

**UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

PRISCILA GRANGEIA DOS SANTOS

**O ESTRESSE E A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS
BOMBEIROS ATUANTES EM UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO
(UPAS)**

RIO DE JANEIRO / 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

PRISCILA GRANGEIA DOS SANTOS

O ESTRESSE E A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS
BOMBEIROS ATUANTES EM UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO
(UPAS)

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: enfermagem e população: conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Orientadora: Prof^a. Dra. Joanir Pereira Passos

RIO DE JANEIRO / 2010

Santos, Priscila Grangeia dos.
S237 O estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros
atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS) / Priscila
Grangeia dos Santos, 2010.
104f.

Orientador: Joanir Pereira Passos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal
do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem. 2. Esgotamento profissional. 3. Estresse psico-
lógico. 4. Promoção da saúde. I. Passos, Joanir Pereira. II. Uni-
versidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enferma-
gem. III. Título.

CDD – 610.73

PRISCILA GRANGEIA DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 21 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Joanir Pereira Passos
Presidente (EEAP – UNIRIO)

Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
1^a Examinadora (Faculdade de Enfermagem da UERJ)

Prof^a. Dr^a. Enirtes Caetano Prates Melo
2^a Examinadora (EEAP - UNIRIO)

Prof^a. Dr^a. Helena Maria Scherlowski Leal David
Suplente (Faculdade de Enfermagem da UERJ)

Prof^a. Dr^a. Florence Romijn Tocantins
Suplente (EEAP - UNIRIO)

Rio de Janeiro
2010

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, ao meu irmão,
ao meu marido, e aos meus amigos.
Muito obrigada pelo apoio, amor e paciência
que foram fundamentais na minha caminhada.
Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Produzir este trabalho não aconteceria sem o auxílio de muitas pessoas especiais.

À Profª Drª Joanir Pereira Passos que além de orientadora foi amiga, incentivando e iluminando os caminhos a seguir.

À Profª Drª Enirtes Caetano Prates Melo pela generosidade com que sempre compartilhou seus conhecimentos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Aos mestrandos, companheiros na luta por um mesmo objetivo.

Aos meus pais, Tereza e Fernando, que repletos de orgulho me apoiaram e me incentivaram nessa caminhada, e compreenderam a minha ausência em muitos momentos dedicados ao estudo.

Ao meu irmão Guilherme que com suas brincadeiras e implicâncias tornam a minha vida mais feliz.

Ao meu marido Felipe que progrediu de namorado a noivo e, após, de noivo a marido junto com a progressão desta dissertação. E suportou meus momentos de impaciência e fúria, sabendo me acalmar com seu carinho.

Aos meus amigos que sempre estavam dispostos a me aconselhar e dar força para continuar nos momentos difíceis.

E a todos aqueles que contribuíram para a realização deste estudo.

“Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância.”

(John Kennedy, 1962)

RESUMO

O trabalho é mediador de integração social, tendo assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. As ações implicadas no ato de trabalhar podem gerar reações psíquicas relacionados às condições do trabalho. Dentre as reações psíquicas dos trabalhadores existe o estresse e a síndrome de burnout, resultantes do desequilíbrio mantido entre as demandas do exercício profissional e as capacidades de afrontamento do trabalhador. Este estudo teve como objetivos: descrever o perfil sócio-demográfico e laboral do estresse em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs; analisar a ocorrência da síndrome de burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs; e avaliar a relação entre estresse e a síndrome de burnout entre enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs. Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo seccional, que utiliza a *Job Stress Scale* (JSS) para avaliar a exposição ao estresse baseado na demanda psicológica e controle sobre o trabalho, e o Inventário em *Burnout* de Maslach (*MBI - Human Services Survey*) para estimar a síndrome de burnout. Os resultados apontam que 62,1% da população do estudo apresentam frequência maior de alta exigência no trabalho (alta demanda e baixo controle); e o indicativo da síndrome de burnout aparece em 84,5% da população, sendo a maioria mulheres entre 26 e 30 anos. A exposição ao estresse mostrou-se associada à síndrome de *burnout* em 58,6% dos enfermeiros. Intervenções no meio ambiente de trabalho desses profissionais mostram-se fundamentais para o bem-estar laboral e, conseqüentemente, para a saúde mental. As alterações psíquicas trazem prejuízos ao próprio indivíduo, além de afetar o desempenho das atividades laborais. O equilíbrio no ambiente de trabalho deve ser mantido para evitar ou reduzir o adoecimento.

