - A entrada de pessoas, em geral, é limitada nessas áreas, as quais encontram-se relativamente isoladas das outras unidades dentro do hospital.

pessoas e o trabalho em contato contínuo, com o sofrimento e morte (Russel, 1989; Pitta, 1991; Peiró, 1992; Escribá, 1992), ou então, o uso de tecnologias sofisticadas nos tratamentos, os quais acarretam sobrecarga de trabalho, como identificaram Keijers e Schaufeli (1992). E essa sobrecarga de trabalho físico e mental, associada às pressões do tempo, exige que os enfermeiros desenvolvam ações rápidas e precisas, o que poderá gerar um sentimento de Desgaste Emocional e posterior Despersonalização, caso esse tipo de situações seja persistente.

Já os setores de Emergência não foram abordados de uma forma tão exaustiva pelos investigadores do Burnout. No entanto, possuem condições de trabalho semelhantes às desenvolvidas nas Unidades de Tratamento Intensivo e ainda com agravantes, no que refere-se a falta de informação ante as situações de emergência, ou seja, a informação que os enfermeiros possuem sobre o paciente que estão atendendo é pouca ou nenhuma. Esse tipo de situação, é descrito por Yela et al. (1994) como situações com estressores potenciais. Também a falta de controle sobre a situação, tanto pelo desconhecimento dos pacientes, como pelo desconhecimento do tipo de situação que surgirá a seguir; o ritmo em que o trabalho é desenvolvido, originando períodos de trabalho intenso, os quais exigem rapidez e destreza, intercalados por momentos de espera pelo inusitado e desconhecido, são fatores que podem gerar tanto Desgaste Emocional como Despersonalização.

A relação entre Desgaste Emocional e a Despersonalização dos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Internação cirúrgica e clínica de adultos, provavelmente tenha uma origem um pouco distinta. Pois, estes possuem um Desgaste Emocional alto (segunda média mais alta), no

entanto a Despersonalização é mais baixa (quinta média, juntamente com a Hemodiálise/diálise), comparada aos demais setores de trabalho.

Essas constatações levam a crer que os enfermeiros das Unidades de Internações encontram-se com Desgaste Emocional o qual pode ser acarretado pela sobrecarga de trabalho e pela natureza monótona de algumas tarefas, como as rotinas meticulosas com procedimentos repetitivos, entre outros. (Dewe, 1989; Paraguay, 1990; Fornés, 1994), os quais são típicos nesses setores. São unidades onde o volume de pacientes e atividades burocráticas normalmente é alto (Vieira, 1993), o que leva os enfermeiros, muitas vezes, a não conseguirem realizar pausas durante o trabalho, bem como, controlar as atividades que realizam, levando-os a apresentarem sinais de perda de energia, fadiga e esgotamento, como descrevem Maslach e Jackson (1981).

Além disso, muitas ocasiões, os enfermeiros assistenciais realizam tarefas que poderiam, muito bem, ser executadas por outros profissionais da área da saúde. Cabanes e Pujol (1992, p.32) comentando sobre esse fato, afirmam que *“Se ha convertido en algo cotidiano que las enfermeras sirvan para todo y actualmente los hospitales precisan de una mejor definición de qué tareas debe ejecutar la enfermera...”* E, Unicovski (1993, p.124) descrevendo sobre esse tema, afirma que para a maioria dos enfermeiros assistenciais, *“a relação entre atividades exercidas e as expectativas pessoais e/ ou profissionais é frágil, e o tempo não é adequado para as atribuições que desempenham”*. Essas colocações expressam bem a sobre carga de trabalho a qual o enfermeiro é submetido nas Unidades de Internação. No entanto, como a maioria das médias de Despersonalização dos sujeitos não são altas nessa investigação, considera-

se que esses enfermeiros consigam superar esta primeira fase da Síndrome de Burnout.

Já com as chefias ocorre o inverso, ou seja, o Desgaste Emocional não é tão alto (quinto lugar), mas sim a média de Despersonalização, colocada em segundo lugar e o sentimento de Incompetência também é muito grande (primeiro lugar). Esses achados levam a inferir que talvez não seja tanto a sobrecarga de trabalho que afeta esses profissionais, e sim as pressões que sofrem, pois os cargos de chefia em enfermagem são caracterizados por conflitos de funções, segundo Cherniss (1983), Ivancevich e Mateson (1980) e Fimian e Blanton (1986), visto que esses profissionais necessitam conciliar os interesses da instituição hospital, com os dos pacientes, enfermeiros e demais subordinados. Esses dados são confirmados pela investigação de Unicosvki (1993) que relacionou a insatisfação dos enfermeiros, com o sentimento de falta de liberdade para tomar decisões e o inter-relacionamento do grupo de trabalho. Ross, Altmaier e Russel (1989) referindo-se aos problemas de grupo, associaram a variável "*supervisionar um colega*", ao Desgaste Emocional, em supervisores de escolas.

A função de chefia de enfermagem está permeada por uma variedade de atividades. No Brasil a enfermeira que ocupa esse cargo, realiza diversas atividades, sendo de sua responsabilidade desde a provisão de materiais e equipamentos necessários ao funcionamento do setor, como manutenção da área física, providenciar recursos humanos competentes, encargos administrativos e outras atividades que Comelles (1992, p.40) denomina de "*la organización doméstica de los hospitales*".

Hillhouse e Adler (1991) citam os cargos de direção como fontes de estresse no trabalho, pois a eles estão relacionados a diferentes fontes de

desgaste, também relacionadas por outros autores, tais como: recursos insuficientes e conflitos de demanda (Leatt e Schneck, 1985), dificuldades com pessoal (Dewe, 1989), a burocratização das instituições (Vieira, 1993), conflitos entre equipes e falta de autonomia (Heim, 1992). Bianchi (1990,p.96) também refere-se a falta de autonomia quando descreve que o estresse dos enfermeiros de sua investigação era agravado em situações nas quais *“existia atribuição de responsabilidade e, ao mesmo tempo, uma limitação do poder necessário ao seu cumprimento”*.

Quadro 13

Médias dos enfermeiros na sub escala de Desgaste Emocional (MBI), segundo o setor de trabalho.

Setores de trabalho	Desgaste Emocional Fisher PLSD
Unidade Internação x Hemod/diálise/ CCA	0,345 *
Unidade Tratamento Intensivo x Emergência	0,347 *
Ambulatório x Emergência	0,379 *
Bloco cir./sala recuper/C.Material x Emergência	0,340 *
Pediatria/ Neonatologia x Emergência	0,365 *

* Significancia estatística de 95%

Como a variável Desgaste Emocional não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre nenhum dos setores de trabalho na prova de Scheffe, foram analisados os resultados obtidos através da prova de Fisher PLSD, sabendo que ela é menos exigente, como prova de Análise de Variância.

Através da prova de Fisher PLSD, foi encontrada diferença estatisticamente significativa, entre as médias apresentadas no Quadro 13, indicando

que os enfermeiros que trabalham em Emergência tem maior Desgaste Emocional que seus colegas das áreas de UTI, Ambulatório, BC/SR/CME e Pediatria.

Este resultado pode estar vinculado a dois fatores preponderantes na área da saúde. O primeiro refere-se a própria emergência caracterizada nestes setores, onde o profissional espera pelo inusitado, pelo desconhecido. O enfermeiro que trabalha nessa área permanece em alerta constante para atender as situações mais inesperadas, o que lhe exige uma resposta psicológica de alarme. Esse estado de alerta contínuo, associado à experiência de combate, no sentido do atendimento rápido e preciso, pode resultar na deterioração emocional do profissional como descrevem Hillhouse e Adler (1991) e Foster (1987), a qual decorre da tensão constante em que se encontra o enfermeiro que atua nesses locais. Hillhouse e Adler (1991) revisando a literatura sobre estresse, saúde e imunidade, descrevem que o endurecimento emocional dos enfermeiros que trabalham em setores críticos dentro dos hospitais, é insuficiente para prevenir altos níveis de Burnout

Somando-se a tensão característica dos setores de emergência, encontra-se o próprio sistema de saúde brasileiro, que está depauperado, forçando a população a submeter-se a condições sub humanas de assistência, decorrentes das superlotação dos setores de emergência da capital, para onde convergem pacientes de todo estado, a procura de atendimento. Assim, esses setores ficam assoberbados de pacientes, em condições de saúde cada vez mais precárias, agravadas pela falta de atendimento nas localidades de origem. Dessa forma, os setores de emergência, planejados para o atendimento da clientela urbana, não dispõem de pessoal, equipamento ou

área física para atender a demanda existente, acarretando um verdadeiro congestionamento nesses locais.

Nesse contexto, o enfermeiro “tenta” prestar uma assistência qualificada que, por vezes, fica muito distante do trabalho almejado por ele, gerando conflitos entre o que pensa e quer ser e o que esta realmente praticando. Dessa forma, pode-se explicar que sintam-se sobrecarregados, tanto física como emocionalmente, acarretando seu desgaste profissional.

Já os enfermeiros das Unidades de Internação de adultos tem Desgaste Emocional significativamente maior que os enfermeiros da hemodiálise/diálise e CCA, o qual, provavelmente esteja vinculado a sobrecarga de trabalho, como foi comentado anteriormente.

Segundo Alvarez e Fernandez (1991 a), que ratificando as afirmações de Maslach (1982), afirmam que o Desgaste Emocional, está associado a primeira fase de desenvolvimento da Síndrome de Burnout, ou seja, quando a percepção das demandas de trabalho superam os recursos materiais e físicos disponíveis. Essa percepção sobre o trabalho, acarreta sinais de desgaste nos indivíduos, os quais caracterizam-se por queixas psicossomáticas como cefaléias, fadiga, dores musculares e outras (Maslach, 1982; Alvarez e Fernandez, 1991 a). Esse cansaço físico aumenta a susceptibilidade do indivíduo a dores lombares, acidentes, enfermidades virais recorrentes e transtornos do sono, segundo Pines e Aronson (1988). E, caso a sensação de excesso de demandas, seja persistente, o indivíduo inicia a apresentar sinais de Despersonalização, a fim de proteger-se da tensão experimentada.

Apesar do Burnout ser considerado uma síndrome e alguns autores não estabelecem diferença entre cada uma de suas etapas, como é o caso de Gold (apud Delgado et al, 1992). Cabe salientar que o Desgaste Emocional, por suas características, está normalmente associado, a fase inicial do Burnout e caso as condições de trabalho sejam mantidas, exigindo um sobre esforço do indivíduo e não houver qualquer tipo de intervenção, a tendência é que os enfermeiros evoluam, desenvolvendo condutas e sintomas pertencentes as demais etapas da Síndrome.

Quadro 14

**Médias dos enfermeiros na sub escala de Despersonalização (MBI),
segundo o setor de trabalho.**

Sub escala Setores de trabalho	Despersonalização	
	Fisher PLSD	Scheffe F test
Unid. Trat. Intensivo. x Ambulatório	0,252 *	0,654
Unid. Internação x Emergência	0,269 *	6,878 *
Unid. Trat. Intensivo x Emergência	0,298 *	3,818 *
Ambulatório x Emergência	0,325 *	5,840 *
Hemodial./dialise/CCA x Emergência	0,382 *	3,357 *
Bl.Cirúr/S.Recup./CME x Emergência	0,292 *	4,933 *
Pediatria/ Neonatologia x Emergência	0,314 *	5,622 *

* Significância estatística de 95 %.

Quanto a sub escala de Despersonalização, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre as médias dessa sub escala e o setor de Emergência, tanto no prova de Fisher PLSD como no teste de Scheffe F - test, como pode ser observado no Quadro 14. No entanto, como a prova de Scheffe é a mais habitual e talvez a mais recomendada, tanto para grupos do mesmo tamanho, como para grupos de diferentes tamanhos, visto que exige

uma diferença maior entre as médias para ser significativa (Martín e Delgado, 1993), os comentários foram mais centrados nessa prova.

As diferenças entre as médias destes setores, indicam que a média obtida pelos enfermeiros que trabalham no setor de Emergência, na sub escala Despersonalização, foi significativamente superior a dos enfermeiros que atuam nos demais setores dentro do hospital, com exceção das Chefias. Esses resultados levam a inferir que os enfermeiros desse setor, possuem um nível de Despersonalização significativamente superior que seus colegas de outros setores. Na Análise de Variâncias entre o setor de chefia, o qual obteve a segunda maior média em Despersonalização e o de Emergência, não houve diferença estatisticamente significativa. Logo, os enfermeiros que atuam em Emergência são os que possuem o maior grau de Despersonalização, sendo seguidos pelos enfermeiros em cargos de Chefias.

A despersonalização, considerada a dimensão específica do Burnout, caracteriza-se por uma troca negativa nas respostas com os beneficiários do trabalho (Cherniss, 1980/1983). Esses sinais surgem da necessidade que o indivíduo tem para aceitar emoções que lhe são bastante desgastantes. Ou como afirma Pitta (1991, p.65) quando diz que, o pessoal do setor de saúde desenvolve mecanismos para se defender de ambigüidades não compreendidas, através do *“distanciamento e negação de sentimentos, de modo que precisem ser controlados para evitar envolvimento perturbadores”*.

A sintomatologia associada à Despersonalização, relaciona-se as condutas defensivas, desmotivação, falta de entusiasmo e de interesse. E, parafraseando Alvarez e Fernandez (1991) pode-se dizer que ocorre uma autêntica perda de ilusões dos enfermeiros. Consequentemente, enfermeiros

acometidos de Despersonalização não produzirão um trabalho de alta qualidade.

Os estressores que contribuem ao Burnout estão geralmente, bem definidos na literatura. No entanto, concordando com Yela et al (1994), pode-se dizer que os padrões de causalidade são mais difíceis de determinar, devido ao fato de que muitas variáveis atuam como fatores independentes.

À continuação, são expostas algumas considerações finais sobre a análise das sub escalas do Inventário de Burnout. A partir dos resultados obtidos através da aplicação do Inventário aos enfermeiros, pôde-se constatar que a presente amostra encontra-se com níveis moderados de Desgaste Emocional (44,41% dos sujeitos); índices moderados (39,64%) e baixos (30,37%) em Despersonalização. Já os sentimentos de competência profissional são moderados e altos em 72,03% dos enfermeiros. Esses dados, no entanto, não contemplam uma parcela de indivíduos, os quais podem apresentar características de alguma das três sub escalas isoladas ou associadas, pois verificou-se que as sub escalas de Desgaste Emocional e de Despersonalização, correlacionam-se apenas parcialmente (0,526), enquanto que a de Incompetência não se correlaciona com as outras duas. Considerando essas correlações e os percentuais de enfermeiros que apresentaram altos escores em cada uma das sub escalas do Inventário de Burnout, talvez um número, bastante representativo de enfermeiros esteja comprometido, apresentando sinais que são associados a alguma das etapas da Síndrome de Burnout.

Outro dado que ficou claro nessa investigação, foi a forte associação entre os setores de trabalho e as sub escalas de Desgaste Emocional e Despersonalização do Inventário de Burnout. Assim, pode-se deduzir que os

setores, considerados críticos dentro dos hospitais (Centro de Tratamento Intensivo e Emergência), bem como, os cargos de chefia de enfermagem e as Unidades de Internação de pacientes adultos, clínicos ou cirúrgicos, servem de condicionantes da Síndrome de Burnout, provavelmente devido às características próprias que possuem.

Por outro lado, os dados não confirmam os resultados de investigações que associaram variáveis demográficas às sub escalas do Inventário de Burnout, visto que estas não alcançaram valores significativos nas respectivas correlações.

5.4. ESCORES DA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CONTEXTO DE TRABALHO

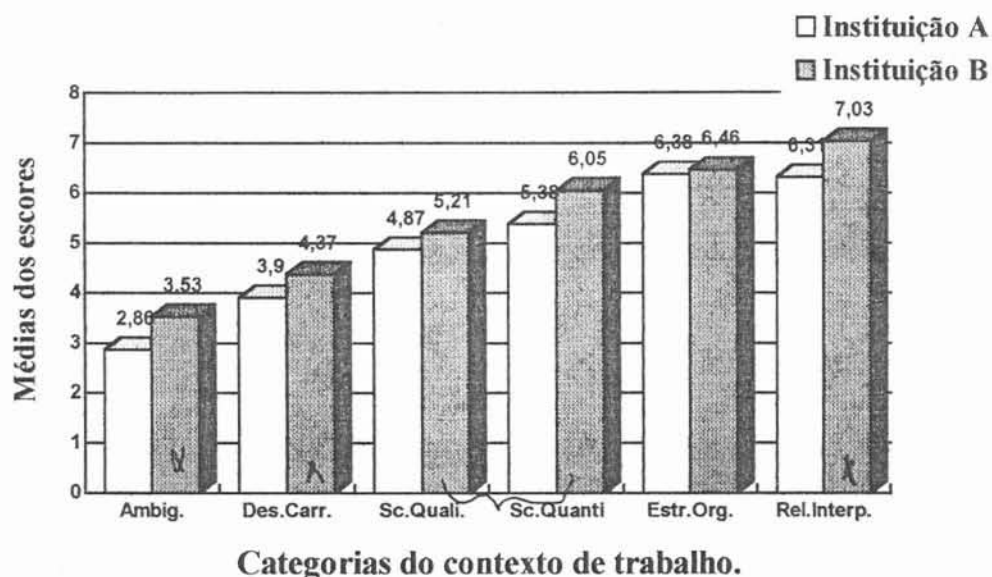
Os itens relativos à percepção do contexto de trabalho foram agrupados nas seis (06) categorias propostas originalmente, para sua análise, considerando os índices de fiabilidade que estas sub escalas alcançaram no início dessa investigação, ou seja: Ambigüidade de Funções, fiabilidade de 0,68; Estrutura Organizacional, fiabilidade de 0,56; Sobrecarga Quantitativa de Trabalho, fiabilidade de 0,71; Sobrecarga Qualitativa de Trabalho, fiabilidade de 0,61; Desenvolvimento da Carreira, 0,73 e Relações Interpessoais, com 0,77, respectivamente. Cada uma das sub escalas foi composta inicialmente por cinco questões, as quais os enfermeiros valoraram de acordo com a freqüência que experienciavam a situação descrita, no período de um ano. Foram intercaladas sub escalas com itens negativos e positivos, conforme encontra-se descrito no Anexo D.