Palavras-chave: Enfermagem. Esgotamento profissional. Estresse psicológico. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The work is mediator of the social integration, having thus, basic importance in the constitution of de subjectivity, in the living way and, therefore, at people's physical and mental health. The implicated actions at working act can generate psychic reactions related to the work conditions. Amongst the psychic reactions of the workers there is the stress and the Burnout Syndrome, resultants of the disequilibrium maintained between the demands of the professional exercise and the confrontation capacities of the worker. This study had as objectives: describe the stress profile in firemen nurses operating in UPAs; analyze the occurrence of the Burnout Syndrome in firemen nurses operating in UPAs; and evaluate the association between stress and Burnout Syndrome in firemen nurses operating in UPAs. This is about an exploratory research of the seccional type, with methodological strategy of utilizations of the Job Stress Scale (JSS) to evaluate the exposition to the stress based upon the psychological demand on work and control over it, and of the Maslach Burnout Inventory (MBI – Human Services Survey) to estimate the Burnout Syndrome. The results points that 62,1% of the study population presents higher work frequency with high exigency (high demand and low control) and the indicative of Burnout Syndrome evaluated through MBI appears in 84,5% of the population, been the greatest part of the women between 26 and 30 years old en both the questionnaires. There were the evidence of the association between the exposition at dimensions of stress and the presence of Burnout Syndrome, where 58,6% of the nurses were founded inside the high exigency on work and with syndrome indicative. The discussion about interventions over this professionals work environment becomes fundamental to the labor well being and consequently to the mental health. The psychic alterations of these workers brings damages to the individual himself beyond affect the performance in labor activities. The equilibrium on the work environment mast occurs to avoid or reduce de sickness.

Key-words: Nursering. Professional exhaustion. Psychological stress. Worker's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1 Modelo demanda-controle de Karasek, f. 32

Fig. 2 Exposição e desfecho de estudo, f. 45

Fig. 3 Modelo bidimensional de Robert Karasek, f. 50

Fig. 4 Enfermeiros bombeiros segundo as categorias de estresse no trabalho, f. 57

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 – Reações ao nível de estresse, f. 24

TABELA 1 – Mediana das dimensões demanda e controle, f. 49

TABELA 2 – Distribuição das co-variáveis sócio-demográficas e laborais da população, f. 54

TABELA 3 – Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão da demanda, f. 55

TABELA 4 – Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão controle, f. 56

TABELA 5 – Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características sócio-demográficas, f. 58

TABELA 6 – Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características laborais, f. 59

TABELA 7 – Respostas às situações que avaliam a exaustão emocional, f. 60

TABELA 8 – Respostas às situações que avaliam a despersonalização, f. 61

TABELA 9 – Respostas às situações que avaliam a dimensão do envolvimento pessoal no trabalho, f. 62

TABELA 10 – Distribuição das dimensões da síndrome de *burnout*, f. 63

TABELA 11 – Classificação para a síndrome de *burnout* segundo características sócio-demográficas, f. 64

TABELA 12 – Classificação para a síndrome de *burnout* segundo características laborais, f. 65

TABELA 13 – Prevalência da síndrome de *burnout* segundo as categorias de estresse no trabalho, f. 66

TABELA 14 – Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão da demanda, f.98

TABELA 15 – Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão controle, f. 99

TABELA 16 – Frequência das respostas às situações que avaliam a exaustão emocional, f. 100

TABELA 17 – Frequência das respostas às situações que avaliam a despersonalização, f. 102

TABELA 18 – Frequência das respostas às situações que avaliam o envolvimento pessoal no trabalho, f. 103

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	12
1- INTRODUÇÃO -----	14
1.1 - Objetivos -----	20
1.2 - Justificativa -----	20
2 - APROXIMAÇÃO TEMÁTICA -----	23
2.1 - Estresse ocupacional -----	23
2.1.1 - Estresse -----	23
2.1.2 - Estresse ocupacional -----	24
2.1.3 - Aspectos fisiológicos do estresse -----	25
2.1.4 - Aspectos psicossociais: o estresse e o ambiente de trabalho -----	27
2.1.5 - O estresse ocupacional e o enfermeiro -----	28
2.1.6 - Avaliação de estresse ocupacional: o modelo demanda-controle -----	30
2.2 - Síndrome de <i>burnout</i> -----	33
2.2.1- Descrição da doença -----	33
2.2.2 - Diagnóstico e quadro clínico -----	35
2.2.3 - Tratamento e prevenção -----	36
2.2.4 - A síndrome de <i>burnout</i> no enfermeiro -----	38
2.3 - Unidades de Pronto Atendimento -----	40
2.3.1 - Finalidades, conceituações e características do funcionamento das UPAs-----	40
2.3.2 - As atividades e as competências dos enfermeiros nas UPAs -----	42
3 - METODOLOGIA -----	45
3.1 - Caracterização do estudo -----	45
3.2 - População do estudo -----	46
3.3 - Método e instrumento de coleta de dados -----	46
3.4 - Coleta dos dados -----	47
3.5 - Aspectos éticos -----	47

3.6 - Tratamento e análise dos dados -----	47
3.6.1 - Estresse no trabalho – <i>Job Stress Scale</i> (JSS) -----	47
3.6.2 - Inventário em <i>Burnout</i> de Maslach (MBI- <i>Human Services Survey</i>) -----	50
3.7 - Tratamento das co-variáveis do estudo -----	51
3.8 - Relação entre estresse e síndrome de <i>burnout</i> -----	52
4 - RESULTADOS -----	53
4.1 - Distribuição dos entrevistados em relação a variáveis sócio-demográficas e laborais -- -----	53
4.2 - Distribuição da população segundo a avaliação do estresse ocupacional -----	55
4.3 - Distribuição da população segundo a classificação para a síndrome de <i>burnout</i> -----	59
4.4 - Relação entre as categorias de estresse ocupacional e a síndrome de <i>burnout</i> -----	65
5 - DISCUSSÃO -----	67
5.1 - Considerações sobre os resultados sócio-demográficos e laborais -----	67
5.2 - Considerações sobre a avaliação do estresse no trabalho -----	68
5.3 - Considerações sobre a síndrome de <i>burnout</i> -----	70
5.4 - Considerações sobre a relação entre a exposição (estresse ocupacional) e o desfecho (síndrome de <i>burnout</i>) -----	73
5.5 - Limites do estudo -----	74
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	76
7 - REFERÊNCIAS -----	78
8 - ANEXOS -----	86
9 - APÊNDICES -----	96

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, surgiu o interesse em estudar a síndrome de *burnout* a partir de discussões sobre o tema, que ocorreram ao longo de atividades desenvolvidas no âmbito universitário. Pesquisando sobre a temática e vivenciando a prática dos profissionais de enfermagem, comecei a me questionar sobre a suscetibilidade destes profissionais em relação a diversos fatores que poderiam vir a desencadear a síndrome. Também percebi que o número de textos científicos sobre o tema ainda era pequeno dentro da enfermagem, a temática era e, ainda é, muito abordada na psicologia.

Participando como bolsista de iniciação científica, comecei minha caminhada como pesquisadora, e explorando a síndrome de *burnout* nos estudos, me aproximei mais da temática, de maneira que, novas inquietações surgiram. Os profissionais do âmbito hospitalar eram os mais pesquisados e os da rede básica de saúde, praticamente, não eram abordados, como também, os fatores correlatos envolvidos no processo saúde-doença do trabalhador, e a síndrome de burnout. A partir deste contexto, senti a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a temática e desenvolvi um estudo sobre a síndrome de *burnout* e o trabalho dos enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde, concluído em 2008, a fim de identificar os possíveis fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde e discutir os indicativos da síndrome nestes enfermeiros. O estudo apontou os elementos do ambiente e as condições de trabalho como possíveis fatores desencadeantes da síndrome de *burnout* e 16.7% dos profissionais apresentaram indicativo da síndrome.

O ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) aconteceu com o início de minha carreira como enfermeira do Quadro de Oficiais de Saúde do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Vislumbrando a possibilidade de continuar minha formação acadêmica e vivenciando as condições de trabalho dos enfermeiros bombeiros atuantes nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), optei realizar este estudo, ao fato de, existirem poucos estudos referentes às UPAs, uma nova modalidade de unidade de saúde criada há três anos no Rio de Janeiro.

Conforme o objeto do estudo se delineava com o aprofundamento do tema e o contato com outros pesquisadores, valorizei o conceito da síndrome de burnout como resposta ao estresse laboral crônico. Nesta perspectiva, me conduzi a estudar o estresse ocupacional como uma

exposição dos sujeitos da pesquisa e a síndrome de *burnout* como o possível desfecho desta exposição. Assim, esta pesquisa tem como foco a investigação da exposição ao estresse ocupacional e a relação entre esta exposição e a síndrome de *burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs.

1 – INTRODUÇÃO

MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO (In: *Reflexões sobre estresse e Burnout e a Relação com a Enfermagem*, 2005: 256) afirmam que:

O trabalho, como ação humana social, compreende a capacidade de o homem produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo. No processo de interação com a natureza, mediado pelos instrumentos fabricados, o homem, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é modificado por ela.

Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico, seja pelo aspecto cultural, tendo assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental dar-se-á a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional (BRASIL, 2001).

As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, e também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos, especificamente, relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador (BRASIL, 2001).

A organização do trabalho exerce sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é sobre o aparelho psíquico. Em algumas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque de uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que o ignora. Este sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem no trabalho já não pode fazer nenhuma modificação nas suas atividades no sentido de transformá-las, de acordo com as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos. Isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1987).

O estresse e a síndrome de *burnout* são reações psíquicas observadas entre os trabalhadores.

O termo *stress* foi introduzido na área da saúde por Hans Selye, cientista endocrinologista canadense em 1936. Após observar que alguns pacientes apresentavam e queixavam-se de sintomas físicos comuns (cansaço, indisposição, dores pelo corpo), iniciou investigações com

animais em laboratório. Em 1936, o termo *stress* foi definido como resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo seja de efeito mental ou somático, e o estressor como todo agente que induz à reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional (SELYE, 1956, SELYE, 1986, LIPP, 2001, CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Atualmente, a palavra estresse tem sido muito recorrida, associada a sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem estressadas ou relacionam a outros indivíduos com a mesma situação (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). A palavra se tornou termo popular, além de ser referido como fator relevante no desenvolvimento de agravos à saúde (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O estresse é um estado em que ocorre um desgaste anormal do corpo humano e/ou uma diminuição da capacidade de trabalho ocasionado basicamente por uma impossibilidade prolongada de o indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica existentes no seu ambiente de vida. É observado em todas as faixas etárias e geralmente está relacionado ao estilo de vida do indivíduo (COUTO, 1987, ALVES, 1992).