As seis sub escalas de Variáveis do Contexto de trabalho foram dispostas em ordem crescente de pontuação das médias, na Figura 11. Esta distribuição permite a observação de que as médias dos enfermeiros na sub escala Ambigüidade de Funções foi a mais baixa, enquanto que a da sub escala de Relações Interpessoais obteve as médias mais elevadas, comparada com as demais. Outro dado pertinente refere-se a simetria das médias entre as duas instituições, ou seja, a medida que uma média é baixa em uma instituição, também o é na outra.

5.4.1. Médias das variáveis de contexto, por instituição.

Figura 11

Médias das Variáveis de Contexto, por instituição



Comparando os resultados da Instituição A com a B, verifica-se que na segunda, todas as médias apresentam-se um pouco mais elevadas, com relação a primeira. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias das duas instituições, o que denota que as Variáveis de Contexto são percebidas de forma semelhante pelos enfermeiros, tal como ocorreu com as sub escalas do Inventário de Burnout.

Os achados da Figura 11, evidenciaram que, na percepção dos enfermeiros da amostra, a média em Ambigüidade de Funções, foi a mais baixa, indicando que possivelmente, entre as categorias estudadas, a ambigüidade é a que os indivíduos menos enfrentam no seu cotidiano profissional, se comparadas às outras. Estes dados reforçam os resultados do Inventário de Burnout desta investigação, onde os enfermeiros alcançaram altos escores na sub escala de Incompetência, caracterizando uma amostra

que percebe-se eficaz com as funções que executa, com autoridade de decisão e identidade da tarefa. Resultados semelhantes foram encontrados por Vieira (1993).

As médias da segunda categoria, em ordem crescente de aparecimento, foi a percepção sobre o Desenvolvimento da Carreira dentro da instituição. Nesta sub escala, somente o item 51 foi eliminado por não cumprir os requisitos de qualidade psicométrica, após a Análise Fatorial. Esse achado permite que se possa considerar os resultados de sua análise, visto que a Fiabilidade inicial dessa sub escala foi de 0,73.

Dentro da sub escala Desenvolvimento da Carreira, a questão 27, a qual refere-se ao avanço na carreira de enfermeiro, obteve uma saturação de 0,633 na Análise Fatorial. Essa questão foi pontuada com valores baixos pelos enfermeiros da amostra, ou seja, os enfermeiros percebem que quase nunca têm oportunidades propícias para avançar na organização. Vieira (1993, p.136) associou a limitação no desenvolvimento da carreira, a insatisfação dos enfermeiros e afirma que o grau de maior insatisfação do enfermeiro *“decorre das possibilidades de carreira dentro da instituição, mais especificamente, em relação ao plano de carreira e ascensão nos diferentes níveis hierárquicos”*. Essa mesma correlação foi estabelecida por Ribera et al (1993). Crawford (1993) e Foster (1987) referem que a falta de oportunidade para o crescimento é um fator desgastante para o enfermeiro e Unicovsky (1993) constatou que 53% dos enfermeiros de sua investigação, sentiam satisfação quando sua competência profissional era reconhecida.

A Sobrecarga Qualitativa de Trabalho ficou colocada em terceiro lugar, na pontuação dos enfermeiros da amostra. O item que obteve maior pontuação nessa categoria, refere-se as excessivas demandas de qualidade

do trabalho para o enfermeiro (Q.26). Ivancevich e Matteson (1980) descrevem que a percepção da sobrecarga qualitativa de trabalho influencia a redução da motivação no trabalho, deteriorando as relações interpessoais.

Na Sobrecarga Quantitativa de trabalho, classificada em quarto lugar na ordem crescente de pontuação das Variáveis de Contexto de trabalho, as questões que se referiam a dificuldade para realizar pausas durante a jornada de trabalho (Q.49), a sobrecarga de tarefas e responsabilidades (Q.37) e o excesso de trabalho diário (Q.43), destacaram-se por terem os escores mais significativos. Cabe lembrar que essas questões ficaram agrupadas após a Análise Fatorial, duas com saturações altas (Q.37, Q.43) e o item 49, com saturação moderada. Por isso, os resultados dessas questões podem ser considerados relevantes, nesta análise.

A sobrecarga de trabalho é uma variável que encontra-se diretamente associada a Síndrome de Burnout, ou seja, quando o indivíduo começa a perceber que as demandas de trabalho são superiores aos recursos humanos e materiais que dispõe, inicia-se uma situação de tensão no trabalho, que Alvarez e Fernandez (1991) descrevem como sendo a primeira fase do processo de desenvolvimento da Síndrome.

Packard e Motowidlo (1987, p.255) descrevem que a percepção de eventos do tipo sobrecarga qualitativa e quantitativa de trabalho, são significativamente influenciadas pelas características pessoais dos enfermeiros, onde os autores incluem o padrão de conduta Tipo A, o qual esta associado ao medo da evolução negativa da situação e a intensidade do evento, no que se refere à experiência de falta de controle.

Quanto a Estrutura Organizacional, que na Instituição A teve a média mais elevada, destacaram-se as questões relativas ao excesso de trâmites burocráticos (Q.24), seguido pelas pressões que o enfermeiro sofre por parte de supervisores e subordinados (Q.30) e o excesso de solicitações conflitantes que recebe (Q.48). Como esta é a categoria do contexto de trabalho que mais se destacou na Instituição A, ela pode estar associada ao tipo de instituição, uma vez que se trata de um hospital de carácter público, de grande porte e vinculado ao Ministério da Educação e do Desporto e muito burocratizado, conforme evidenciou Vieira (1993).

As Relações Interpessoais tiveram a maior média geral, entre as Variáveis do Contexto de trabalho, seleccionadas. Esta variável é mais vivenciada no cotidiano profissional dos enfermeiros da Instituição B e a segunda mais vivenciada pelos enfermeiros da Instituição A. Segundo as percepções dos sujeitos das duas amostras, as relações da equipe de enfermagem ficam prejudicadas devido a falta de coleguismo (Q.40), falta de espírito de equipe, a atuação individualista dos colegas (Q.28) e a dificuldade para realizar um trabalho interdisciplinar (Q.52). Essas questões ficaram agrupadas após a Análise Fatorial do teste Variáveis de Contexto, na sub escala denominada Relações Interpessoais (Fator 3).

Dewe (1989), Heim (1992) e Crawford (1993) descrevem que as dificuldades relativas ao pessoal (falta de espírito de equipe, falta de pessoal, falta de respeito e conflitos entre equipes) são estressores comumente encontrados na enfermagem. Bianchesi, Ramos e Lautert (1994) encontraram a insatisfação com o clima de trabalho, o sentimento de desvalorização e a dificuldade de relacionamento pessoal como o principal motivo dos pedidos de demissão de enfermeiros de um hospital geral de grande porte.

Considerando que o tipo de Hospital não teve influência estatisticamente significativa sobre as médias das Variáveis de Contexto das duas instituições, na análise a seguir, os dados das duas Instituições serão apresentadas conjuntamente.

5.4.2. Variáveis de Contexto e as variáveis: idade, tempo que trabalha na profissão e na instituição, estado civil, escolha da área e trabalhar em dois empregos.

Quadro 15

Correlação entre as Variáveis de Contexto e a idade, tempo que trabalha na instituição e na profissão de enfermeiro - Teste F parcial.

Sub escal Variáveis	Ambiguid Função	Estrutura Organ.	Sc.trabalh Quantit.	Sc.trabalh Qualit.	Desenvol Carreira	Relações Interpes.
Idade	0,224	0,217	0,205	0,057	0,036	0,009
T.Instit.	0,304	0,026	0,799	0,003	0,156	0,054
T. Profiss	0,503	0,227	1,006	3,229	1,090	2,810

Utilizou-se o Teste F parcial para calcular o efeito do conjunto das três variáveis, sobre as médias de cada uma das sub escalas das Variáveis de Contexto, a fim de verificar sua influência.

A partir dos resultados apresentados no Quadro 15, verifica-se uma pequena correlação entre o tempo que o indivíduo exerce a profissão de enfermeiro e as Variáveis de Contexto, Sobrecarga Qualitativa e Quantitativa de trabalho, Relacionamento Interpessoal e Desenvolvimento da Carreira. Tendo em vista que três dessas sub escalas obtiveram uma Fiabilidade superior a 0,71, considera-se que os resultados podem indicar

alguma correlação, a qual pode ser confirmada pela própria variável correlacionada, uma vez que o tempo que o indivíduo exerce uma profissão influencia tanto sua percepção sobre o trabalho, como sobre o próprio contexto. No entanto, essa correlação configura-se pouco significativa em virtude dos baixos escores estabelecidos.

Quadro 16

Análise das variâncias (ANOVAS) entre as Variáveis de Contexto e algumas variáveis demográficas - F-test

Sub escal Variáveis	Ambigüid Função	Estrutura Organ.	Sc.trabalh Quantit.	Sc.trabalh Qualit.	Desenvol Carreira	Relações Interpes.
Est.Civil	0,951	0,062	0,305	0,963	0,680	0,325
Esc.Área	0,015	0,042	0,481	0,065	0,253	0,634
Trab. 2 empregos	0,569	0,457	0,300	0,316	0,958	0,112

Observando o Quadro 16, verifica-se que tanto a variável estado civil, como trabalhar em dois empregos simultaneamente, não obtiveram diferenças estatisticamente significativas, com as Variáveis do Contexto, selecionadas. Dados que não confirmam as investigações que associam essas variáveis com o sentimento de sobrecarga de trabalho (Gentry e Parkes, 1982; Fornés, 1994). No entanto, quando foi realizada a Análise de Variância entre a possibilidade do indivíduo escolher a área de trabalho, com cada uma das Variáveis de Contexto, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a Ambigüidade de Funções e a escolha da área, com valor de $p = 0,015$ (F-test) e a prova de Scheffe F-test = 5,869, com 95% de significância. Também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a Estrutura Organizacional e escolha da

área com valor de $p = 0,042$ (F-test) e a prova de Scheffe F-test = 4,146, com 95% de significância.

Esses dados demonstram que proporcionar a opção de escolha da área de trabalho, influi positivamente sobre a percepção que o enfermeiro tem sobre a Ambigüidade de Funções e sobre a Estrutura Organizacional. Estes resultados são bastante relevantes, considerando que as médias da sub escala Estrutura Organizacional foram altas, no conjunto das duas instituições (a mais alta da Instituição A e a segunda na Instituição B), refletindo um descontentamento dos enfermeiros em relação a essa variável, comparada com as demais. Por outro lado, pode-se constatar um ponto positivo nas duas instituições a cerca dessa variável, pois comprovou-se que a grande maioria dos enfermeiros que responderam ao questionário (84,16% na Instituição A e 76,59 % na Instituição B) escolheu a respectiva área onde estava trabalhando.

5.4.3. Análise da Variância entre as Variáveis de Contexto e os setores de trabalho.

Da mesma forma como verificou-se a influência dos setores de trabalho do hospital sobre os escores do Inventário de Burnout, optou-se por verificar sua influência sobre os escores das Variáveis de Contexto, a fim de observar como a área onde o enfermeiro trabalha, influencia sua percepção a cerca das variáveis que compõe o ambiente de trabalho. Foram mantidos os mesmos setores, já descritos anteriormente.

Na análise do Quadro 17, apresentado a seguir, observa-se que na Análise de Variâncias entre os diferentes setores de trabalho do hospital e as Variáveis de Contexto, obtiveram diferenças estatisticamente significativas,

as sub escalas de Sobrecarga de trabalho, tanto quantitativa como qualitativa, com os setores onde os enfermeiros atuam.

Quadro 17

Análise da Variância (ANOVAS) entre os setores de trabalho e as Variáveis de Contexto - F-test.

Sub escal. Setor	Ambigüid Função	Estrutura Organiz.	Sc. Trab. Quantit.	Sc. Trab. Qualitat.	Desenvol. Carreira	Relação Interpess.
Unid.Int.	1,547	2,147	2,093	2,322	1,573	2,267
UTI	1,533	2,156	2,022	2,455	1,489	2,467
Ambulat.	1,462	2,192	2,115	2,077	1,462	2,308
Hem/dial.	1,154	1,769	1,615	1,844	1,077	1,615
BC/SR	1,585	2,170	1,962	2,423	1,415	2,151
Emergenc	1,625	2,500	2,688	2,800	1,750	2,562
Ped./Neo.	1,406	2,062	1,812	2,031	1,344	2,312
Chefia	2,225	2,750	3,500	3,250	1,250	2,500
F-test	p = 0,329	p = 0,433	p = 0,001	p = 0,001	p = 0,213	p = 0,167

Observa-se no Quadro 17, que nas duas sub escalas de Sobrecarga de Trabalho, as médias dos enfermeiros que ocupam cargos de chefias aparecem com valores mais elevados, seguidas pelas médias dos enfermeiros que trabalham em emergência, unidades de Internação e Unidades de Tratamento Intensivo. Sendo que a diferenças entre os escores de Sobrecarga de Trabalho e os setores de atuação dos enfermeiros no Teste F, foi de $p = 0,001$. Cabe lembrar que como a Fiabilidade da sub escala de Sobrecarga de Trabalho quantitativa foi de 0,71 e cujos itens permaneceram agrupados após a Análise Fatorial, no Fator 2, os dados constantes no Quadro 17 podem ser considerados relevantes, para análise dessa variável por setor.

Comparando os resultados constantes no Quadro 17, com as médias da sub escala de Desgaste Emocional do Inventário de Burnout (Quadro 12), verifica-se que esses mesmos setores, aparecem como os quatro primeiros, com as maiores correlações. Esses achados reforçam as hipóteses de Maslach e Jackson (1981) e Alvarez e Fernandez (1991a), de que a percepção de sobrecarga de trabalho, esta relacionada aos sentimentos de Desgaste Emocional do indivíduo. Os resultados demonstram que tanto os enfermeiros que atuam em cargos de chefia, como aqueles dos setores de emergência, percebem uma sobrecarga de trabalho no contexto laboral, seguidos pelos enfermeiros das Unidades de Internação e Unidades de Tratamento Intensivo. Por outro lado, o sentimento de baixa sobrecarga de trabalho foi evidenciado nos setores de hemodinâmica/diálise/CCA. Esses setores são caracterizados por atividades de diagnóstico (Hemodinâmica e Radiologia) ou tratamento (Diálise/ Hemodiálise/ Centro Cirúrgico Ambulatorial) a nível ambulatorial, existindo um agendamento prévio dos pacientes que serão atendidos nesses setores e a grande maioria dos enfermeiros não trabalha nos finais de semana. Pode-se pensar que essas características do trabalho, possivelmente influenciem a percepção dos enfermeiros desses setores, sobre a carga de trabalho.

5.4.4. Análise da Variância entre os setores de atuação dos enfermeiros e a sobrecarga de trabalho.

A partir dos resultados apresentados no Quadro 17, optou-se por verificar quais as variâncias que realmente são significativas, entre os setores de trabalho. Como não houve diferença estatisticamente significativa na prova de Scheffe, entre as variáveis de Sobrecarga de Trabalho qualitativa e quantitativa e os setores de trabalho, foram analisados os

resultados obtidos através da prova de Fisher PLSD, sabendo que ela é menos exigente, como prova de análise de variâncias.

Quadro 18

Análise de variância (ANOVAS) entre os setores de trabalho e a Sobrecarga Qualitativa e Quantitativa de Trabalho - Fisher PLSD

Sub escalas - Variáveis de Contexto Setores de trabalho	Sc.trab.Quantitat. Fisher PLSD	Sc.trab.Qualitativo Fisher PLSD
Unid.Intern. x Emergência	0,460 *	0,471 *
Unid.Intern. x Chefia	0,886 *	0,882 *
UTI x Hemod./dialise/CCA	0,551	0,549 *
UTI x Emergência	0,509 *	0,520
UTI x Pediat./Neonat.	0,404	0,404 *
UTI x Chefia	0,912 *	0,424
Ambulat. x Emergência	0,556 *	0,564 *
Ambulat. x Chefia	0,939 *	0,871
Hemod./dialise/CCA x BC/SR/CME	0,542	0,540 *
Hemod./dialise/CCA x Emergência	0,653 *	0,659 *
Hemod./dialise/CCA x Chefia	1,000 *	0,995 *
BC/SR/CME x Emergência	0,500 *	0,510
BC/SR/CME x Pediat./Neon.	0,393	0,391 *
BC/SR/CME x Chefia	0,907 *	0,464
Emergência x Pediat./Neon.	0,535 *	0,545 *
Pediat./Neon. x Chefia	0,927 *	0,923 *

* 95% de significância estatística

Observando os resultados da prova de Fisher PLSD entre as variáveis Sobrecarga de Trabalho Quantitativa e os setores de trabalho dos enfermeiros, destacam-se os setores de Emergência e Chefia os quais possuem as médias estatisticamente significativas, em relação aos demais setores de trabalho. Somente entre elas próprias (Emergência x Chefia) que não houve diferença estatisticamente significativa. Dados semelhantes

foram encontrados na correlação entre esses setores e a sub escala de Desgaste Emocional do Inventário de Burnout.

Já na Sobrecarga qualitativa de trabalho, as variâncias foram um pouco diferentes. As diferenças do setor de Emergência foram estatisticamente significativas, quando comparadas as das Unidades de Internação, Ambulatório e Hemodiálise/ diálise/ Centro Cirúrgico Ambulatorial. E as médias das Chefias, foram significativas quando comparadas as das Unidades de Internação, Hemodiálise/ diálise/ Centro Cirúrgico Ambulatorial e Pediatria/Neonatologia. Nesta variável, a diferença entre as médias do setor de Pediatria /Neonatologia foi estatisticamente significativa, quando comparadas as Unidades de Tratamento Intensivo, Bloco Cirúrgico/ Sala de Recuperação Pós Anestésica/ Centro de Material e Esterilização e Emergência, os quais obtiveram médias superiores. Essas confrontações indicam que os enfermeiros que trabalham nos setores de Emergência e nos cargos de Chefias dos dois hospitais, seguidos pelos que atuam em Unidades de Tratamento Intensivo e Unidades de Internação, percebem maior sobrecarga de trabalho tanto quantitativa como qualitativa de trabalho, que seus colegas de outros setores.