É percebido que o estresse se dá por dificuldades de ajustes entre o indivíduo e o ambiente. A causa não é vista como única, e exclusivamente, de origem externa. A ocorrência de determinada doença dependerá também da susceptibilidade do organismo receptor; com isso é importante considerar a relação entre o indivíduo e o ambiente (TOWNSEND, 2002).

O tipo de desgaste a que as pessoas estão submetidas, permanentemente, nos ambientes e as relações com o trabalho são fatores determinantes na ocorrência de doenças. Os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças.

O estresse ocupacional tornou-se uma importante fonte de preocupação e é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem estar psicossocial do indivíduo. O estresse relacionado ao trabalho coloca em risco a saúde dos membros das organizações e tem como consequências o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (ROSSI, 2005).

Avaliar a presença de estresse no trabalho, entretanto, não é tarefa fácil. A complexidade do fenômeno tem levado a multiplicidade de conceitos e uma variedade de modelos de análise (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005). Os principais fatores geradores de estresse

presentes no ambiente de trabalho envolvem aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas.

O estresse laboral resulta do desequilíbrio mantido entre as *demandas* que o exercício profissional exige e as capacidades de enfrentamento do trabalhador. É no local laboral onde se estabelecem as demandas de tarefas, e o profissional experimenta variados graus de *controle* sobre as atividades que executa (SILVA, 2007). A partir disso, existe o modelo Demanda-Controle do pesquisador Robert Karasek, apresentado na década de 70.

O modelo Demanda-Controle é um arquétipo bidimensional que relaciona os níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e de demandas psicológicas oriundas do ambiente laboral, e as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores. Esse modelo prevê que o estresse no trabalho é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, e também, de um menor controle no processo de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes no ambiente laboral.

Entendem-se como *demandas* as pressões de natureza psicológica, sejam quantitativas, tais como tempo e velocidade para a realização do trabalho, ou qualitativas, como os conflitos entre demandas contraditórias, nas quais em alguns momentos as atividades não são realizadas da forma ideal ou melhor devido a conflitos na estrutura organizacional. O termo *controle* refere-se à tarefa, ou seja, a habilidade ou destreza do trabalhador para cumprir as atividades e a possibilidade de participar das decisões no ambiente de trabalho para realizá-las (SILVA, 2007).

O grau de estresse ao qual o trabalhador é submetido está relacionado ao nível de demanda e controle sobre as tarefas executadas no trabalho. Com base nesta avaliação de níveis de demanda e controle obtém-se a possibilidade de quatro experiências dentro do ambiente de trabalho: trabalho com alta exigência, trabalho ativo, trabalho de baixa exigência e trabalho passivo. Esta avaliação é feita a partir do instrumento metodológico *Job Content Questionnaire* – JCQ (Questionário sobre Conteúdo do Trabalho) elaborado por Karasek em 1979. Existem outras versões, entre elas a *Job Stress Scala* (JSS), uma versão reduzida criada por Theorell, Perski e Akerstedt (1988), adaptada para o português por Alves e cols. (2004).

Nas teorias que tomam o estresse como categoria mediadora entre o trabalho e a saúde, há uma grande preocupação com a doença cardiovascular por um lado e por outro, com o esgotamento e o “*burnout*” que são manifestações psicopatológicas diretamente vinculadas ao estresse (PALÁCIOS; DUARTE; CÂMARA, 2002).

A síndrome de *burnout* foi descrita pela primeira vez pelo médico Herbert Freudenberger, no ano de 1974, em um artigo intitulado *Staff Burnout* para a Revista de Psicologia, que o descreveu como um “incêndio interno” resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho (VIEIRA, 2006).

A partir de então, estudos sobre a temática começaram a se multiplicar e propagar. Christina Maslach, professora de psicologia da Califórnia com a psicóloga Susan Jackson desenvolveram, em 1981, um instrumento para verificar os sentimentos pessoais e atitudes do enfermeiro em seu trabalho e ante seus pacientes. O instrumento foi chamado de *Maslach Burnout Inventory* (Inventário em Burnout de Maslach - MBI), e é o mais utilizado para o diagnóstico da síndrome. Entre as versões existentes, o MBI-HSS (*Human Services Survey*) é o utilizado para as áreas de saúde/cuidadores ou serviços humanos/sociais.

O MBI-HSS trata-se de um questionário de auto-informe, constituído por 22 itens, para ser respondido por meio de uma escala com pontuações que variam de 0 a 6, onde 0 significa nunca e 6, todos os dias. Tenta-se, desta maneira caracterizar as três dimensões fundamentais do trabalho dentro da perspectiva psicossocial, a partir dos três componentes da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho.

A síndrome de *burnout* é uma consequência psíquica dos trabalhadores (frente às situações desgastantes do trabalho), também chamada de síndrome da estafa profissional, termo não muito popularizado, que é uma resposta ao estresse laboral crônico que se pode desenvolver em todos os tipos de profissionais, mas ocorre com predileção em profissionais de organização de serviços, que trabalham em contato direto com outras pessoas, principalmente, quando essa atividade é considerada de ajuda como médicos, enfermeiros e professores. Deteriora significativamente a qualidade do trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do serviço que a organização oferece (GIL-MONTE, 2002, BALLONE, 2003, BELANCIERI, 2005).

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) afirmam que o *burnout* é uma síndrome psicológica resultante de estressores interpessoais crônicos no trabalho e caracteriza-se por: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho. A exaustão emocional caracteriza-se por fadiga intensa, falta de força para enfrentar o dia de trabalho e sensação de estar sendo exigido além de seus limites emocionais. A despersonalização caracteriza-se por distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho ou aos usuários

do serviço. A diminuição do envolvimento pessoal no trabalho se expressa como falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso.

A atividade laboral exercida pelos enfermeiros os coloca, constantemente, sob tensão e sob a presença de riscos de natureza ambiental (físico, químico ou biológico), de natureza situacional (exemplos: instalações e equipamentos) e de natureza humana ou comportamental (decorrentes da ação ou omissão do homem) (BRASIL, 2001). Muitos são os fatores do ambiente do trabalho que podem interferir no desempenho profissional ou influenciar seu bem-estar. Esses fatores potencializam o estresse e, conseqüentemente, a síndrome de *burnout*.

Os elementos estressores são comuns, independente da ocupação do enfermeiro, seja ele bombeiro ou não, e refletem as causas e as conseqüências ocasionadas no exercício da profissão.

Muitos componentes são conhecidos como agentes estressantes ao ambiente ocupacional do enfermeiro: número reduzido de profissionais no atendimento em saúde, sobrecarga de trabalho, conflitos relacionados ao trabalho, a falta de reconhecimento nítido entre o público, achatamento de salários, múltiplos vínculos profissionais, recursos inadequados, contato direto com a dor e sofrimento, entre outros (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, ADÁN; GARCIA, 2003, PAFARO; MARTINO, 2004). Neste contexto, as relações do indivíduo com o trabalho acabam por influenciar na sua saúde e dependendo de seu nível de envolvimento com o trabalho, impõem adaptações ao estilo de vida e mecanismos de enfrentamento (SILVA, 2007).

O local onde são executadas as atividades laborais pode apresentar fatores estressógenos, que estão relacionados ao papel do profissional na instituição, à carreira, às relações profissionais, à estrutura e ao clima organizacional (ARANTES; VIEIRA, 2003). Estes aspectos se apresentam no âmbito social e envolvem a organização institucional, hierarquias e relacionamentos interpessoais. Os enfermeiros bombeiros são parte de uma organização militar possuidora de estrutura pautada na hierarquia e na disciplina; a comunicação é formal e hierarquizada e quando ocorre algum tipo de problema interno é esta hierarquia que deve ser seguida para sua resolução. Devido a estas características da organização, os sujeitos que nela trabalham devem seguir algumas regras de comportamento para estarem de acordo com as diretrizes propostas (NATIVIDADE; BRASIL, 2006).

Muitos estudos abordam alterações da saúde mental em enfermeiros de serviços hospitalares, tais como: Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico

ou, de uma maneira geral, na rede hospitalar. Como o elaborado por Feliciano, Kovacs e Sarinho em 2005 e outro elaborado por Jofre e Valenzuela em 2005. E estudos sobre comprometimentos psíquicos em enfermeiros bombeiros militares atuantes em unidades intermediárias, como a UPA, ainda são escassos. Os estudos encontrados abordam bombeiros, profissionais de saúde ou não, que prestam serviço em quartéis e/ou atuam em atendimento móvel pré-hospitalar. Como o realizado por Murta e Tróccoli em 2007.

Segundo Murta e Tróccoli (2007), os Bombeiros que lidam com situações de emergência em saúde estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de *stress* no trabalho. Além da exposição a riscos psicossociais, esses profissionais lidam com riscos biológicos, como privação de sono e ciclos longos de trabalho-descanso. E existem evidências de que os bombeiros estão expostos a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, *stress* pós-traumático e *burnout*.

Neste estudo optou-se por trabalhar nas UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) como campo de pesquisa. A UPA é uma unidade de saúde que funciona em horário integral, caracterizada como um serviço pré-hospitalar específico para pequenas e médias urgências e emergências, inclusive odontológicas. Além de estar preparada para o atendimento de pacientes graves, até que sejam removidos para um hospital de referência (RIO DE JANEIRO, 2008). Nestas unidades, os profissionais de saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) prestam serviço desde 2008. E entre esses estão os enfermeiros do Quadro de Oficiais de Saúde.

O projeto das UPAs 24 horas foi baseado na Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e, também, nas necessidades identificadas pelo Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um conceito de unidade de saúde intermediário, entre o posto de saúde e o hospital. A primeira UPA foi inaugurada no dia 30 de maio de 2007, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil.

O enfermeiro bombeiro que atua em UPA possui diversas atribuições. Entre elas pode-se destacar: realizar o Acolhimento de escuta baseada na queixa principal; realizar a consulta de enfermagem simplificada baseada na Classificação de Risco e classificar o paciente de acordo com o protocolo de Classificação de Risco; e organizar e gerenciar as salas amarela adulta, amarela pediátrica e vermelha, assim como a equipe de enfermagem e a assistência prestada.