5.4.5. Análise das Variâncias entre as Variáveis de Contexto e atividades extra laborais.

As atividades extra laborais de ver televisão, ler jornais e revistas não estão apresentadas no Quadro 19, pois não foram encontradas variâncias estatisticamente significativas, quando comparadas com as Variáveis de Contexto.

Quadro 19

Análise de variância (ANOVAS) entre as Variáveis de Contexto e as atividades extra - laborais.

Atividades extra - laborais	Ambigüidade		Estrutura Organiz.		Desenv. Carreira	
	F-test	Scheffe F- t	F-test	Scheffe F- t	F-test	Scheffe F- t
Ir ao cine/ teatro	0,038	4,311 *	0,482	3,983 *	0,050	3,848 *
Ler livros/estudar	0,386	4,311 *	0,048	3,933 *	0,050	3,848 *
Atividade fisica	0,010	6,675 *	0,030	4,727 *	0,298	1,086
Afazeres domést.	0,446	0,580	0,587	0,295	0,045	4,033 *

* 95 % de significância estatística.

Realizar as atividades extra laborais, tais como ir ao cinema ou teatro; realizar afazeres domésticos; ler livros ou estudar e realizar atividades físicas influenciaram as médias dos sujeitos nas Variáveis de Contexto, descritas no Quadro 19, como pode ser observado.

Os enfermeiros que realizam algumas das atividades extra laborais apresentadas no quadro, obtiveram médias significativamente mais baixas nas Variáveis de Contexto Ambigüidade de Funções, Estrutura Organizacional e Desenvolvimento da Carreira, expressando que sentem, menos vezes, conflitos a cerca dessas variáveis. Esse resultado talvez possa estar relacionado com o fato de que os indivíduos que participam de atividades extra laborais que possuem cunho social, tais como ir ao cinema ou teatro, estudar, praticar atividades físicas, desenvolvam relacionamentos interpessoais, fora do contexto laboral, os quais podem auxiliar, atuando como suporte social, intermediando os efeitos adversos produzidos pelo ambiente de trabalho.

5.4.6. Correlação entre as Variáveis de Contexto e o Inventário de Burnout.

Quadro 20

Correlação entre os escores das Variáveis do Contexto e os do Inventário de Burnout.

VARIÁVEIS DO CONTEXTO	Desgaste Emocional r	Despersonalização r	Incompetência r
Relações interpessoais	0,484	0,300	-0,022
Desenvolvim. da carreira	0,517	0,317	-0,190
Ambigüidade de funções	0,467	0,404	-0,118
Sobrecarga qualitativa	0,526	0,418	-0,083
Sobrecarga quantitativa	0,551	0,374	-7,47E
Estrutura organizacional	0,583	0,407	-0,076

Os achados apresentados na Quadro 20 revelam que, individualmente, a intensidade da relação, expressa pelo coeficiente de correlação entre Estrutura Organizacional e Desgaste Emocional é a maior, seguida pela sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho e o Desenvolvimento da Carreira. Estes resultados configuram relações estatisticamente significativas entre as médias do Inventário de Burnout e as médias das Variáveis do Contexto.

Cherniss (1983) descreve que o Burnout organizacional é maior em grandes hospitais, quando comparados com pequenas clínicas. Por isso, considerando que os dois hospitais da amostra são de grande porte, pode ser que os dados sustentem essa afirmação do autor (id., 1983), o qual relaciona a estrutura organizacional como uma das fontes de Burnout. Individualmente, a estrutura organizacional correlaciona-se com o desgaste emocional do enfermeiro em 0,583, conforme expresso no Quadro 20.

A sobrecarga de quantitativa e qualitativa de trabalho, colocadas em segundo lugar, na intensidade de relação individual com a Desgaste Emocional, são consideradas por Maslach (1982) como um forte preditivo da ocorrência de Burnout. No entanto uma correlação de 0,55, não ratifica com tanta intensidade, essa afirmação.

Na presente investigação a sobrecarga quantitativa de trabalho está caracterizada por questões referentes a falta de tempo para pausas durante a jornada de trabalho (Q.49), o excesso de demandas (Q.43) e a responsabilidade por um número excessivo de tarefas (Q.37), as quais ficaram agrupadas no Fator 2 da Análise Fatorial, constituindo a sub escala Carga de trabalho.

O Desenvolvimento da Carreira é a quarta Variável de Contexto associada a Desgaste Emocional, sendo que a questão com maior escore, refere-se a pouca possibilidade de avanço na carreira (Q27). Como essa sub escala das Variáveis do Contexto, tem uma Fiabilidade de 0,73, e cujas questões constituíram o Fator 1, da Análise Fatorial, pode-se pensar que essa variável covaria com a Desgaste Emocional, com um índice de correlação de 0,517.

As demais sub escalas das Variáveis de Contexto, tiveram uma correlação mais baixa, tanto com a Despersonalização como com a Incompetência, como pode-se observar no Quadro 20. E, por considerar-se que essas correlações não são significativas, as mesmas não foram comentadas na presente análise.

5.4.7. Correlações entre as Variáveis de Contexto.

Quadro 21

Correlação entre as sub escalas das Variáveis de Contexto.

Variáveis	Ambigüid	Estrutura	Sc.Quanti	Sc.Qualit	Desenvol	Rel.Interp
Ambigüid	1					
Estrutura	0,649	1				
Sc.Quanti	0,462	0,628	1			
Sc.Qualit	0,542	0,589	0,613	1		
Desenvol	0,537	0,553	0,340	0,368	1	
Rel.Interp	0,536	0,728	0,512	0,456	0,525	1

Observando o Quadro 21, verifica-se que a sub escala Ambigüidade de Funções só não tem correlação acima de 0,50, com a sub escala Sobrecarga de Trabalho Quantitativa, correlacionando-se com as demais Variáveis de Contexto. O mesmo ocorre com o Relacionamento Interpessoal, que não tem essa correlação com a Sobrecarga Qualitativa. Já a sub escala Estrutura Organizacional correlaciona-se com todas as demais sub escalas.

As correlações existentes entre as sub escalas Variáveis de Contexto, podem indicar alguns aspectos que merecem ser mencionados. Em primeiro lugar, que efetivamente as seis sub escalas das Variáveis de Contexto estão medindo conteúdos semelhantes, dado que se deriva das correlações moderadas - altas que aparecem em todas elas. Em segundo lugar parece que algumas variáveis são mais preditivas que outras (Ex. Estrutura Organizacional e Ambigüidade de Funções, mais que a de Sobrecarga de Trabalho Qualitativa), dado este que recomenda-se, ser analisado em Análises Fatoriais posteriores, na re-elaboração da escala.

Observando os resultados da presente análise, e com base nas correlações obtidas, aconselha-se que para a posterior utilização dessa escala, seja utilizada a técnica de Análise Fatorial com rotação oblíqua, a qual talvez possa confirmar as inter-relações existentes entre os itens.

A maioria das investigações que pretendem determinar as causas do fenômeno de Burnout, tem posto uma ênfase maior em causas sociais e situacionais, que aspectos individuais, fator que teve influência particular para a opção do estudo das variáveis de contexto, associadas a Síndrome de Burnout. Assim, foram constatadas algumas correlações que merecem uma apreciação posterior, a fim de que sejam confirmadas, considerando que a escala de Variáveis de Contexto utilizada nessa investigação, está em fase de elaboração. No entanto, alguns achados da presente análise podem ser particularmente apreciados.

Uma grande parte das análises causais, relacionadas ao fenômeno de Burnout, tem colocado ênfase nas relações interpessoais conflitivas no trabalho (Foster, 1987; Pines e Aronson, 1988; Ross, Altmaier e Russel, 1989; Kunkler e Whittick, 1991) e nas características próprias do marco de trabalho (Gentry e Parkes, 1982; Crawford, 1993; Fornés, 1994), as quais, no caso da enfermagem, relacionam-se as áreas de atuação dos enfermeiros.

Observando os resultados, verifica-se que ambos aspectos aparecem destacados nessa análise, pois a sub escala de Relacionamento Interpessoal, obteve a média mais elevada entre as Variáveis de Contexto, ao mesmo tempo que apresentou discreta correlação com o tempo que os enfermeiros trabalham na profissão. Quanto as características próprias do marco de trabalho, pode-se destacar as áreas consideradas críticas do hospital (Emergência e Unidades de Tratamento Intensivo) e os cargos de chefias,

cujas médias tiveram correlação com as variáveis sobrecarga de trabalho, tanto quantitativa como qualitativa. A sobrecarga também teve uma correlação discreta com o tempo que o enfermeiro exerce a profissão. Logo, os enfermeiros dessas áreas de trabalho percebem maior sobrecarga de trabalho que seus colegas de outras áreas. Porém, essa percepção é discretamente modulada pela idade, ou seja, com o passar dos anos, há uma redução da percepção de sobrecarga de trabalho.

A sub escala de Desenvolvimento da Carreira correlacionou-se com as atividades extra laborais de ir ao cinema ou teatro, ler livros, estudar e/ou realizar atividades físicas e teve correlação pouco significativa, com o tempo que o indivíduo exerce a profissão.

As sub escalas de Ambigüidade de Funções e Estrutura Organizacional, tiveram correlação com a opção de escolha da área de trabalho e algumas atividades extra laborais (ir ao cinema/teatro, estudar/ler, realizar atividades físicas e domésticas). Visto que essas duas escalas aparecem juntas diversas vezes, durante a análise dos dados, considera-se que talvez o que possa explicar esse fenômeno, seja que, como na Análise Fatorial alguns itens que compõem essas duas sub escalas, foram extraídos conjuntamente, formando o Fator 4, isso explicaria a semelhança de seus construtos e, por conseguinte, correlações semelhantes.

Na correlação entre as sub escalas das variáveis de Contexto com as do Inventário de Burnout, houve uma correlação superior a 0,50 entre a sub escala de Sobrecarga de trabalho (quantitativa e qualitativa), a Estrutura Organizacional e o Desenvolvimento da Carreira. Estes resultados confirmam as afirmações de Alvarez e Fernandez (1991a) os quais associaram a sobrecarga de trabalho à primeira fase da Síndrome de

Burnout, ou seja, quando surge o sentimento de Desgaste Emocional. E a sobrecarga muitas vezes está associada à estrutura organizacional da instituição, quando se consideram os trâmites existentes dentro dos hospitais, bem como, as dificuldades de desenvolvimento da carreira do enfermeiro, o qual praticamente inexistente dentro da maioria dos hospitais brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns autores, entre os quais Tittoni (1994), consideram que o trabalhador sofre influência do trabalho que realiza em todos os âmbitos de sua vida, desde as formas de organizar e executar as tarefas, até as formas de pensar, sentir e de ser, além de delimitar as práticas sociais nele referenciadas. O trabalhador enfermeiro não é diferente, e segue essa mesma regra. Pois, a partir do momento em que o indivíduo ingressa nesse ofício, esta exposto a uma série de estereótipos bastante consolidados dentro da profissão e na própria sociedade, os quais instituem o modo de agir e de ser do enfermeiro, garantindo sua aceitabilidade no grupo.

No entanto, a enfermagem brasileira esta atravessando um período de mudança relativamente grande, do paradigma caritativo e benevolente que até então estava associado a figura do enfermeiro, a qual repercute-se nas práticas cotidianas exercitadas dentro dos hospitais. São mudanças decorrentes do próprio desenvolvimento do conhecimento e portanto, de cunho científico, as quais visam garantir a própria evolução da assistência de enfermagem. Entretanto, algumas etapas dessa evolução, por vezes, são subtraídas, quando a preocupação dos indivíduos centra-se no avanço de uma área em depressão de outra. Isto esta evidente quando, por um lado observam-se avanços inestimáveis no que se refere ao desenvolvimento de

tecnologias de ponta e, por outro, verifica-se uma despreocupação com o indivíduo que as realiza, como se um não dependesse do outro.

Sabendo-se que o trabalho não influencia só a vida do trabalhador, como também lhe serve de ponto de referência e de identificação social, não se pode pensar em desarticular o sentido do trabalho, do trabalhador. Tendo em mente essa temática, foi desenvolvido esse estudo, cujos resultados demonstram alguns elementos que podem servir de ponto de orientação, para identificação de algumas inquietudes e problemáticas dos enfermeiros.

Em primeiro lugar, tomando o construto de estresse, transformado em um termo bastante popular em nossos dias, que no entanto remete a um conceito extenso e com múltiplos aspectos associados, o que o torna um pouco complexo para desenvolver uma investigação que contemple todas as variáveis associadas. Dessa modo, a Síndrome de Burnout tem um conceito bem mais delimitado, o qual está associado aos estímulos perturbadores e ameaçantes para o indivíduo, provenientes do contexto laboral, em profissões que mantêm relações diretas com pessoas. Isto posto, verifica-se que essa delimitação específica de uma forma particular de estresse, vinculada a fatores institucionais e de trabalho, o que possibilita uma abordagem centrada nos profissionais dos serviços humanos e suas relações de trabalho, representando uma forma bastante propícia para investigações que envolvam o trabalho desenvolvido por enfermeiros.

A partir desse conceito, um dos resultados essenciais de merece ser destacado nesta investigação, é que, verdadeiramente, pode-se afirmar que nas instituições investigadas encontramos enfermeiros acometidos pela Síndrome de Burnout. Este dado foi evidenciado pelos resultados encontrados nas sub escalas do Inventário nas quais 44,41% dos

enfermeiros da amostra (151 sujeitos) apresentavam Desgaste Emocional moderado e 27,03% alto (92 sujeitos), na época em que se aplicou o instrumento, enquanto que 39,64% apresentava Despersonalização moderada (135 sujeitos) e 29,99% alta (102 sujeitos). Considerando que a correlação entre essas duas escalas é de 0,52, pode-se supor, que o total de enfermeiros que apresentem problemas relacionados ao fenômeno de Burnout pode ser ainda maior, visto que essas duas sub escalas são independentes. Outro fator que deve ser considerado nesses dados, é a época da coleta dos dados, a qual não envolveu o período de férias dos enfermeiros, ocasião em que a sensação de cansaço e desgaste dos enfermeiros normalmente aumenta, em decorrência das férias dos companheiros, o que supõe que o enfermeiro que permanece trabalhando, assuma as atividades do colega em férias, gerando muitas vezes, sobrecarga de trabalho e conseqüente tensão.

E, considerando que os indivíduos mais desgastados, são os que tem menos tolerância para participar de outras atividades, como foi identificado por Kunkler e Whittick (1991), esse dado constitui outro elemento que pode ser correlacionado com esses dados, pois em torno de 25% dos enfermeiros não responderam ao questionário, o que leva a pensar que o percentual de enfermeiros acometidos pela Síndrome de Burnout, talvez seja ainda maior. Dado que, por estudos prévios pode ser hipotetizado, de que os sujeitos mais freqüentemente e intensamente desgastados, provavelmente não estão representados na amostra.

Um fator que talvez sirva de atenuante a esses dados, são os resultados da sub escala de Incompetência, onde 27,97% dos sujeitos (o que representa 95 enfermeiros) tem esse sentimento e 72,03% sentem-se de moderada a altamente eficazes em seu trabalho. No entanto, como a correlação entre

essa sub escala com as demais, é pouco significativa (-0,234 e -0,222), pode indicar que os indivíduos que tem sentimento de incompetência, talvez não sejam os mesmos que sentem-se despersonalizados e desgastados, ou como diz Delgado et al (1993) referindo-se a essa dimensão, quando afirmam que muitas vezes a sensação de incompetência pode estar encoberta por sentimentos paradoxos de onipotência, adotados pelo indivíduo, quando esse redobra seus esforços para afrontar as situações desgastantes, dando a impressão aos que o observam, de que seu interesse e dedicação são inesgotáveis.

Tendo em vista os índices de enfermeiros acometidos por alguma das dimensões da Síndrome de Burnout e, considerando que ela decorre de altos níveis de tensão no trabalho, os quais, por sua vez, conduzem a inadequadas atitudes de enfrentamento das situações conflitivas e conseqüentemente, aumentam o grau de tensão produzindo uma sensação de frustração pessoal, numa relação circular, é imprescindível que se consiga delimitar alguns fatores que possam ser considerados preditivos da Síndrome. Pois, através de sua identificação, poder-se-ia propiciar uma intervenção preventiva desse desajuste, considerando os altos custos que implica, no que se refere a má performance desses indivíduos no trabalho, o absenteísmo, treinamento, recrutamento, rotatividade e doenças que os acometem.

Assim foi investigada a associação entre algumas variáveis demográficas e a Síndrome de Burnout, as quais, no entanto, não podem ser consideradas associadas, face a baixa correlação que obtiveram. Logo, tanto a idade, como o tempo que o enfermeiro exerce a profissão ou atua nas instituições em que foi realizado o presente estudo, obtiveram correlações insignificantes com as sub escalas do Inventário de Burnout, não reproduzindo os resultados de investigações estrangeiras sobre o tema. O

mesmo ocorreu com as variáveis demográficas estado civil, grau de escolaridade, tipo de treinamento que o indivíduo recebeu e escolha da área de trabalho, bem como, com as variáveis de atividades extra laborais desenvolvidas pelos indivíduos, tais como, a realização de afazeres domésticos, trabalhar em duas instituições simultaneamente, ler, estudar, ver televisão, ir ao cinema ou teatro e realizar atividades físicas.

A falta de correlação entre algumas variáveis, consideradas como fortemente associadas ao Burnout que, no entanto, não foram correlacionadas na presente investigação, constituíram um fator que despertou atenção. Entre essas, encontra-se a idade dos sujeitos, visto que a presente amostra foi composta por um grande percentual de enfermeiros jovens, principalmente na Instituição B. Outro fator, foi o tempo que estes exercem a profissão, já que na Instituição B encontra-se um percentual significativo de recém formados e que, conseqüentemente, atuam a pouco tempo na instituição. No entanto, estes dados demográficos, visivelmente distintos entre as duas instituições, não tiveram influência sobre os escores do Inventário de Burnout, das duas instituições.