Diante do apresentado, o estudo busca responder: Como está a demanda psicológica e o controle laborais dos enfermeiros bombeiros que prestam serviço nas UPAs? Qual a ocorrência

da síndrome de *burnout* nestes profissionais? E qual a associação entre o estresse e a síndrome de *burnout*? E esta pesquisa tem como objeto o estresse laboral e a síndrome de *burnout* em enfermeiros bombeiros que atuam em UPAs.

1.1 - Objetivos

- Descrever o perfil sócio-demográfico e laboral do estresse em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs;
- Analisar a ocorrência da síndrome de *burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs;
- Avaliar a relação entre o estresse e a síndrome de *burnout* entre enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs.

1.2 - Justificativa

A magnitude do estresse na atualidade é inegável. É crescente a preocupação referente ao assunto. Verifica-se um aumento na publicação de artigos e pesquisas científicas em relação às abordagens metodológicas de como lidar com o estresse, e grande preocupação na área de enfermagem. Tal preocupação, talvez, deva-se ao fato de o estresse estar tão presente em nosso cotidiano. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 90% da população mundial é afetada pelo estresse, tomando aspectos de uma epidemia global (CARVALHO; LIMA; LIA, 2004).

As condições sociais de trabalho e o estresse mostram-se cada vez mais, como fatores de risco ocupacional que afetam praticamente toda a população economicamente ativa. No Brasil, dados do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os *transtornos mentais* ocupam o terceiro lugar entre as causas destas ocorrências (MEDINA, 1986). Tais considerações são significativas já que muitos profissionais de saúde seguem um modelo de atenção que tem sua ênfase em aspectos biomédicos, voltado apenas para aspectos fisiológicos da doença, sendo pouco consideradas as respostas emocionais e psicológicas dentro do processo

saúde e doença. Nesta perspectiva, Castiel (1999) afirma que a utopia da saúde perfeita faz com que o corpo fique reduzido à ordem biológica, mas tudo vai muito, além disso.

Em abordagem à Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador existe um perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil. Este perfil é caracterizado pelas doenças profissionais, doenças relacionadas ao trabalho e, por fim, as doenças comuns ao conjunto da população; essas não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores. A escassez e a inconsistência das informações sobre a real situação de saúde desta população específica dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2004).

Há uma necessidade de estudos de revisão dos processos de trabalho, interferindo em sua dinâmica e reduzindo os fatores que levam ao aparecimento da doença. No desenvolvimento desta conduta devem estar presentes representantes das diversas categorias sociais, para em conjunto pensarem em ações que possam alterar a sombria perspectiva que se apresenta, transformando o trabalho em fator de promoção do homem e não o motivo de sua degradação (ALVES; MINAYO, 2008). Além disso, o desenvolvimento de pesquisas, sobre a influência do ambiente na saúde do trabalhador pode gerar resultados capazes de despertar o senso crítico do trabalhador e empregador para mudanças. (SILVA, 2007)

Os enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs convivem com situações de impacto, vivenciadas com ansiedade e tensão, tornando-os vulneráveis ao estresse e outras alterações psíquicas e assim, prejudicando o desempenho profissional.

O estresse contínuo relacionado ao trabalho constitui um importante fator na determinação da síndrome de *burnout*, considerada o estresse laboral mais grave. No Brasil, Vieira apud Benevites (2006) relata uma ocorrência de 10% da síndrome de *burnout* entre profissionais de saúde. A falta de autonomia no desenvolvimento das atividades, a sobrecarga laboral, o trabalho em turno, os conflitos são alguns dos fatores fundamentais que embasam o esgotamento emocional oriundo do estresse neste profissional.

O estresse, a síndrome de *burnout* e suas consequências são exemplos do homem como vítima de seu trabalho. Políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador são fundamentais para que o trabalho se torne, segundo Dejours (2000) uma possibilidade do indivíduo se constituir como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido socialmente.

Além disso, este estudo pode trazer diversas contribuições. Para o ensino da enfermagem, traz a possibilidade de conhecer melhor os processos e mecanismos desencadeadores do estresse ocupacional e sua influência na atividade laboral do profissional enfermeiro, gerando alterações psíquicas, como a síndrome de *burnout*. Especificamente para o ensino da saúde do trabalhador, pode aprimorar os conhecimentos sobre as temáticas do estresse e a síndrome de *burnout*, e a relação do processo saúde-doença e o trabalho.

Para a pesquisa, espera-se que o estudo coloque o estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* como fenômenos que influenciam negativamente a atividade laboral. Este estudo também ganha destaque na pesquisa já que aborda duas alterações mentais pouco trabalhadas por profissionais enfermeiros na bibliografia científica; os temas, principalmente a síndrome de *burnout*, são mais encontrados em pesquisas relacionadas à área da psicologia. O número de pesquisas na enfermagem ainda é pequeno, o que torna esta pesquisa uma possibilidade de fortalecimento da produção do conhecimento na área da enfermagem.

O estudo da manifestação do estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* também poderá ajudar a compreender melhor e a elucidar alguns dos problemas enfrentados pela profissão, tais como a insatisfação profissional, a produção no trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais. Uma melhor compreensão destes processos poderá permitir a proposição de intervenções e busca de soluções.

2 - APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

2.1 - Estresse ocupacional

2.1.1 - Estresse

A palavra “*stress*” foi utilizada pela primeira vez, no ramo da saúde, em 1936, por Hans Selye (LIPP, 1996). O termo era utilizado na literatura científica inglesa, como sinônimo de aflição e adversidade (LIPP, 2003).

Selye considerou que várias enfermidades desconhecidas, como as cardíacas, a hipertensão arterial e os transtornos emocionais ou mentais eram resultantes de mudanças fisiológicas decorrentes do estresse prolongado, cujas alterações poderiam estar pré-determinadas genética ou constitucionalmente. E não somente agentes físicos nocivos eram produtores de estresse. No caso do homem, as demandas de caráter social e as ameaças do ambiente no qual o indivíduo estava inserido e requeriam capacidade de adaptação que provocavam o transtorno do estresse (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

A relação estabelecida entre o indivíduo e o ambiente, percebida como sobrecarga ou esgotamento de recursos, afeta seu bem-estar (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A doença aparece quando não há adaptação do indivíduo aos estímulos, já que o estresse pode exigir adaptações de forma intensa, sejam fisiológicas e/ou psicológicas.

A relação causal entre ambiente e indivíduo é constituída por diferentes estímulos com diferentes respostas, pois acontecem em diferentes indivíduos, em tempos também diferentes. Cada um destes diversos “componentes” é entendido como um subsistema, no interior de um sistema maior e mais complexo. Na interface entre ambiente e indivíduo, três níveis devem ser considerados: os estressores (as condições externas evocadoras de reações), os fatores individuais (determinantes das reações aos estressores, constituídas por aspectos genéticos e por experiências pessoais) e as reações (fisiológicas, psicológicas e comportamentais) (KARASEK; THEORELL, 1990).

Convencionalmente, analisa-se o padrão crônico do estresse (evento de longa duração, com desgaste físico e mental) e agudo (evento de curta duração com características motivadoras). E dependendo das respostas de cada pessoa e sua forma de interagir e reagir à situação

ameaçadora. O processo que desencadeia determinada resposta negativa do sujeito, podendo o tornar vulnerável a patologias é considerado “distresse”. E o estresse que conduz a pessoa à realização de uma tarefa, possibilitando o desenvolvimento intelectual e emocional recebe o nome de “eustresse” (SEYLE, 1974, LIPP, 2003, AZEVEDO; KITAMURA, 2006).

O quadro 1 mostra os tipos de reação característica em cada nível de estresse vivenciado. A situação de “estresse ideal”, que representa uma condição de equilíbrio entre o baixo e o alto nível de estresse apresenta o maior número de reações positivas a serem vivenciadas pelo indivíduo.

Quadro 1: Reações ao nível de estresse

Níveis de Estresse			
Tipos de reação	Baixo Estresse	Estresse Ideal (eustresse)	Alto Estresse (distresse)
Atenção	Dispersa	Alta	Forçada
Motivação	Baixíssima	Alta	Flutuante
Realização pessoal	Baixa	Alta	Baixa
Sentimentos	Tédio	Desafio	Ansiedade
Esforço	Grande	Pequeno	Depressão Grande

FONTE: MASCI, 2001

A partir desses pressupostos, o estresse é definido como um conceito relacional mediado, cognitivamente, e que reflete a relação entre a pessoa e o ambiente apreciado por ela como difícil ou que excede seus recursos, colocando em risco o seu bem-estar. E o estresse ocorre quando as demandas representam um desejo que o indivíduo é incapaz de alcançar (PEIRÓ, 1993).

2.1.2 - Estresse ocupacional

É inegável que o trabalho, tal como é entendido na atualidade, exerce notável influência sobre o comportamento humano.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1986) define o estresse do trabalho como um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador, podendo afetar a sua

saúde. Outros autores definem o estresse como um conjunto de causas que conduzem a pessoa a consequências emocionais desagradáveis, resultando em um clima profissional ruim, ocasionando tensões nervosas para pessoas que estão profissionalmente ligadas umas as outras. (PONZENTO, 2002).

No ambiente de trabalho a exposição a situações estressantes costuma acontecer em pequenas doses, cotidianas, de tal modo que outras reações fisiológicas de adaptação são provocadas.

A teoria de Robert Karasek (final da década de 1970), procura explicar essas modificações nos indivíduos submetidos ao estresse no trabalho. Apesar de uma multiplicidade de conceituações para o estresse, o autor e seus colaboradores concluíram que o aspecto que aproxima todas elas está na origem ou fonte do estresse: o ambiente (KARASEK; THEORELL, 1990).

O estresse ocupacional é influenciado pela interação entre o indivíduo e a situação estressante, e está determinado pela percepção que o trabalhador tem das demandas existentes no ambiente de trabalho e por sua habilidade para enfrentá-las (COX, 1987).