A pesar de não terem sido encontradas associações significativas entre essas variáveis e o Burnout, dois pontos importantes devem ser ressaltados, face a sua significativa associação ao Burnout, ou seja, em primeiro lugar, que trata-se de uma amostra feminina, sendo que a variável gênero feminino, foi associada à Síndrome de Burnout por diferentes autores (Freudenberger e North, 1985; Burke e Greenglass, 1989, Pitta, 1991). Em segundo lugar, a própria profissão de enfermeiro, a qual caracteriza-se por ser um ofício de cunho assistencial e que pressupõe relações interpessoais diretas e, na maioria das vezes, intensas, o que é considerado um fator, talvez preditivo, da Síndrome. E, por outro lado, é uma ocupação que tem

estressores de diferentes naturezas, intensidade e duração, em virtude das características próprias do trabalho, as quais envolvem, muitas vezes, decisões bastante difíceis para os enfermeiros.

Outro resultado significativo dessa investigação, ocorreu quando foram correlacionados os setores onde os enfermeiros trabalham ao Burnout. Nessas correlações encontrou-se diferenças estatisticamente significativas na análise das variâncias das médias, entre os setores de trabalho e as sub escalas de Desgaste Emocional e Despersonalização. Esses dados levam a crer que o desgaste apresentado pelos enfermeiros no Inventário de Burnout, decorre das condições próprias do trabalho (variáveis de contexto), ou seja, da excessiva pressão sócio ambiental do contexto laboral, a qual talvez tenha obscurecido outras associações significativas com a Síndrome.

Assim verificou-se que os escores dos enfermeiros do setor de Emergência dos dois hospitais, foram os maiores tanto em Desgaste Emocional como em Despersonalização, concordando com os dados encontrados por Ribeiro et al (1993), os quais afirmam que 62,30% do estresse dos enfermeiros, decorre das próprias condições de trabalho. Também os enfermeiros das Unidades de Internação clínica e cirúrgica de adultos, possuem um alto Desgaste Emocional, uma vez que obtiveram a segunda maior média nesta sub escala, seguidos pelos enfermeiros das Unidades de Tratamento Intensivo e pelos ocupantes de cargos de Chefia. Já a ordem dos escores em Despersonalização muda um pouco, pois os cargos de Chefia alcançaram a segunda maior média, seguidos pelos enfermeiros da Unidades de Tratamento Intensivo e Unidades de Internação. Sendo que as médias dos enfermeiros do setor de Emergência e Chefias tiveram diferenças estatisticamente significativas com os demais setores, sobressaindo-se, nessa análise. O que talvez possa explicar o “por que”

desses setores serem mais desgastantes que outros, prende-se ao fato de que esses talvez exijam maiores períodos concentração no trabalho e também, devido ao impacto que, muitas vezes, produzem suas decisões sobre questões vitais para as pessoas. A partir desses resultados, pode-se inferir que a especificidade de cada setor deve ser considerada quando se realiza uma análise, considerando que os setores com maiores escores, possuem características bastante distintas de trabalho.

Na análise das Variáveis de Contexto, alguns resultados ratificam os achados do Inventário de Burnout. Um desses achados refere-se ao fato que também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os escores deste teste, nas duas instituições da amostra. No entanto, no estudo das duas escalas, houve correlação superior a 0,50 entre a sub escala de Desgaste Emocional e as sub escalas Desenvolvimento da Carreira, Sobrecarga de Trabalho Qualitativa e Quantitativa e Estrutura Organizacional. Considerando que o Desgaste Emocional caracteriza-se, justamente, pela percepção de sobrecarga de trabalho e que tanto a sub escala de Estrutura Organizacional, como as de Sobrecarga de trabalho, refletem em seu construto questões relativas a conflitos no trabalho, a própria sensação de sobrecarga, tiveram correlações significativas. Já a sub escala Desenvolvimento da Carreira refere-se especificamente a percepção de oportunidades de progresso na carreira, e como essa sub escala teve uma média relativamente baixa entre as categorias do contexto de trabalho (3,90 na Instituição A e 4,07 na B) pode-se inferir que para a grande maioria dos enfermeiros esta variável não os aflige tanto como relacionamento interpessoal ou a sobre carga de trabalho. Isto pode ser atribuído ao fato de que a grande maioria dos enfermeiros possuem pouco tempo de trabalho na instituição, onde 30,21% trabalham menos de cinco anos nas respectivas

instituições, o que faz com que muitos indivíduos ainda não tenham se preocupado com o desenvolvimento da carreira.

Na Análise das Variâncias entre os setores de trabalho e as sub escalas das Variáveis de Contexto, houveram diferenças estatisticamente significativas entre os setores de Emergência, Chefias e Unidades de Tratamento Intensivo com os demais setores de atuação, nas sub escalas de Sobrecarga quantitativa e qualitativa de Trabalho, reproduzindo grande parte dos resultados obtidos na Análise de Variâncias entre o Desgaste Emocional e os setores de trabalho. Estes resultados provavelmente reforçam as correlações entre essas variáveis.

No entanto a sub escala com maior pontuação entre as Variáveis de Contexto, foi a de Relações Interpessoais (6,31, na Instituição A e 7,03, na B), caracterizando uma amostra preocupada com essas questões, o que talvez se explique novamente, a partir do fato da enfermagem ser uma profissão de caráter humanista, na qual as relações interpessoais constituem um instrumento fundamental para seu exercício, constituindo uma preocupação dos sujeitos.

Houve correlação, porém pouco significativas, entre a variável tempo que o indivíduo exerce a profissão e as sub escalas de Sobrecarga de trabalho Quantitativa e Qualitativa, Relações Interpessoais e Desenvolvimento da Carreira. E, na Análise da Variância, houve diferenças significativas entre a escolha do setor de trabalho e as sub escalas Ambigüidade de Funções e Estrutura Organizacional, o mesmo ocorrendo com a variável realizar afazeres domésticos. Já a variável praticar atividades físicas, teve diferença significativa com o Desenvolvimento da carreira. No entanto, como essas correlações foram bastante baixas, foram consideradas

pouco significativas nessa investigação. As demais variáveis demográficas e de atividades extra laborais, não obtiveram associações significativas com as Variáveis de Contexto.

Tendo em vista de muitos dos resultados do teste de Variáveis de Contexto ratificarem, em parte os do Inventário de Burnout, cabe lembrar que este instrumento necessita ser ampliado e refinado para que alcance melhores índices de fiabilidade em suas sub escalas.

O tema abordado na presente investigação é bastante amplo, prestando-se como objeto de futuras investigações, por parte de pesquisadores conscientes da importância de um conhecimento mais aprofundado, no que se refere ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros dentro dos hospitais, em todos os sentidos, visto que a temática não está esgotada. E, nesse sentido, esta investigação pretende facilitar as linhas de indagação a seguir, a fim de poder conhecer mais a cerca do fenômeno e poder atuar, sobre ele, a níveis preventivos.

EPÍLOGO

A maioria das investigações sobre o desgaste profissional, entendido como estresse, Síndrome de Burnout ou qualidade de vida no trabalho, derivam de estudos com trabalhadores de organizações consideradas logicamente desgastantes. Porém são poucas as ocupações que tem sido alvo de tantos estudos, especialmente na realidade americana, como a profissão de enfermeiro e, principalmente daqueles que atuam a nível hospitalar. Isto, possivelmente, prende-se ao fato de que a situação em que se encontram esses profissionais, torna-se preocupante, em decorrência dos reflexos que produz sobre o trabalho da própria equipe interdisciplinar, bem como, do paciente e família.

Logo, também este estudo prendeu seu foco ao desgaste profissional do enfermeiro que trabalha em hospital, considerando a vivência da investigadora nesse meio, o qual, com certeza, leva ao desgaste do enfermeiro. Assim pois, surgiu a motivação para trabalhar com este tema e comprovar, através da investigação empírica, um sentimento vivenciado durante vários anos de convívio no ambiente hospitalar. Sentimento esse que, no entanto, não parecia tão claro, pois havia uma dúvida a qual se referia a percepção seletiva que, por ventura, pudesse existir a cerca da

observação desse fenômeno, produzindo certa distorção na apreciação da realidade.

Por conseguinte, durante todo o transcorrer dessa tese, sempre houve a preocupação de manter uma conduta extremamente científica, afastando qualquer possibilidade de contaminação dos dados, para que estes refletissem, com fidelidade, a realidade que estavam comprovando e assim venham a servir como uma contribuição a futuros estudos na área e, também, como elementos a serem considerados em programas de intervenção junto a enfermeiros, bem como, a própria enfermagem. E, talvez, a postura adotada, de uma preocupação maior com o tema, a qual extrapola a simples curiosidade ou a necessidade de concretizar uma tese de doutorado, tenha sensibilizado os enfermeiros da presente amostra a participarem dessa investigação, no que se refere ao alto índice de questionários que foram devolvidos preenchidos, o que não é habitual que ocorra.

Outro aspecto relevante que foi considerado para eleição desse tema, é a problemática da saúde do enfermeiro, em especial os vínculos possíveis entre saúde mental e trabalho, uma vez que o construto do Burnout é importante, não só por sua repercussão sobre a saúde do indivíduo, mas também pelo reflexo que produz sobre a qualidade do trabalho que desenvolve, criando muitas vezes, verdadeiras reações conflitivas, em cadeia.

Logo, os resultados encontrados nessa investigação são bastante preocupantes, uma vez que atribuem o fenômeno de Burnout a pelo menos um terço dos enfermeiros da amostra analisada que responderam ao questionário, isso sem considerar aqueles 25% que não os devolveram, os

quais poderiam estar inclusive mais comprometidos que os identificados até o momento. A partir dessas questões e considerando que o Inventário de Burnout permite uma visão compreensiva da realidade institucional através da percepção dos enfermeiros, os resultados encontrados devem ser apreciados com especial atenção.

Assim que a temática da presente investigação desenvolveu-se em torno do esforço para definir operativamente uma proposta de instrumentos que realmente meçam o desgaste profissional do enfermeiro que atua em hospital, bem como, para definir operativamente algumas variáveis que possam ser consideradas preditivas, tornando mais preciso o âmbito teórico e de investigação, no qual se apoia o potencial preditivo do desgaste profissional.

A partir desse pressuposto, o estudo em pauta está associado ao entendimento interativo e transacional da conduta do enfermeiro, em suas diversas manifestações, e assim se sustenta que as variáveis de Sobrecarga de trabalho, Desenvolvimento da Carreira e Estrutura Organizacional podem atuar como fatores preditivos do Desgaste Emocional do enfermeiro que trabalha em hospital, na interação com a dimensão estressante do setor em que ele desenvolve seu trabalho cotidiano, principalmente quando os setores de trabalho constituem áreas críticas ou a ocupação de cargos de chefias.

Outra constatação, que decorre dos resultados referentes a influência dos fatores especificamente relacionados ao trabalho, é que talvez a excessiva pressão sócio ambiental do contexto laboral, tenha obscurecido outras associações significativas com a Síndrome de Burnout. Essas possibilidades levam a sugerir que sejam realizadas outros estudos a fim de comprovar

essa suspeita, uma vez que a presente temática é bastante ampla, prestando-se a diferentes estudos na área.

No entanto, a maior parte das publicações sobre os fatores de desgaste de trabalhadores, incluindo essa tese, preocupam-se mais com os aspectos de identificação do problema que pela prevenção e manutenção de condutas de saúde, talvez porque as condutas de saúde impliquem em circunstâncias sócio econômicas políticas que em boa medida, escapam ao controle do indivíduo, ao menos nas sociedades democráticas ocidentais, como afirma Ibáñez (1991). Dentro dessa perspectiva, verifica-se que o Inventário proposto por Maslach e Jackson, para avaliar a Síndrome de Burnout, tem seu mérito a medida que realmente identifica os indivíduos acometidos por essa Síndrome. No entanto, é um modelo que identifica os traços, mas não explica sua origem o que torna difícil um conhecimento mais aprofundado sobre as reais circunstâncias em que se desenvolve, por outro lado, como o Inventário mede três dimensões independentes, não fica explícito se existe uma ordem de aparecimento dos sintomas ou não, bem como, até que ponto essas variáveis são associadas. Outro problema é a baixa fiabilidade da sub escala de Despersonalização na grande maioria das investigações que utilizaram essa escala, o que depõe, de certa forma, contra os resultados dessa sub escala. A partir dessas limitações, optou-se pela associação do maior número possível de variáveis, a fim de determinar as mais preditivas dessa Síndrome.

E, também, optou-se pelo estudo piloto apresentado no Anexo E, como uma proposta de um modelo exploratório de investigação, o qual pode perfeitamente ser associado a escalas de medida, como as utilizadas na presente investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, E. y Fernandez, L. (1991a) "El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios". En *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria. La Coruña*, v. XI, n.39, p. 257 - 65.
- Alvarez, E. y Fernandez, L. (1991b) "El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (II): Estudio empirico de los profesionales gallegos del area de salud mental". En *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*. La Coruña. v. XI. n. 39, p. 266 - 73.
- Anderson, M. B.; Ivannicki, E. F.(1984) "Teacher motivation and its relationship to Burnout". En. *Educational Administration Quartely*. v.20, p. 109-32.
- Anguera, M.T. (1983) *Manual de prácticas de observación*. México: Trillas.
- Anguera, M. T. et al (1991) *Metodología observacional en la investigación psicológica. Fundamentacion (1)*. Barcelona: PPU. v. I.
- Ardila, R. (1986) *Psicología del trabajo*. Santiago: Editorial Universitaria. (2° ed.)
- Bardin, L.(1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bermúdez, J. (1986) *Psicología de la personalidad*. Madrd: UNED. 2 v. (2° ed.)
- Bermúdez, J. (1991) "Estilo de vida y salud - Precisiones Conceptuales y metodologicas". En: Ibáñez, E. *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro. (p. 21-35).
- Bermúdez, J. (1994) *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.(2 v.), (5° ed.), (1° reimpresión)
- Bermúdez, J.; Sánchez, A.(1989) "Factores psicologicos asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares". En. Sandín, B.; Moreno, J. *Procesos emocionales y salud*. Madrid: UNED. (p.13 - 44).

- Bianchessi, D. L.; Ramos, M. Z.; Lautert, L (1994). "Análise retrospectiva dos motivos dos demissionários da área de enfermagem de um hospital geral - Estudo complementar". En *Anais científicos do HCPA*. n. 9, v. único.
- Bianchi, E.R. (1990) (Tese de Doutorado) *Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico*. São Paulo. Universidade de São Paulo, Curso de Enfermagem.
- Birney, M. H. (1991) "Psychoneuroimmunology: A holistic framework for the study of stress and illness". En *Holistic Nurs. Pract. Frederick*, v.5, n.4, p. 32 -38.
- Brenznitz, S. (1990) "Theory - based stress measurement? Not yet". En *Psychological inquiry*. v.1 (10), p. 17-19.
- Burlamaque, C.; Kruse, M. H. e Cunha, M. L. (1984) "O trabalho na enfermagem: Condições alternativas". En *Rev. Gaúcha de Enf.* n. 5, (2), p.137-183, jul.
- Burke, R. J. e Grenglass, E. R. (1989) "Sex differences in psychological burnout in teachers". En *Psychological Reports*. v.65, p.55-63.
- Cabanes, C. I. e Pujol, A. R. (1992) "Faltan enfermeras asistenciales". En *Rev. ROL de enfermería*, n. 167, p. 27 - 33, Jul/Ag.
- Caldwell, T. e Weiner, M. F. (1982) "Stresses and coping in ICU nursing". En *General Hospital Psychiatry*. n3, p.119 - 127.
- Carmines, E.G. e Zeller, R. A.. (1979) *Reliability and validity assessment* California: SAGE.
- Cherniss, C. (1980) *Professional burnout human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1983) *Staff Burnout. Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage. (4° ed.)
- Chiriboga, D.A. ; Bailey, J (1986). "Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: A comparative study." En *Critical Quartely*. n.9, p. 84 - 92.
- Ciampone, M. H.T. (1987) (Dissertação de mestrado) *Administração participativa: análise de uma experiência vivenciada por um grupo, na prática da enfermagem hospitalar*. São Paulo, 1987. 144 p. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Cohen-Mansfield, J. e Rosenthal, A.S. (1989). "Absentism of nursing staff in

- a nursing home". En *Int. J. Nurs. Stud.*, 26 (2), p. 187 - 194.
- Comelles, J. M. (1992) "Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria". En *Rev. ROL de enfermería*. n. 172, p.35-41, Dicemb.
- Comiotto, M S. (1992) (Tese de Doutorado) *Adultos médios: Sentimentos e trajetória de vida. Estudo fenomenológico e proposta de auto - educação*. Porto Alegre, 1992. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Curso de Ciências Humanas.
- Cox, T. (1987) "Stress, coping and problem solving". En *Work and stress*, v.1, 1, p.5 - 14.
- Crawford, S. L. (1993) "Job stress and occupational health nursing". En *AAOHN Journal*. v.41, n11, p.522 - 27.
- Cronin-Stubbs, D. e Roocks, C. A. (1985) "The stress, social support, and burnout of critical care nurses: The results of research". En *Heart & Lung*. n.14, p.31 -39.
- Davidhizar, R. e Bowen, M. (1992) "Managing stress in the OR". En *Today's OR Nurse*. v. 14, n. 5. p. 24 - 9.
- Delgado, M.C.A. et al. (1992) (Documento não publicado) "*El -Burnout- O desgaste profesional: Estudio empirico de los profesionales de educación primaria en Salamanca*". Salamanca. Universidad Pontificia de Salamanca - Facultad de Psicología.
- Delgado, C. et al. (1993) "Revisión teórica del burnout - o desgaste profesional en trabajadores de la docencia". En *CAESURA*. n.2, p.47-65, Jan/Jun.
- Dennis, S. (1983) "Practical solutions for teacher stress". En *Theory into Practice*, v.22, (1), p.33-44.
- Dewe, P. J. (1988). "Investigating the frequency of nursing stressors: a comparison across wards". En *Soc. Sci. Med.*, 26 (3), p. 375- 380.
- Dewe, P. J. (1989) "Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups". En *Journal of advanced nursing*. Oxford, 14, p. 308 - 20, Apr.
- Edelwich, J. e Brodsky, A. (1980) *Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Escribá, V. (1992) "Condiciones de tralho en el hospital". En *Rev. ROL de Enfermería*, n.170, p. 67 -71, Oct.

- Fimian, M.J.; Blanton, L.P. (1986) "Stress, burnout and role problems among teacher trainees and first-year teachers." En: *Journal of occupational behaviour*. 8 (2), p. 157 -165.
- Fimian, M.J. et al. (1989) "The measure of classroom stress and burnout among gifted and talented students". En: *Psychology in the Schools*. v.26, p.139-153.
- Fornés, J.(1994) "Resposta emocional al estrés laboral". En *Rev. ROL de enfermería*, n. 186, p. 31 - 39, Feb.
- Foster, V. (1987) "Supervisor impact on stress and burnout". En *Today's OR nurse*. Thorofare, v.9, n.12, 24 -9, Dec.
- Freudenberger, H. e North, G. (1985) *Women's burnout*. New York: Doubleday Company. 233p.
- Freudenberger, H. e Richelson, G. (1980) *Burn-out: the high achievement*. Ney York: Doubleday Company. 210p.
- Gentry, W.D. e Parkes, K.R. (1982). "Psychologic stress in intensive care unit and non-intensive care unit nursing: A review of the past decade". En. *Heart & Lung*. Jan./Feb. v.11, n.1.
- Germano, R. M. (1985) *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez. (2º ed).
- Gil, P.R. ; Schaufeli, W.B. (1991) "Burnout en enfermería: un estudio comparativo España - Holanda". En. *Psicología del trabajo y de las organizaciones*. v.7, n. 19, p. 121 - 130.
- Goldim, J. R. (1990) "Instrumento de coleta de dados". En *Revista HCPA. Porto Alegre*, 10 (2), p.120-124.
- Giroud, F. (1993) "Papo de mulher para homem". En *Folha de são Paulo*. São Paulo, 11. jul.
- Greenglass, E; Pantony, K e Burke, R. J. (1988) "A gender - role perspective on role conflict, work strees and social support". En *Journal of social behavior and personality*. v.3, n.4, p. 317-28.

- Hampson, S.E. (1986) *La Construcción de la personalidad*. [Trad. María José Báguena y Amparo Belloch]. Barcelona: Paidós.
- Heim, E. (1992) "Stressors in health occupations. Do females have a greater health risk?" En *Z Psychosom Med.Psychoanal*. Germany, 38 (3): 207 - 226.
- Hillhouse, J. e Adler, C. (1991) "Stress, health, and immunity: A review of the literature and implications for the nursing profession". En *Holistic Nurs. Pract. Frederick* v.5, n.4, p. 22 -31.
- Hoefel, M. da G. et al. (1992) (Documento não publicado) *Perfil de saúde PRO-CEMPA*. Porto Alegre: Grupo Laboro.
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (1994) *Relatório anual - 1993*. Porto Alegre: HCPA. 31 p.
- Huckaby, L.M.D.; Jagla, B. (1979) "Nurses' stress factors in the intensive care unit". En *Journal of Nursing Administration*. n.9, p. 21 -26
- Ibáñez, E. (1991) "Estilos de vida y enfermedad - Historia y vicisitudes de un concepto". En: Ibáñez, E. *Psicología de la salud y estilos de vida* Valencia: Promolibro. p. 11 - 20.
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. (1994) *Relatório da provedoria referente ao ano 1993*. Porto Alegre: Pallotti.63 p.
- Ivancevich, J. M. e Matteson, M.T. (1980) *Stress and work - A managerial perspective*. Palo Alto: Scott Foresman and Company.
- Iwanicki, E. F. e Schwab, R. L. (1981) "A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory". En *Educational and Psychological Measurement*. Connecticut, v. 41. p.167-74.
- Yela, J. R. et al. (1994). (Documento não publicado) "*Estrés, «Burnout» (desgaste profesional) y estrategias de afrontamiento: Estudio empirico en una muestra de profesionales de educación secundaria en Salamanca*". Salamanca. Universidad Pontificia de Salamanca - Facultad de Psicología.
- Jacobson, S. F. (1983) "Nurses'stress in intensive and nonintensive care units". En Jacobson S.F. y Mc Grath, H.M. *Nurses under stress*. New York: Jonh Wiley, (cap.4), (p.61- 83).
- Keijers, G. J.; Schaufeli, W. B. (1992) "Nurse burnout, nurse autonomy and the use of sophisticated technology in intensive care units. Spain" *Paper presented at the 6th European Congress on Work and Organizational*

Psychology. April 14- 17.

- Keijsers, G. J. et al. (1993) *Performance and burnout in care units*. (Documento não publicado) 7 p.
- Kerlinger, F. N. (1975) [Trad. José Rafael Blengio y José Carmen Pecina H.] *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana. (2 ed.)
- Kerlinger, F.N. (1980) [Tradução Helena M. Rotundo] *Metodologia da pesquisa em ciências sociais. Um tratamento conceitual*. São Paulo: E.P.U.
- Kobasa, S. (1982) "Commitment and coping in stress resistance among lawyers". En *Journal of personality and social PS*. v. 42, n. 4. p. 707 - 17.
- Kunkler, J. e Whittick, J. (1991) "Stress - management groups for nurses: Practical problems and possible solutions". En *Journal of Advanced Nursing*. v.16, p. 172 - 76.
- Labrador, F. J. e Crespo, M. (1993) *Estrés - Transtornos psicofisiológicos*. Salamanca: Eudema
- Lanzarote, M. A. et al.(1993) "Ansiedad en los profesionales de enfermería". En *Rev ROL de enfermería*. Barcelona, n. 184, p. 83 -86, Dic.
- Laurell, A. e Noriega, M. (1989) *Processo de produção e saúde - Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1987) "Transactional Theory and research on emotions and coping". En *European Journal of personality*, 54, p. 141 - 69.
- Leatt, P. e Schneck, R. (1985). "Differences in stress perceived by headnurses across nursing specialities in hospitals". En *Journal of advanced Nursing*. n.5, p.31-46.
- Leopardi, M. T. (1994) *Entre a moral e a técnica: Ambigüidades dos cuidados da enfermagem*. Florianópolis: Ed. da UfSC.
- Lima, M. J.(1993) *O que é enfermagem*. São Paulo: Brasiliense.
- Llopis, S. et al. (1993). "Motivación laboral - Creación de círculos de calidad". En *Rol de enfermería*. n.176, abril.
- Loyola, C. (1988) "Os dóceis corpos do hospital. As enfermeiras e o poder insti-

- tucional na estrutura hospitalar". En: *Encontro Interamericano de pesquisa qualitativa em enfermagem*. São Paulo: USP, p.126-130.
- Lorente, A. P. (1982) "El stress de los profesores: Estrategias psicologicas intervención para su manejo y control". En *Revista Española de Pedagogía*. España, Año X, n°.157, p. 17 - 45, Jun./Set.
- Mallett, K. et al (1991). "Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospices and critical care nurses". En *Psychological Reports*. n.68, p. 1347 - 1359.
- Martín, M.F.T. e Delgado, M.C.(1993) *A.Estadística aplicada - Tratamiento informático con Stat - View 512+*. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca.
- Maslach, C.(1982) *Burnout. The cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C. e Jackson, S. (1981) "The measurement of experienced Burnout". En *Journal of Occupational Behavior*. n.2, p. 99-113.
- Maslach, C. ; Jackson, S. (1985). "The role of sex and family variables in burnout". En *Sex roles*, n. 12, p. 837-851
- McGee, R. A. (1989) "Burnout and professional decision making: an analogue study". En *Journal of Counseling Psychology*. v.36, n.3, p. 345-351.
- Mendes, I. A. C. (1991) *Pesquisa em enfermagem*. São Paulo: EDUSP.
- Moreno, B; Oliver, C. e Aragonés, A. (1990) "El burnout una forma específica de estrés laboral". En *Parentia presentada en el II Symposium de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid, p. 271 -79, Jan.
- Moreno, B.; Rueda, R. (1987) "La evaluación cognitiva del patrón A de conducta: el lugar de control". En. *Evaluación Psicológica*. v.3, n.1, p.79-100.
- Moos, R.H. e Swindle, R.W. (1990) "Person - environment transactions and the stressor - Appraisal - Coping". En *Psychological Inquiry*. n. 25, p. 122-131
- Muñiz, J. (1992) *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Oehler, et al. (1991) "Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses". En. *Heart & Lung*. v.20, n.5, 50- 505.
- Packard, J. S. e Motowidlo, S. J. (1987)"Subjective stress, job satisfaction, and

job performance of hospital nurses". En *Research in nursing & health*. Pennsylvania, p. 253 - 261, oct.

- Paraguay, A. I.B. (1990) "Estresse, conteúdo e organização do trabalho: Contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho". En *Revista brasileira de saúde ocupacional*. n.70, v.18, p. 40-43, maio/junho.
- Pedrabissi, L.; Santinello, M. (1989) "La sindrome di Burnout: dalle ricerche americane nuove proposte di lettura del disagio professionale degli insegnanti" En: *Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e Socializzazione - Università di Padova*. p. 67-76.
- Peiró, J.M. (1992) *Psicología de la organizacion*. Madrid: Universidad Nacional de Educacion a Distancia. V. I e II.
- Peiró, J. M. (1993) *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. M y Salvador, A. (1993) *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pines, A. e Aronson, E. (1988) *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: The Free Press. (4° ed.)
- Pitta, A. (1991) *Hospital - Dor e morte como oficio*. São Paulo: Hucitec. (2°ed.)
- Plant, M.L; Plant, M.A. e Foster, J. (1992) "Stress, alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a scottish study". En *J. Adv. Nurs*. Oxford, 17 (9): 1057-67, sep.
- Polit, D. F. e Hungler, B. P. (1985) [Traducción:José R.B.Pinto, Homero V. Treviño] *Investigacion científica en ciencias de la salud*. México: Interamericana (2° ed.).
- Power, K.G. e Sharp, G.R. (1988). "A comparison of nursing stress and job satisfaction among mental handicap and hospice nursing". En *J. of Advanced Nursing*. n. 13, p. 726-732.
- Randolph, G.L; Price, J. L e Collins, J.R.(1986) "The effects of burnout prevention training on burnout symptoms in nurses". En *J.Contin. Educ. Nurs*. Thorofare, 17 (2): 43-9, Mar./Apr.
- Ribera, D. et al (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*. Alicante: Universidade de Alicante.
- Ross, R; Altmaier, E. M.e Russel, D. W. (1989) "Job stress, social suport

and burnout among counseling center staff". En *Journal of Counseling Psychology*. v.36. n.4, p.467-470.

- Salgado, A. et al. (1992) (Documento não publicado) *El "Burnout" o desgaste profesional: Estudio empirico en los profesionales de educacion primaria en Salamanca*. Proyecto Investigación Caja Ahorros.
- Selye, H. (1956) *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974) *Stress without distress*. New York: New American Library.
- Sandín, B. (1989) "Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas." En. Sandín, B.; Moreno, J. *Procesos emocionales y salud*. Madrid: UNED.p. 45-72.
- Santisteban, C. (1990) *Psicometria - Teoría y práctica en la construcción de test*. Madrid: Ediciones Norma.
- Sauter, S.L.; Hurrell, J.J.; Cooper, C.L. (Eds) (1989) *Job control and worker health*. Chichester: Jonh Wiley & Sons
- Schutz, R.W.; Long, B.C. (1988) "Confirmatory factor analysis, validation and revision of a teacher stress inventoty". En: *Educational and Psychological Measurement*. n. 48, p. 497 -511.
- Tittoni, J. (1994) *Subjetividade de trabalho*. Porto Alegre: Ortiz.
- Trentini, M.e Paim,L. (1992) "Enfermagem ciência ou profissão?" En *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.13, n.1, p. 28-33, jan.
- Tripodi, T. et al. (1981) *Análise da pesquisa social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves (2a. ed.)
- Unicovski, M. A. R.(1993) (Dissertação de Mestrado) *Fatores geradores de satisfação e insatisfação na profissão do enfermeiro - Opinião dos enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais e alunos de enfermagem*. Porto Alegre. 213 p. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Educação.
- Vendrell, T. I. (1988) "Síndrome de Burn out: Enfermería, grupo de alto riesgo". En *Rev. Rol de enfermeria*. Barcelona, v.11, n.116, p. 53-6, Abr.
- Vieira, D. F. V.B. (1993) (Dissertação de Mestrado) *Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em um hospital de ensino*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Faculdade de Ciências Econômicas).

- Watson, R. (1992) "Is elderly care research based?" En *Nurs. Stand.* England, 6 (48): 37-9, Aug.
- Williams, A. M. (1989 a) "Burnout: The effect of psychological type on research findings". En *Journal of Occupational Psychology*, 62, p. 223 - 234.
- Williams, C. (1989 b) "Empathy and Burnout in male and female helping professionals". En *Research in Nursing & Health*, 26, p.213 - 218.
- Winer, B. J. (1962) *Statistical principles in experimental design*. New York : Mc Graw Hill.

ANEXO A

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE

**CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE
DA INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO
ENFERMEIRO QUE ATUA A NÍVEL HOSPITALAR, SOBRE
SEU TRABALHO.**

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação, a qual constitui o tema de minha tese de doutorado em psicologia.

O objetivo dessa investigação é conhecer o ambiente onde você desenvolve seu trabalho, bem como, o perfil dos enfermeiros que trabalham no hospital e servir como proposta de elementos a considerar em programas de intervenção dirigidos aos enfermeiros e à organização, a fim de melhorar seu nível de satisfação profissional.

Na primeira fase da investigação usarei um questionário com afirmativas de algumas percepções que os enfermeiros tem sobre seu trabalho e o local onde o desenvolvem. A segunda fase constará de uma entrevista semi estruturada, realizada com apenas alguns dos participantes da amostra.

Não detenho nenhum cargo administrativo nas instituições onde está sendo desenvolvida a investigação, sendo que estas tomarão conhecimento dos resultados quando estes forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da amostra. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas.

Pelo presente Consentimento Pós Informação⁵, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caracter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando.

A pesquisadora responsável por esse projeto é Liana Lautert, professora de enfermagem, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética dessa instituição hospitalar em 15/03/1994.

Nome a assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

Data:

⁵ - O presente documento, baseado nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (in: Goldim, 1990), foi assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito da amostra e/ ou da instituição selecionada e outra com a pesquisadora.

ANEXO B

INVENTÁRIO DE BURNOUT E

**INVENTÁRIO SOBRE O CONTEXTO DE
TRABALHO DO ENFERMEIRO**

Porto Alegre, junho de 1994.

Caro colega

Solicito sua colaboração no sentido de preencher o presente questionário, o qual constitui o instrumento de coleta de dados para minha tese de doutorado em psicologia.

O objetivo dessa investigação é conhecer o ambiente onde você desenvolve seu trabalho, bem como o perfil dos enfermeiros que trabalham no hospital e servir como proposta de elementos a considerar em programas de intervenção dirigidos aos enfermeiros e à organização.

Os resultados desse questionário são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas.

Atenciosamente

Liana Lautert

Enfermeira/ doutoranda em psicologia

Dados de identificação:

Nome:

Gênero: () Feminino
() Masculino

Idade:anos

Estado civil: () Solteiro/Viúvo/ Desquitado/ Separado
() Casado/ Amasiado
() Tem companheiro
() Não tem companheiro

Tem filhos? () Sim
() Não

Grau de escolaridade: () Graduado () Concluído
() Especialização () Cursando
() Mestrado
() Doutorado

Tempo que trabalha na profissão:anos.

Tempo que trabalha na empresa:anos.

Área em que trabalha:

Você escolheu trabalhar nessa área? () Sim
() Não

Você recebeu treinamento para trabalhar nessa área? () Sim
() Não

Em caso positivo, qual o tipo de treinamento?

() Teórico () Com supervisão
() Prático () Sem supervisão

Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando nesta empresa?

() Realizando afazeres domésticos;
() Trabalha em outro local;
() Leitura de jornais e revistas;
() Olhando programas de televisão;
() Leitura de livros e ou estudando;
() Vai ao cinema / teatro;
() Realiza alguma atividade física

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

Apresento um exemplo que lhe ajudará a compreender o tipo de tarefa que deverá realizar. As frases que encontrará são desse tipo:

"Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho".

A cada frase deve responder expressando a freqüência que tem esse sentimento.

"Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho".

Com que freqüência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.

Com que freqüência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.

Com que freqüência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.

Com que freqüência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que freqüência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

7. Sinto que trato com muito efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

8. Sinto que meu trabalho esta me desgastando.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

11. Preocupo-me com este trabalho que esta endurecendo-me emocionalmente.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

14. Sinto que estou trabalhando de mais no meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

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

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

23. Os deveres e os objetivos de meu trabalho são claros para mim.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

24. A estrutura formal da instituição tem muitos trâmites.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

25. Eu não tenho que levar trabalho para casa ao final do expediente e finais de semana para pô-los em dia.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

26. As demandas de qualidade do trabalho são excessivas para mim.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

27. Tenho oportunidades propícias para avançar na organização.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

28. Meus colegas de trabalho não possuem espírito de equipe e atuam de forma individualista.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

29. A mim é claro a quem devo informar e quem deve informar-me.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

30. Eu estou no meio, entre as pressões de meus supervisores e as de meus subordinados.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

31. Eu gasto algum tempo em reuniões importantes, que me gratificam o meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

32. Minhas tarefas são, algumas vezes, muito difíceis e muito complexas.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

33. Se eu quiser adquirir níveis mais altos de desenvolvimento, tenho possibilidades dentro dessa organização.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

34. Existem conflitos entre a minha equipe de trabalhos e as outras que atuam no hospital.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

35. Eu tenho autoridade para levar a cabo minhas responsabilidades no trabalho.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

36. A corrente (cadeia) normal de comando não é observada, no local onde trabalho.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

37. Eu sou responsável, por um número manejável de tarefas e responsabilidades.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

38. O pessoal da minha equipe está desmotivado e produzindo um trabalho de baixa qualidade.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

39. Não estou sacrificando meu progresso na carreira por estar nesta instituição.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

40. Eu noto falta de colegismo entre meus colegas.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

41. Eu entendo perfeitamente o que é esperado de mim nesta instituição.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

42. Meu grupo de trabalho não tem status ou prestígio na organização.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

43. Eu simplesmente tenho trabalho suficiente que posso executar, em um dia ordinário.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

44. A organização espera mais de mim do que minha habilidade e destreza proporcionam-me.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

45. Eu tenho oportunidades para crescer e obter novos conhecimentos no meu trabalho.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

46. Faltam-me oportunidades para discutir meus sentimentos sobre o meu trabalho.
Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

47. Eu entendo a parte que meu trabalho representa no encontro conjunto dos objetivos organizacionais.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

48. Eu recebo solicitações conflitantes de duas ou mais pessoas.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

49. Tenho tempo para fazer uma pausa ocasional durante o trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

50. Eu tenho insuficiente treinamento ou experiência para cumprir algumas tarefas corretamente.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

51. Eu sinto que estou progredindo em minha carreira.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

52. Sinto dificuldades para realizar um trabalho interdisciplinar com as demais equipes com as quais atuo.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mes	Algumas vezes na semana	Diariamente

ANEXO C

**INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH
ESCALA DE CONVERSÃO**

INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH - ESCALA DE CONVERSÃO

A) DESGASTE EMOCIONAL.

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

DESPERSONALIZAÇÃO

5. Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.
11. Preocupo-me com este trabalho que esta endurecendo-me emocionalmente.
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
22. Parece-me que os receptores de meu trabalho, culpam-me por alguns de seus problemas.

INCOMPETÊNCIA (escore reverso)

4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender, se sentem a respeito das coisas.
7. Sinto que trato com muito efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.
9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.
17. Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho.
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.
21. No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.

ANEXO D

CONTEXTO DE TRABALHO ESCALA DE CONVERSÃO

CONTEXTO DE TRABALHO - ESCALA DE CONVERSÃO**AMBIGÜIDADE DE FUNÇÕES**

QUESTÕES 23; 29; 35; 41 E 47

- 23. Os deveres e os objetivos de meu trabalho são claros para mim.
- 29. A mim é claro a quem devo informar e quem deve informar-me.
- 35. Eu tenho autoridade para levar a cabo minhas responsabilidades no trabalho
- 41. Eu entendo completamente o que é esperado de mim, nesta instituição.
- 47. Eu entendo a parte que meu trabalho representa no encontro conjunto dos objetivos organizacionais.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

QUESTÕES 24; 30; 36; 42 E 48

- 24. A estrutura formal da instituição tem muitos trâmites.
- 30. Eu estou no meio, entre as pressões de meus supervisores e as de meus subordinados.
- 36. A corrente (cadeia) normal de comando não é observada, no local onde trabalho.
- 42. Meu grupo de trabalho não tem status ou prestígio na organização.
- 48. Eu recebo solicitações conflitantes de duas ou mais pessoas.

SOBRECARGA DE TRABALHO - quantitativa QUESTÕES 25; 31; 37; 43 E 49

- 25. Eu não tenho que levar trabalho para casa ao final do expediente e finais de semana para pô-los em dia.
- 31. Eu gasto algum tempo em reuniões importantes, que gratificam meu trabalho.
- 37. Eu sou responsável, por um número manejável de tarefas e responsabilidades.
- 43. Eu tenho a quantidade de trabalho que eu posso executar, em um dia ordinário.
- 49. Tenho tempo para fazer uma pausa ocasional, durante o trabalho.

SOBRECARGA DE TRABALHO - qualitativo QUESTÕES 26; 32; 38; 44 E 50

- 26. As demandas de qualidade do trabalho são excessivas para mim.
- 32. Minhas tarefas são algumas vezes muito difíceis e muito complexas.
- 38. O pessoal de minha equipe é desmotivado, produzindo um trabalho de baixa qualidade.
- 44. A organização espera mais de mim que minha habilidade e destreza proporcionam-me.
- 50. Eu tenho insuficiente treinamento ou experiência para cumprir algumas tarefas corretamente.

DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA

QUESTÕES 27; 33; 39; 45 E 51

- 27. Eu tenho oportunidades propícias para avançar na organização.
- 33. Se eu quiser adquirir mais altos níveis de desenvolvimento na carreira, tenho essa possibilidade nessa organização.
- 39. Não estou sacrificando meu progresso na carreira por estar nesta instituição.

45. Eu tenho oportunidades para crescer e obter novos conhecimentos no meu trabalho.

51. Eu sinto que estou progredindo em minha carreira.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

QUESTÕES 28; 34; 40; 46 E 52.

28. Meus colegas de trabalho não possuem espírito de equipe e atuam de forma individualista.

34. Existem conflitos entre a minha equipe de trabalho e as outras equipes que atuam na instituição.

40. Eu noto falta de coleguismo entre meus colegas de trabalho.

46. Faltam-me oportunidades para discutir meus sentimentos sobre o meu trabalho.

52. Sinto dificuldades para realizar um trabalho interdisciplinar com as demais equipes, com as quais atuo.

ANEXO E

ESTUDO PILOTO SOBRE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Estudo Piloto sobre Análise de Conteúdo

Análise das entrevistas com enfermeiros desgastados e não desgastados.

Nesta 5ª etapa, foram utilizadas entrevistas porque nelas se articulam as diferentes representações sobre as experiências vivenciadas pelos enfermeiros, que tem tradução nos conteúdos do discurso e nas práticas decorrentes. Pois considera-se que o significado atribuído à experiência que se produz no cotidiano do trabalho, remete à constituição de práticas diferenciadas por parte dos trabalhadores, que colocam em questão a forma como o trabalho se organiza nos diferentes locais onde se realiza (Tittoni, 1994). Logo, um trabalho que tenha como foco a percepção que os indivíduos tem das situações de trabalho, reúne atrás de si uma série de pressupostos elaborados por esses indivíduos, isolados ou em grupos, bem como, do próprio investigador.

Algranti (Anguera et al, 1991), advogando a favor do uso de entrevistas, descreve que a conduta verbal recolhida através de entrevistas se produz de forma espontânea e nos termos habituais do sujeitos, além da possibilidade do entrevistador fazer perguntas não previstas, obter maior cooperação do entrevistado e ter a segurança de que ele mesmo é quem contesta as perguntas e não qualquer outro conhecido ou familiar.

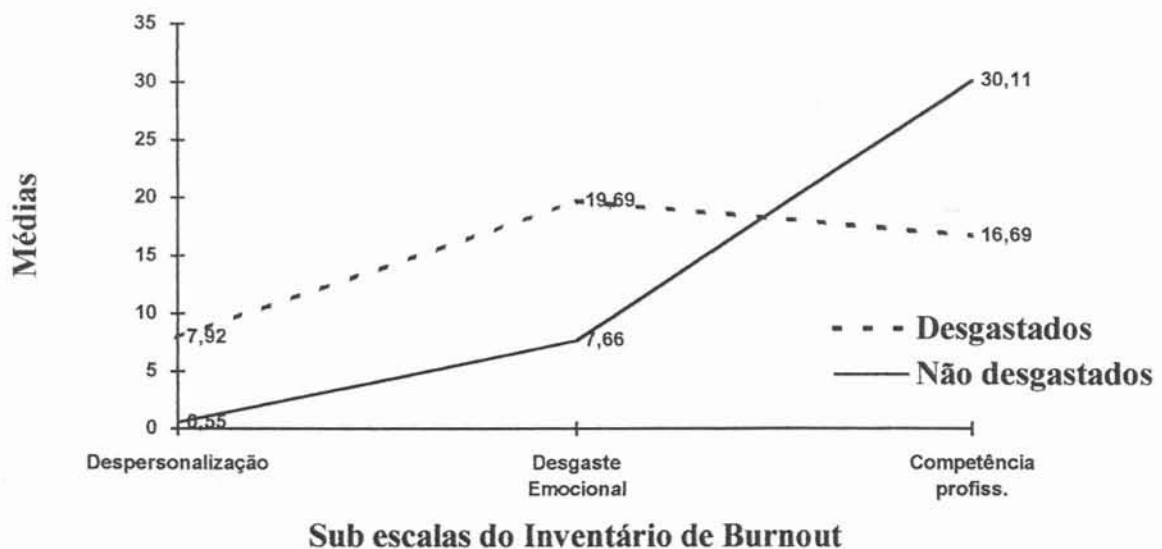
Optou-se pelo estudo das percepções porque elas exprimem o conceito e o juízo de uma pessoa ante um fato ou acerca de um estudo. Para tanto, foi elaborada uma entrevista semi - estruturada, cuja questão norteadora foi:

“Relata uma situação vivida por ti, a qual consideras que foi muito desgastante”.

Para seleção da amostra de sujeitos desgastados, isto é, daqueles indivíduos com altos escores nas sub escalas de Desgaste Emocional e despersonalização e baixos escores na de Incompetência e uma de indivíduos não desgastados, foram selecionados os 25% dos indivíduos que estavam nas extremidades das duas caudas da curva de distribuição dos escores, perfazendo dezoito (18) enfermeiros não desgastados e treze (13) desgastados.

A amostra

Médias dos escores dos enfermeiros desgastados e não desgastados



Na Figura, verifica-se que a amostra de enfermeiros desgastados apresenta escores justamente opostos aos da amostra de não desgastados, ou

seja médias elevadas em despersonalização e exaustão profissional e baixos em Incompetência.

Tabela 1

Distribuição de freqüência dos sub grupos de enfermeiros conforme o grau de desgaste, por instituição e local de trabalho.

NÍVEL INSTITUIÇÃO LOCAL TRABALHO	NÃO DESGASTADOS		DESGASTADOS			TOTAL				
	A		B		A	B	A + B			
	f	fr(%)	f	f	fr(%)	f	f	fr(%)		
	fr(%)		fr(%)							
UN.INTERNAÇÃO	4	33.34	4	66.66	1	25.00	1	11.11	10	32.26
UTI	--	----	--	----	--	----	3	33.35	3	9.66
AMBULATÓRIO	6	50.00	--	----	--	----	--	----	6	19.34
BC/ SR/ CME	--	----	--	----	2	50.00	2	22.22	4	12.89
EMERGÊNCIA	1	8.33	--	----	--	----	1	11.11	2	6.44
CHEFIA	--	----	--	----	1	25.00	2	11.11	3	9.66
PEDIATR./NEO.	1	8.33	2	44.44	--	----	--	----	3	9.66
Σ	12	100	6	100	4	100	9	100	31	100

Nesta Tabela 1 verifica-se uma incidência maior de enfermeiros pertencentes a unidades de internação (10), dado que esta relacionado ao fato de ser o maior setor dentro do hospital, exigindo um número maior de profissionais.

Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa entre o desgaste das amostras de enfermeiros das duas instituições, quando foram selecionadas as sub amostras de desgastados e não desgastados, para formar os sub grupos para entrevista, verificou-se que existem doze (12) enfermeiros não desgastados e quatro (04) desgastados na Instituição A, contra seis (06) não desgastados e nove (09) desgastados na Instituição B.

Outro fato que se reflete nesses dados, é a alta incidência de indivíduos desgastados trabalhando em setores considerados estressantes, como é o caso dos três (3) do centro de tratamento intensivo (CTI), quatro (4) enfermeiros que atuam no setor do bloco cirúrgico, sala de recuperação pós anestésica e centro de esterilização e material (BC, SR e CME). Também fazem parte desse sub grupo três enfermeiros que possuem cargos de chefia, setor apontado como desgastante na presente investigação. Outro setor considerado o mais desgastante nesta investigação, é o de emergência que, no entanto, só possui um (01) enfermeiro com escores de desgaste elevado, fazendo parte do sub grupo. Quanto aos enfermeiros não desgastados, estes atuam, na sua grande maioria, em setores mencionados na literatura como pouco produtores de desgaste ou estresse. 74,19% dos enfermeiros desse sub grupo, escolheu a área onde está trabalhando atualmente e 12,90% trabalham em outra instituição, concomitantemente. Entretanto, as únicas diferenças estatisticamente significativas entre esses sub grupos, referem-se a idade dos sujeitos e o tempo que trabalham na profissão de enfermeiro.

Tabela 2

Distribuição da frequência de idade dos enfermeiros desgastados e não desgastados das duas instituições da amostra.

<i>ENFERMEIROS</i> <i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>DESGASTADOS</i>		<i>NÃO DESGASTADOS</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>f</i>	<i>fr(%)</i>	<i>f</i>	<i>fr(%)</i>	<i>f</i>	<i>fr(%)</i>
22 ----- 31 anos	08	61,55	04	22,22	12	38,71
31,1 ----- 40 anos	04	30,76	09	50,01	13	41,94
40,1 ----- 49 anos	01	7,69	03	16,66	04	12,90
Mais de 49 anos	--	--	02	11,11	02	6,45
Σ	13	100	18	100	31	100

A associação entre a idade dos enfermeiros dos sub grupos e o desgaste profissional foi significativa com $p = 0,0343$ no Teste t de Student. Observando-se a Tabela 2, verifica-se a distribuição de 61,55% dos sujeitos

desgastados com idade inferior a 31 anos, evidenciando a influência que a pouca idade tem sobre o nível de desgaste do sujeito, confirmando os dados da tabela 1. A média de idade dos sujeitos desgastados foi de 31,3 anos e a dos não desgastados foi de 36,9 anos.

O método

Para o segundo momento da investigação (5º etapa), foi feito contato pessoal com cada um dos vinte e dois (22) enfermeiros selecionados, os quais foram contatados e marcados hora e local apropriados para a entrevista, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Esta fase desenvolveu-se de novembro de 1994 à janeiro de 1995. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas. Nessas gravações a conversa foi semi diretiva mas informal, de forma a garantir que os enfermeiros relatassem as situações que consideravam desgastantes e como as percebiam. Na transcrição das entrevistas, foi utilizada a linguagem própria dos entrevistados, incluindo as pausas e silêncios pois através da linguagem procurou-se compreender a percepção que os enfermeiros da amostra tem sobre o trabalho que executam como gerador ou não de desgaste profissional. O interesse aqui é apresentar como os trabalhadores percebem o trabalho, através da constituição do modo de ser, próprio de cada um.

A partir desse momento as entrevistas foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977, p.31), a qual a descreve como "*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*".

Para melhor compreensão do método utilizado, foi realizada uma síntese com descrição de cada uma das etapas.

<p>Etapas do desenvolvimento da análise de conteúdo das entrevistas</p>

1º - Pré análise

Transcrição das fitas cassete com as entrevistas
 Determinação de regras de recorte, de categorização e de codificação
 Leitura flutuante

2º - Exploração do material

Codificação dos recortes através de sete juizes, segundo as categorias pré estabelecidas: Exaustão Emocional, Despersonalização, Incompetência, Ambigüidade de funções, Sobrecarga de trabalho, desenvolvimento da carreira e Estrutura Organizacional.

3º - Tratamento dos resultados e interpretações

Síntese e seleção dos resultados
 Inferências
 Interpretação dos resultados

Seguindo a orientação da autora (id. 1977) a análise de conteúdo foi organizada em três pólos, quais sejam: 1º) a pré análise onde foi realizada leitura flutuante¹ das entrevistas e estabelecida a operação de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados. O critério de recorte utilizado na análise do conteúdo, foi de ordem semântica, a fim de identificar os núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou ausência tem algum significado. 2º) A exploração do material consistiu, essencialmente em operações de codificação² dos recortes efetuados durante a leitura, identificando as seguintes categorias: Exaustão Emocional, Despersonalização, Incompetência, Ambigüidade de Funções, Sobrecarga de trabalho, Desenvolvimento da carreira e Estrutura Organizacional. 3º) O tratamento dos dados obtidos foi realizado através de uma análise

¹ - Segundo Bardin (1997, p.96) consiste na ação de "estabelecer contacto com os documentos, analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações".

² - "É a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo gênero (analogia)..."(Bardin, 1977, p. 117)

quantitativa, fundada na frequência de aparição de certos elementos da comunicação, e uma análise qualitativa, caracterizada pelo fato de que as inferências realizadas, foram fundamentadas na presença do índice.

Algranti (in. Argilaga, 1991, p.368) referindo-se a validez da análise de conteúdo, descreve que “*los resultados de un análisis de contenido pueden considerarse válidos cuando las descripciones o inferencias realizadas concuerdan con datos externos al análisis, obtenidos de forma independiente*”.

Considerando que o interesse dessa análise, é construir um instrumento válido para captar a conduta espontânea, em situação natural, resolveu-se efetuar uma prova de fiabilidade da análise de conteúdo, a fim de garantir a precisão da medida. Para tanto, contactou-se com sete psicólogos e estudantes de psicologia para que servissem de juizes para esta análise.

Foram dadas instruções para que os juizes assinalassem a grade de frequência, sempre que identificassem as categorias selecionadas para essa análise, conforme esta descrito a seguir:

Categorias para Análise de Conteúdo das entrevistas.

Ler a entrevista e identificar através da análise semântica, as unidades de significados ou categorias que seguem:

Exaustão Emocional: Sentimento de perda de energia, esgotamento, fadiga em relação as demandas do trabalho.

Despersonalização: Há uma troca negativa nas respostas e atitudes com pacientes e funcionários. Esta acompanhada pelo aumento de irritabilidade, perda da motivação e ansiedade.

Incompetência: Sentimento de inadequação profissional e uma série de respostas negativas para consigo e com o trabalho. Esta acompanhada por baixa produtividade, incapacidade para suportar pressões e baixa auto estima.

Ambigüidade ou conflito de funções: Sentimento de encontrar-se pressionado por interesse distintos, sentir-se entre “dois fogos”; entre os interesses dos clientes e da empresa.

Sobrecarga de trabalho: Sentimento de que há excesso de demandas no trabalho para o trabalhador.

Desenvolvimento da carreira: Sentimento de que não está progredindo na carreira; que esta se sacrificando e pode pensar em trocar de carreira.

Estrutura organizacional: Sentimento relacionado ao tempo despendido por trâmites burocráticos, tipo de supervisão, normas e regulamentos da empresa.

ASSINALAR A FREQUÊNCIA

EXAUSTÃO EMOC
DESPERSONALIZ.
INCOMPETÊNCIA
AMBIGÜIDADE
SOBRECARGA
DESENV.CARREIRA
ESTRUTURA ORG.

Os resultados

Os resultados da análise de fiabilidade entre juizes foram dispostos em um quadro para análise. A partir dos resultados, expostos no quadro apresentado a seguir, foram realizadas algumas provas estatísticas para determinar o grau de ^{fiabilidade} fiabilidade entre juizes. Pois como descreve Anguera (1991), para obter dados com fiabilidade, é preciso que aos menos três codificadores independentes descrevam um registro em forma de categorias, valores numéricos ou variáveis. A fiabilidade se expressa como função do acordo no registro, entre os observadores. Para tanto utilizou-se a fórmula a apresentada por Anguera (1983, p. 95).

Quadro de distribuição da avaliação de freqüência do aparecimento das categorias pré fixadas, na análise de conteúdo da entrevista.

Categorias	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7
Exhaust.Emocional	9	7	10	6	8	14	11
Despersonalização	3	6	7	6	8	13	9
Incompetência	2	5	5	8	5	5	8
Ambig. Funções	3	7	3	3	2	3	5
Sobrec. Trabalho	5	11	7	8	9	6	9
Desenv. Carreira	0	1	4	2	3	6	4
Est. Organizacional	14	5	9	5	8	5	8

Acordos entre juizes

1ª fórmula utilizada:

$$\text{Índice de porcentagem de acordo} = \frac{\text{Número de acordos}}{\text{N.acordos} + \text{N.desacordos}} \times 100$$

De acordo com este cálculo proposto por Anguera (1983; 1991), obteve-se os seguintes percentuais: Exaustão Emocional = 43%; Despersonalização = 23%; Incompetência = 25%; Ambigüidade de Funções = 29%; Sobrecarga de trabalho = 45%; Desenvolvimento da Carreira = 17% e Estrutura Organizacional = 36%.

2ª fórmula: Alfa α de Conbach

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma^2 \times A_i^2}{\sum \sigma^2 \times A^2} \right)$$

Entre as diferentes teorias e fórmulas para estudar os efeitos que exercem a variabilidade dos sujeitos ou das condições de análise de conteúdo da entrevista, sobre a fiabilidade do método empregado, alguns autores como

Kerlinger (1975), Carmines e Zeller (1979), Santisteban (1990) e Muñiz, (1992), fazem uso do teste Alfa α de Conbach. Através da aplicação desta fórmula, às pontuações realizadas pelos juizes, obteve-se um resultado de $\alpha = 0,36$ para as sete categorias em conjunto.

Limitações da presente Análise de Conteúdo

Os coeficientes encontrados através da aplicação das duas fórmulas de fiabilidade apresentadas foi baixo devido a algumas limitações, quais sejam:

- a) O conteúdo da entrevista estava escrito no idioma original da enfermeira entrevistada (português), o que dificultou a compreensão do texto, visto que os juizes, dominavam o idioma espanhol e não o português;
- b) O conteúdo expresso pela enfermeira na entrevista, relacionava-se a funções, áreas e acontecimentos específicos do ambiente da enfermagem a nível hospitalar, o que constituiu outra dificuldade para os juizes, considerando que pertenciam a área da psicologia e não compreendiam alguns termos e expressões e
- c) Como tratou-se de uma proposta de um modelo alternativo de investigação, não houve a preocupação em preparar os juizes para essa análise e tão pouco realizar provas de exclusão de juizes muito divergentes, fato que contribuiu para a grande divergência dos resultados.

Exemplo de entrevista com uma enfermeira, avaliada como desgastada através do Inventário de Burnout.

Escores no Inventário de Burnout: Exaustão Emocional = 25 pontos; Despersonalização = 15 pontos e Incompetência = 15 pontos.

Pergunta: Relata uma situação vivenciada por ti, ligada a profissão ou a vida pessoal, a qual tenhas sentido que foi muito desgastante para ti.

Enfermeira: É, eu acho que assim, o que me tem desgastado atualmente, nesse momento é que nós estamos passando no hospital, é a falta de funcionários e o descaso. Acho que existe um descaso profundo e importante em relação as chefias a minha chefia principalmente. Eu trabalho com hospital especializado, com pacientes particulares que te exigem até o suspiro, que te chamam para ver a hora, que te chamam para pegar um copo d'água, pra ti ligar a televisão, ligar o ar condicionado, entendeu? E simplesmente assim, as pessoas gerenciam a instituição ali, como se isso fosse uma empresa de bonecos, entendeu? como se a coisa não acontecesse. Eu agora ando trabalhando na seguinte situação: eu estou no auge do meu estresse, de uns três meses para cá eu venho num período terrível!! E estou passando, talvez, pela pior fase que já passei profissionalmente.... AH!....em termos assim de desgaste, de estresse, de não ter perspectivas. Acho que é uma situação crítica, acho que tem que resolver e estou até buscando algumas alternativas. Mas assim, a situação de tu enfrentar....tu tens dezoito (18) pacientes particulares....ainda mais agora que saiu....porque antes tu tinha uma opção de INAMPS com diferença, agora segundo essa resolução do SUS, não tem mais, é particular puro. O que não me faz muita diferença, porque o paciente, se ele pagar, ele vai te exigir, né? Ele exige muito mais porque ele está pagando, está bancando. Porque ele acha que tem que ter...., ele esta pagando, então ele que ter. E atualmente, eu estou trabalhando assim: tenho dezoito (18) paciente e dois (2) funcionários, tenho vinte e dois (22) paciente e dois funcionários para atender esses pacientes particulares, conveniado... que seja IPÊ, é convênio, paga,... banca, entendeu? E isso é uma coisa que me deixa extremamente estressada. Eu sou uma enfermeira para atender quase cinquenta (50) pacientes. Nós somos três (3) enfermeiras no hospital, mas quando uma esta de folga, nós ficamos em duas e ficamos em três unidades. E assim,...., nessa área o que dá de funcionário de atestado é algo. Acho que o estresse deles também é grave. Porque nós temos muito mais responsabilidade, mas eles tem o trabalho braçal....eles tem que estar ali.....ouvindo os caras reclamarem que eles não vão, que estão com pressa, que o atendimento está ruim. Então assim, eles também se desgastam. Alguns faltam porque querem, outros dão atestado frio..... a gente

sabe disso..... e aí assim.... a situação que acontece é.....o cúmulo do meu estresse foi esses dias. Assim, eu tinha dois funcionários de atestado, e a minha chefia colocou lá: fulano de tal de atestado, fulano de tal de atestado. Eu trabalho a noite e não tenho de onde tirar funcionário...Então assim, tu te vira como puder, tu fazes o que der, né? E tu tens que fazer bem feito, porque se tu não fizeres....e aí na minha outra semana, veio a minha chefe, ela me ligou, dizendo que uma funcionária minha havia dado uma medicação errada e que eu tinha que adverti-la. Uma advertência escrita, que essa era a conduta e tal.....isso é uma situação que também me deixou extremamente estressada. Assim, a guria ficava com nove (9) pacientes particulares e deu uma medicação errada. Eu disse pra ela...Olha! ela deu a medicação errada? Deu, e deve estar fazendo coisa até mais errada ainda, porque ninguém agüenta com nove (9) pacientes buzinando nos teus ouvidos!! Pacientes muito dependentes de ti, tem pacientes com escaras de decúbito, tem pacientes evacuando no leito....a gente não trabalha com papel....a gente trabalha com gente e gente tem sentimento, tem...esses dias teve um familiar que me disse: - o meu pai esta evacuado lá há três horas e ninem vem trocar. E eu disse pra ela: - Olha minha senhora, eu sei que a senhora não tem nada a ver com isso, mas nós estamos com poucos funcionários, a gente esta medindo as prioridades, a gente tem que trabalhar em cima do que é mais importante neste momento. E ela me disse: - Mas tu não achas que um paciente evacuado é importante? - É importantíssimo, né? Mas o que eu vou fazer. Isso me deixa extremamente estressada. Bom não tem quem não fique. Mas eu não doso meu estresse. Antigamente eu era uma pessoa que segurava mais, um pouco mais. Trabalhava em dois empregos e levava tudo mais lith. Mas eu acho que a situação era diferente. Acho que a gente tinha um pouco mais de respaldo, a gente tinha um pouco mais de... sei lá... Eu acho também que houve troca de chefia faz um ano. Esta fazendo um ano agora, e isso pra mim alterou muito o andamento do trabalho, embora pra algumas outras colegas minhas, não tenha alterado. Mas pra mim alterou. Fundamentalmente, porque uma das coisas é que hoje a gente trabalha com menos gente, sem dúvida alguma. A gente trabalha sob a maior pressão, sem dúvida alguma. Atualmente a gente esta num clima no hospital, que não pode nem atender o telefone, não pode ligar pra um ramal, porque existe uma lista de quanto tempo você ligou, pra que número tu ligaste, quantas vezes usastes o telefone. Né... e aí depois a chefia passa e tu tens que escrever do lado quais as tuas ligações. É um absurdo, né? A gente esta vivendo num regime pra lá de militar. Isso tem que te deixar estressada. Tu não podes nem ligar pra tua mãe, pra saber como ela esta. Até porque eu não tenho nem tempo. Mas assim, pra minha família eu ligo todas as noites, mesmo que hajam algumas oposições, mesmo que existam imposições, né? Isso é uma situação que te deixa estressada, né? E isso é alguma coisa assim.

Pergunta: O que tu achas que aconteceu pra coisa mudar assim, na tua percepção?

Enfermeira: Eu não sei assim. Eu associo muito isso com a troca de chefia, mas acho que não é a troca de chefia. Porque pela conversa que a gente tem com outras... com outros hospitais especializados, esta existindo uma alteração estrutural no hospital e este hospital esta deixando de ser aquela entidade assistencial que sempre foi e que já deixou de ser um bom tempo, né? Eu entrei no hospital vai fazer cinco (5) anos e, nesse período eu trabalhei em dois empregos: trabalhei neste hospital e no hospital X, neste hospital e no hospital Y. E optei por este hospital porque achei que aqui me dava mais satisfação pessoal de trabalho. Eu gostava de trabalhar, eu me sentia bem, eu me sentia recompensada como pessoa, como profissional, né? E nesse momento isso não existe mais. A gente não tem mais retorno. A gente não tem mais essa situação de se sentir muito importante. De tu sentires que se tu não fizestes foi porque tu não pudeste. Não agora, tu não fizeste porque não quiseste, porque és negligente... essa situação que me passa. O que mudou? Mudou a filosofia da instituição, eu acho? As coisas estão mudando com certeza, né? Nós temos a implantação do 5 S que é um programa de melhoria de qualidade de vida e de trabalho, mas a gente esta vendo pelo tempo de experiência, pelo tempo decorrido - faz uns 5-6 meses que foi implantado, não mais que seis (6) - E a gente esta vendo que a coisa... que agora parece que arroxas pro lado do trabalhador, pro lado da pessoa que está ali na frente, né? Tu tens que diminuir, tu tens que minimizar o tempo, mas tu tens que fazer mais tarefas, e a gente não quer....a gente esta aqui para trabalhar e vamos trabalhar, mas acho que tem que ter um pouco de coerência, não posso exigir de uma pessoa que limpe um balcão, organize uma gaveta, se tu não tens tempo pra ver um paciente. E isso nos é cobrado nesse momento. A própria manutenção do 5S que foi mantida, foi iniciada no hospital, nos está sendo cobrada assim....semana passada teve uma reunião e nos detonaram, de que nós como enfermeiras não estamos passando essa.... ãh, que nós não estamos envolvidos nesse sistema, mas como é que tu vais te envolver num sistema em que tu não acreditas? Eu não acredito nesse sistema. Porque pra tu teres qualidade, no mínimo tem que ter qualidade no trabalho. Qualidade de trabalho e qualidade pro teu paciente que é a coisa mais importante que tu tens. Eu não sei, eu me acho negligente, entendeu? Trabalhando. Eu me sinto assim... eu nunca fui uma enfermeira assim... nunca me achei muito competente, nunca quis ser a estrela; mas acho que no mínimo tu não podes ser medíocre quando trabalha. Então assim, se é para eu ser medíocre, eu não vou fazer o que eu faço, eu não me meto a fazer, né? Acho que isto é uma situação que acontece e que eu me sinto super frustrada. Por isso, porque eu saio do hospital, sabe, com aquela sensação de não ter feito nada!!! De tu saíres e as coisas estarem ali...De tu passares para

tua colega e ela fazer cara feia: pô, pois é!!! Pô, pois é....mesmo, mas eu não vi, cheguei às 5hs da manhã para revisar as pastas e acabei não vendo!!!

E eu acho que tu chagares num limite tal...eu trabalho num só emprego, eu chego num limite tal as 5 hs da manhã, que eu não estou mais conseguindo nem conectar minhas idéias, porque eu já estou tão cansada, e já passei com tanto estresse de início.... porque não tem funcionário, aí tu vais catar funcionário, aí tu pedes para tua colega e tua colega te manda passear;...aí tu brigas com a tua colegas porque tu não queres ficar com mais uma unidade, sabendo que ela pode ficar, que é o pessoal do bloco, da UTI. Nós temos todos esses tipos de problemas dentro do hospital, né? Nós temos que decidir quem fica com o bloco cirúrgico e a SR. O pessoal da UTI, que são três enfermeiras, e que ficam com 20 leitos, não querem ficar. Nós somos duas enfermeiras que ficamos com mais de 50 leitos... Então, a gente fica tentando ter bom senso, mas as vezes as pessoas não tem esse bom senso. Então tu já entra....é um pique de estresse. Ainda acho que meu pique maior de estresse é das 7 às 9 hs. Fico tentando assim...., saio de casa, faço minha meditaçãozinha, sabe? Ouço musiquinha, descanso, durmo, faço.....mesmo assim.....

Pergunta: Mesmo assim não consegues te desligar muito do ritmo que te é exigido?

Enfermeira: Não. Não. Eu era uma pessoa considerada menos estressada. A gente estava conversando com as gurias, conversando com as funcionárias, elas me disseram assim: - Consuelo tu estás super estressada!!!! e eu ainda disse - Eu?? Super estressada? Porque eu achei que eu sempre fosse estressada mas que eu guardasse esse estresse para mim, entendeu? E as minhas funcionárias disseram: - Não, eu acho que a Mônica (minha outra colega) é a mais estressada! Tu estás no meio e a Carmem, não é. É a que quase não esta estressada! E eu disse: - Pô!!! Porque eu até ficava pensando que eu não era, até foi uma situação que eu fiquei um pouco chateada, porque eu fiquei pensando: -Pô!! Tu vês, né? Eu devo estar passando.... eu estou passando tudo isso pras gurias!!! com certeza. Aí tu vais trabalhar, como? Agita ali o bolo e depois tu queres que as pessoas se acalmem.....

Pergunta: E a tua chefia...o teu relacionamento com a tua chefia? Ela permite uma abertura nesse sentido?

Enfermeira: Não.....Olha!! Nós estamos vivendo uma situação muito difícil dentro do hospital, assim, ah.....a minha chefia é sem dúvida alguma.... no sentido assim.... de relacionamento interpessoal. Porque eu acho que quando tu és chefia, tu és colega fundamentalmente. Tu já fostes enfermeira e tu podes voltar a ser enfermeira em qualquer momento. Então assim, tu tens que saber dosar. Tens que

saber que estas trabalhando com um profissional igual a ti, no mesmo nível.....mas isso não acontece. A gente não tem acesso. E quando se tem acesso, tu tens que saber se a pessoa está de lua ou não - ainda tem essa coisa!! Assim, de estar de bom humor, de não estar, de aceitar a conversa, de não aceitar... como pessoa ela é uma excelente pessoa, mas como profissional assim como chefia e em termos profissionais, é muito difícil. Esses dias eu até pensei que fosse uma coisa mais minha. Porque eu estou sendo bastante radical com essa história da minha chefia. Então, ainda bem que eu trabalho a noite, que me possibilita ficar um tempão sem conversar, mas ela coloca uns bilhetes no livro que eu fico assim....enlouquecida, né? Porque ela nos trata como se nós fossemos crianças. Como se eu fosse uma negligente, como se todas nós fossemos. Porque ela bota uns bilhetes assim: - Enfermeiras!!! Exijo resposta; exijo não sei o que.....!!! como se não tivéssemos compromissos. Eu acho que eu sou uma pessoa super responsável no meu trabalho, sabe? Posso não ser a CDF, mas faço as minhas coisas da melhor forma, né? Então te botam no mesmo caldeirão, mexem tudo e tu estás ali, entendeu? E eu acho assim, oh! Eu tenho conversado com as minhas colegas que estão a mais tempo no hospital e que conseguem ponderar mais as situações. São mais velhas, muito minhas amigas, já trabalharam em outros hospitais e elas me disseram que desistiram de tentar batalhar por qualquer coisa. Uma delas que era sempre de falar, de batalhar, de ir atrás e sempre estava lá discutindo, pedindo mais funcionário, ela disse: - Olha! Eu não falo mais, eu não peço mais, acho que não vale a pena. E nós não temo respaldo, nós não somos escutadas, entendeu? Nós fizemos uma reunião que fundamentalmente, nós tínhamos que discutir a falta de funcionários - trabalhando com 22 paciente e dois funcionários em ala particular. Acho que isso aí é uma coisa crítica - E isso não foi discutido na reunião. Foi discutido 5S, discutido advertências e punições que tu deves dar aos funcionários quando eles faltam. Então quer dizer.... Eu vou punir um auxiliar que deu medicação errada? Acho que isso é grave. Tem que ser punido, mas vamos ter que avaliar, né? Como é que eu vou punir uma pessoa que fica com 10 pacientes e tem que fazer tudo, e ainda tem que limpar o posto, trocar o material e chega pela manhã as colegas não querem saber se tu estas com 2, se esta com 3 ou com 10 funcionários, tu tens que apresentar tudo bem feito: posto limpo, eletros feitos, os raios X feitos, os preparos todos prontos..... eu realmente assim....não tem.....não tem esse diálogo. E quando tem, é extremamente profissional e a gente não tem retorna. Eu mesmo sou uma pessoa que sou uma que resolvi encabeçar uma história assim: - Abrimos uma unidade nova, colocaram duas enfermeiras recém formadas e novas - uma era ex auxiliar - e mais a outra enfermeira de um outro setor, e só eu que era antiga no hospital... que já tinha um tempo de hospital...de enfermeira; e os auxiliares do dia, todos novos, recém formados. Então, assim era um absurdo o que acontecia: paciente com globo vesical, passado plantão de "paciente não urinou.." coisas assim absurdas.

Curativos feitos a cada dois dias porque os funcionários não sabiam que a rotina era uma vez ao dia, mesmo que não estivesse prescrito. Banho não se dava...aí eu resolvi conversar com minha chefia, que eu achava que podia estar sendo meio dedo duro, mas que me preocupava.... o soro que não corria, balanço hídrico que não se conseguia fechar, soro que era para durar 8 horas, durava 24....coisas assim, que estavam comprometendo o paciente.....Eu falei com ela duas vezes; falei e depois uns três meses, falei de novo. Porque eu não aguentava mais a situação. E aí ela acabou fazendo uma reunião com as gurias do dia - auxiliares e enfermeiras- e me colocou no fogo, lá! Com todo mundo! E todo mundo me crucificando, como se eu fosse a enfermeira mais exigente, a mais horrorosa do mundo....Mas assim, essa foi a conduta, sabe? E eu ainda acabei numa situação péssima, frente a todo mundo. O problema dela é que ela é meio pavio curto, né? E estoura onde estoura. Aí eu resolvi baixar minha bola. Baixei a bola, sabe? Vejo que um soro esta atrasadíssimo e engulo, o que eu vou fazer? E isso é uma coisa que me causa mais estresse, porque tu ficas engolindo, sendo negligente, sabendo que tu estas errando.....

Pergunta: E qual é o sentimento que te causa essa situação toda que tu estás passando, essa impossibilidade...?

Enfermeira: É esse sentimento assim.... é uma coisa muito difícil. Eu já passei por situações críticas como enfermeira, né? Mas acho que este é o pior deles. Quando saído outro hospital, eu também tinha problemas com a minha chefia. Eu ia ficar com o outro hospital, eu optei pelo outro, no momento em eu disse que iria sair de um dos empregos. Aí eu optei em ficar no outro hospital e....saí do outro porque aqui eu tinha uma chefia muito boa, que me ajudou um monte, que possibilitou que por dois anos eu tivesse dois empregos, me deu trocas ajudou no horário. Aí eu pensei nisso, né? Uma pessoa que te ajudou bastante....Naquele momento era melhor eu optar por este hospital mas, aí em um ano mudou tudo: mudou a chefia, mudou a filosofia da casa. No outro hospital eu tinha problemas com a chefia, mas era uma coisa assim...todos tinham problema com a chefia. Era uma chefia que levava meio assim... que te cobrava umas coisas que não tinham nada a ver. Mas ela te ouvia, ela era mãezona, mais dos auxiliares, mas ela não vinha te cobrando..... não gritava contigo. E eu optei....Não optei em sair do outro hospital tanto pela chefia mas optei mais por ficar aqui.....até por uma questão de merecimento. Este hospital me deu muito mais condições para eu ficar aqui. Embora as condições no outro hospital fossem melhores para mim....uma noite sim e duas não, né?

O que eu sinto agora.....eu sinto um.... eu não sei. É que tudo isso também está misturado com uma questão particular que eu estou vivendo.....difícil neste momento....eu ando extremamente depressível em termos de trabalho, a situação

esta muito difícil para mim no trabalho. Antigamente, assim, eu tinha um ânimo para trabalhar. Eu nunca fui muito fanática pela enfermagem, desde a época da faculdade....tu deves lembrar que eu cheguei até a jurar que não iria ser enfermeira, que achava horrível, mas assim, a situação que me dá maior satisfação é quando eu estou dentro do quarto de um paciente, vendo o paciente. É o único momento em que eu me sinto bem, que é quando eu estou vendo o paciente, que eu estou conversando com ele, dando alguma orientação, fazendo um curativo. É o único momento em que eu me sinto bem na profissão, porque no mais, eu não consigo....eu não consigo me realizar como chefia. Porque tu não és chefia, tu não és nada...tu estás ali. Eu sempre acho que.... sempre digo que enfermeiro é um...enfermeira esta em cima do muro, entendeu?...Tu és pressionada pelos auxiliares porque tu és chefe deles. E tu não és nada. Tu és uma funcionária como qualquer outra, que está ali por acaso. Fez uma faculdade para ser chefe, que não te ensinam a ser chefe, né? Te ensinam a ficar dizendo: -Aí doutor!; não muito obrigada; quer que eu faça? E tu acabas tendo que engolir umas criaturas dessas. Então assim, eu acho que ultimamente eu estou muito com esse sentimento de revolta com esta coisa de mudança. A coisa mudou muito para mim. Assim, eu não estava esperando que o hospital desse esse giro todo. Até porque a gente trabalha muito bem. Pra ter uma idéia como prova de toda essa situação que esta acontecendo....tem um questionário que passa nas unidades para os pacientes dizerem o que acham da enfermagem, do médico, da recepção, do porteiro.....essa semana veio o questionário de setembro e outubro e o hospital ficou abaixo de todas, em todas as... na área da enfermagem e recepção; mas principalmente na enfermagem que eles questionaram o relacionamento, a técnica, a rapidez no atendimento.....tudo nós ficamos abaixo ou empatados com todos os outros hospitais. Não ganhamos de nenhum. e já em outros meses a gente se saía melhor. Isso é uma coisa assim....da minha chefia, gravíssimo, né? Pra nós, analisando assim por fora, nós analisamos como uma coisa normal com tendências a piorar neste mês que vem. Se eles forem tomar amostras em novembro e dezembro, com certeza, vai ser pior porque as queixas aumentaram, as dificuldades de trabalho aumentaram, então assim, como é que tu vais te sentir? Eu estou me sentindo completamente impotente, né?

Pergunta: Esse sentimento tu achas que é geral, no hospital? Ou tem pessoas que conseguem, tem alguma colega...

Enfermeira: Olha a coisa esta sendo... ta sendo assim pro meu...como eu te coloquei, antes eu era uma pessoa mais resistente ao estresse....Até essa chefia já veio com um estereótipo todo pronto porque já era conhecida dentro do hospital, né? Porque ela veio de outro pavilhão e todo mundo já conhecia a história dela, né? Então ela já chegou assim, meio rotulada dentro do hospital, né? E eu acho

que isso está sendo uma coisa muito de...todas as pessoas estão....pelo menos com quem tu falas, tem umas um pouco mais estressadas, outras um pouco menos, né? Até pessoas, assim mais calmas, estão avaliando a situação como uma coisa muito difícil. E pior que parece que a gente não tem muito que fazer, porque ela faz o papel da empresa, ela cobra o que a empresa quer que cobre, acho que...como chefia ela faz o que tem que fazer. E talvez nisso que tenha havida a troca de chefia, porque a nossa outra chefia era mais humana, possibilitava trocas...e isso é uma coisa que não acontece mais. Para os auxiliares fazerem uma troca de plantão é um horror!! Em contra partida, os auxiliares já não se dispões mais a fazer coisas que antes faziam; que eram fazer plantão a noite com folga... porque o hospital não dá hora-extra pra ninguém. Então assim, eles não fazem, porque isso era um favor que eles faziam em troca de outros favores. E agora isso não existe mais. É uma coisa assim, que eu acho que na realidade, existe um consenso.

Pergunta: Tu achas que a tua situação pessoal tem alguma coisa a ver com a profissional, ou a profissional com a pessoal?

Enfermeira: Eu acho que tem muito haver. Eu estou passando por um momento financeiro difícil, péssimo, né? A gente comprou um apartamento faz pouco e aí eu vendi o carro, vendemos outro apartamento que nós tínhamos. Vendemos tudo pra comprar esse. E assim, nisso implicou uma boa parcela dos nossos salários, porque a gente assumiu algumas dívidas, né? Mas eu acho assim, que quando tu trabalhas bem, quando tu trabalhas num emprego que tu te sentes bem, as coisas andam, entendeu? E no hospital agora pintou o papo de demissão, que o SS ia ser diminuído o número de funcionários. Aí a gente entrou naquela neura, né? Eu, que comprometi metade de meu salário. Mas bom, que vou fazer? Então tu entras também nesse estresse. E o lado profissional me afeta pessoalmente e muito....sempre, sempre tive essa grande....de não conseguir me desvincular do meu lado profissional (Terminou primeiro lado da fita)

Tu vê, eu fico super estressada. E se eu saio daqui e começo a falar, fico estressada também, me estresso pra caramba....e a minha amiga, ela me disse: - eu faço o meu plantão, vou pra casa e desligo. Só vou pensar nisso amanhã a noite, de novo. Que poder, tá?

Eu queria ser assim, sabe? E eu tenho tentado fazer isso. (Chegou alguém e houve interrupção da fita)

Pergunta: Essa questão que tu estavas colocando, que não consegues desligar do teu trabalho. Tu vais para casa e aquilo continua te atormentando...

Enfermeira: Olha, eu atualmente ando fazendo algumas coisas alternativas, né? Eu tenho por objetivo sair da enfermagem. Ou não sair da enfermagem, mas tentar uma outra área, sair de hospital. Alguma coisa assim.....fiz dois concursos pros quais eu até estudei, passei no da educação e me classifiquei super mal e no da saúde rodei. Então, eu já fiquei pior do que estava mas...tudo bem. Aí agora eu fiz um curso de massoterapia, no meio do ano..abril/maio.. que eu concluí mês passado. E nessa coisa eu conheci uma pessoa que é meio bruxa, trabalha bastante com energia, então fiz um curso de bioenergética de cristais, de cromoterapia. Então eu estou trabalhando com isso, eu estou tentando me aliviar nisso, sabe? E eu consigo melhorar bastante com isso, inclusive eu faço massagem relaxante e terapêutica com ela. Porque com esse negócio de estresse, há um ano eu comecei com problema de cervical. Uma dor incrível aqui...É sempre assim: eu vou pro hospital e estou bem, aí acontece algum problema e parece que gruda um negócio aqui que fica duro, parece um pau. É um horror!!! E eu atualmente tenho feito massagem com ela, principalmente nas crises. Assim, quando eu estou com muita dor, estressada, aí eu vou lá, converso, ela trabalha com cristal. Eu estou tentando trabalhar com cristal em casa, né? Quando eu faço massagem em casa eu relaxo um pouco. E com isso eu consigo até dosar um pouco meu estresse, sabe? mas assim, no trabalho eu não estou conseguindo muito isso. É o que eu faço assim: antes de sair de casa eu boto um incenso,... eu boto a Enya ou qualquer outro tipo de música, pra tentar relaxar, sempre coloco meia e descanso, sabe? Tento fazer algumas coisas assim, para me preparar pro que vai chegar.

Pergunta: Mas tu já saís tensa pra trabalhar?

Enfermeira: Eu saio preocupada. Sempre preocupada. Tipo, tu vais saindo sabendo que vai chegar lá e não vai ter funcionário, tu vais chegar lá e tu vais ter que brigar com a fulana e a sicrana, porque não tem isso, porque não tem aquilo, sabe? Então é realmente diferente do tempo em que eu trabalhava no hospital e ia de sangue doce. Ia tri bem como se fosse brincar lá na esquina....ia fazer um plantãozinho e voltava pra casa e tudo bem. Realmente, isso não acontece mais. Eu tenho todo um preparo psicológico pra ir trabalhar. Antigamente eu saia de um plantão no hospital e ia pra aula, fazia horrores de coisas. Hoje eu saio do plantão do hospital um trapo, acabada. Eu estou muito sem energia.

Pergunta: E o relacionamento com os teus auxiliares, no teu trabalho? Tu vê isso de uma forma positiva ou isso também te gera um desgaste?

Enfermeira: Isso, as vezes, me gera ansiedade. Eu não sei se eu realmente sei trabalhar bem essa história de ser chefia, não sei. Eu acho que as vezes eu me

sinto meio merda. Pô. Eu queria ter uma relação de amizade com eles e sei que não pode. Porque sei que se tu fores amigo, tu não consegues nada. Então as vezes, eu acho...quando eu me formei eu era bem generalão, assim eu era radical, dava suspensão, dava advertência. Não dá pra trabalhar assim, tem que trabalhar como eu estou dizendo. Eu era general e as coisas funcionavam. E aí eu penso que nesses quase sete anos de formada, parece que eu fui amaciando, sabe? E que a coisa não foi progredindo como eu queria. Eu queria que eu fosse amaciando, mas que eles fossem tomando consciência de que eles tem responsabilidades e que eu não preciso ficar cobrando deles. Eu sempre tento puxar isso....quando eu vou, por exemplo, cobrar alguma coisa, advertir, fazer aquelas mijadas que tem que fazer... eu sempre tento resgatar essa situação, assim: vocês são responsáveis, vocês são adultos.... por que eu tenho que ficar cobrando essas coisas de vocês? Por que eu tenho que vir aqui e dizer as coisas que vocês tem que fazer?....Isso é uma coisa que me irrita muito, né? O que me machuca também, é que as vezes os auxiliares não acreditam em ti, eles não acreditam que tu sejas honesta, entendeu?.... Um dia desse eu estava conversando com essa guria que deu a medicação errada...Chamei ela pra conversar, né? Coloquei as coisas que eu achei que ela fazia errado....ela é acadêmica, faz faculdade, então assim, eu tenho uma certa proteção com ela.... Porque eu já passei por uma situação dessas, eu já estudei, já trabalhei, eu já tive que me sustentar, já fui com sono pra aula porque eu trabalhava....então, eu tento entender ela, sabe? Sei de todo estresse da vida dela que ainda tem um agravante....ela tem uma filha, mora sozinha e se sustenta....eu ainda morava com meu pai e minha mãe...e aí eu estava colocando pra ela e ela me colocou assim: Pois é, Consuelo, mas o pessoal acha que vocês não batalham pela gente com a chefia. O pessoal acha que vocês não fazem nada, que vocês não reclamam, que vocês não pedem funcionários, que vocês não batalham pela gente.

Aí, assim óh! Aí tu ficas te sentindo o quê? Aí tu ficas pensando: -Pô! Aí realmente o que tu és? É uma situação, assim, difícil porque tu não és chefe, tu não mandas em nada. Tu só tem que mandar na hora de cobrar a funcionária, advertir a funcionária. Aí nessa hora a Consuelo tem que funcionar..... Eu tento fazer uma chefia mais consciente, eu não tento ser radica, eu tento ajudar as pessoas... mas eu não sei se eu sou bem interpretada. Esses dias, eu fiquei surpresa com uma funcionária que eu tinha alta consideração. Achava que eu podia conversar com ela... aí um dia desses a gente conversando sobre uma folga, e eu disse assim: - olha eu estou aqui para ajudar, eu não estou aqui pra fazer outra coisa. Eu só tenho que ser a mediadora das folgas. Eu espero que vocês consigam se harmonizar entre si. Se vocês não conseguirem decidir as folgas sozinhos, eu vou ter que optar por alguém, vou ter que decidir, fazer um sorteio, mas eu estou aqui, a princípio, para facilitar essa situação. Aí, ela olhou para mim com uma cara... e disse: Até parece!!...até parece!! Bem assim... Aquilo me

deixou assim mal, mal pra caramba, me deixou mal até hoje estou espantada. Eu não consegui mais ter o mesmo tipo de relacionamento com a guria... Não sei assim, mas como chefia eu me sinto... até um dia desses eu disse que ia fazer um curso de chefia... chefia e liderança... pra ver como é que é, pra ver se eu consigo ganhar alguma coisa. Porque dentro da tua profissão tu és muito limitada, né? porque... (silêncio)

Pergunta: Então? Tens mais alguma coisa que tu gostarias de falar?

Resposta: Não. Acho que não, acho que já valeu bastante (Risos)

(Interrupção na fita, desligou e a gravação continuou)

Pois é. E aí assim, tu coletas gasometria, a enfermagem assumiu o eletro... nós é que temos que fazer. Nós temos que fazer as coletas pro laboratório... entendeu? Então o que acontece? Tu vais cada vez mais acumulando funções, né? Vai acumulando cada vez mais coisas. Eu já estou completamente descaracterizada. Eu era uma pessoa que no hospital e em qualquer hospital que trabalhei, eu evoluía os pacientes, né? Fazia questão de evoluir, até porque é um registro teu, profissional. Mostra que tu estás atuando. Além do que tu dás um parecer teu do paciente. Eu não consigo mais fazer isso. Eu consigo me limitar a ver se falta memorando, ficar procurando exames, ligando pra farmácia, os exames de laboratório, sangue que não veio, sangue que não vai... ih!! umas confusões... E isso aí aumenta muito mais o teu estresse, né? Como é que tu vai conseguindo as coisas, se vão aumentando cada vez mais? Agora tu tens que ser responsável pelo projeto do 5S, tu tens... Esses dias a minha unidade perdeu o 5S... ficou em segundo, terceiro lugar.... Um dos problemas foi porque a minha escala de serviço estava vencida, e estava fixada no mural e eu não tinha tido tempo de fazer outra escala. Bom, eu quase não acreditei num negócio desses... Aí vieram me dizer: - Báh!! Né Consuelo? Tu sabes né? Que um dos motivos que nos fez perder foi tu, que deixastes esta escala vencida aí no mural?

Então é assim, né? Esta difícil de trabalhar. E eu acho que essa coisa toda assim de envolvimento, tu acabas te envolvendo... eu não consigo me desligar. Eu não consigo, assim, sair... E eu achava que antes na faculdade eu era uma pessoa perturbadíssima, porque eu era enfermeira, porque eu nunca quis ser e era... mas eu até não acho, sabe? O ser enfermeira eu até gosto. Agora o ser tudo isso que está acontecendo, eu não gosto.