2.1.3 - Aspectos fisiológicos do estresse

O estresse se manifesta através de um desequilíbrio generalizado do organismo. E diversos sistemas e subsistemas interagem para reequilibrar esse organismo.

O sistema de controle biológico inclui cérebro, o músculo cardíaco e os sistemas neuroendócrinos. Além disso, existem os sistemas em nível da cognição do indivíduo e a nível interpessoal (ALVES, 2004).

A partir do sistema neuroendócrino, segundo Ballone (2005), o hipotálamo, conjuntamente com a hipófise, secreta os neuro-hormônios, dentre outros, dopamina, norepinefrina e o fator liberador da corticotrofina (CRF), onde a hipófise é o local responsável pelo conjunto de respostas orgânicas aos agentes estressores. O hipotálamo, produzindo CRF, estimula a hipófise para aumentar a produção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), o qual promove o aumento da liberação dos hormônios da suprarrenal, os corticóides (cortisol) e as catecolaminas (adrenalina).

Nos processos sobre os quais os indivíduos têm um controle, aumentam os níveis de adrenalina circulante e diminuem os níveis de cortisol, gerando uma noção de esforço sem a manifestação de estresse; porém quando há uma maior exigência, com menor capacidade de controle, há aumento de ambos os hormônios. O indivíduo então é submetido a uma sensação de esforço com estresse (FRANKENHAUSER, 1991).

As catecolaminas e os corticosteróides atuam, em conjunto, nas respostas fisiológicas de catabolismo (consumo metabólico) e anabolismo (restauração metabólica). A partir disso, a hipótese de Karasek é que a resposta catabólica no nível fisiológico corresponderia ao mecanismo de desgaste psicológico condicionado pela escassez de controle sobre a própria vida e, a resposta anabólica aconteceria quando o indivíduo experimentasse maior controle sobre as situações que lhe fossem impostas (ALVES, 2004).

As fases de estresse: fase de alerta, fase de resistência e fase de exaustão; descritas por Seyle (1974) formam o modelo bioquímico Síndrome de Adaptação Geral (SAG), o qual descreve um conjunto de reações fisiológicas e reações comportamentais não específicas, desencadeadas quando o organismo encontra-se exposto a um estímulo para a manutenção da constância do meio interno (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Na fase de alerta o organismo se prepara para o enfrentamento de uma situação até então desconhecida ou ameaçadora, ocorrendo uma quebra da homeostase (equilíbrio do meio interno). As mudanças hormonais são ditadas pelo sistema nervoso central, via hipotálamo e pelo sistema nervoso autônomo, na presença do estressor. Com os níveis das catecolaminas e cortisona aumentados reações como taquicardia, sudorese e acidez estomacal são comuns, nesta fase, porém não são agressivas em um primeiro momento, à saúde do indivíduo (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Se por alguma razão, a estimulação estressante é mantida, o organismo entra na fase de resistência. O organismo tenta readquirir o equilíbrio do meio interno com um aumento da demanda energética. Caso os estímulos estressores tornam-se crônicos, a resposta ao agente estressor começa a diminuir de intensidade e os sintomas anteriores são reduzidos, surgindo então sinais de desgaste; sendo comum a sensação de exaustão e esquecimento frequente. Quando o indivíduo não consegue resistir e não se adapta, entra na fase de exaustão e esgotamento (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Na fase de exaustão a energia adaptativa já se encontra sem reservas e os fatores estressores permanecem. O organismo fica exposto a agressões, ocorrendo um custo mental e biológico, o que resulta em doença (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

É sabido que a exposição ao estresse de forma contínua pode conduzir ao prejuízo de ordem física e psicológica que se manifestam, desde dor de cabeça – a qual pode apresentar de forma freqüente, todos os dias - até mesmo à insônia, conduzindo ao desgaste do organismo. Esses são exemplos de respostas do ser humano sinalizando o desgaste sofrido. Os estudos dessa natureza envolvem conceitos relacionados às respostas aos estímulos ameaçadores, sejam de natureza psicológica, física ou social (SILVA, 2007, p. 32).

2.1.4 - Aspectos psicossociais: o estresse e o ambiente de trabalho

O ambiente onde está inserido o trabalhador expõe um pouco como é construído o seu estilo de vida, o que inclui hábitos e comportamentos autodeterminados adquiridos social ou culturalmente de modo individual ou em grupo (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

Os trabalhadores vivem hoje sob contínua tensão, já que o ambiente de trabalho mudou, acompanhando o avanço da tecnologia. E, além das habituais responsabilidades ocupacionais, existem estressores da vida em sociedade (segurança social, manutenção da família). Estes novos desafios podem superar os limites de adaptação do trabalhador levando ao estresse.

O tipo de desgaste à que as pessoas estão submetidas permanentemente nos ambientes e às relações com o trabalho são fatores determinantes de doenças. Os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade (RODRIGUES, GASPARINI, 1992).

O desgaste emocional à que as pessoas são submetidas nas relações com o trabalho é fator muito significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse.

O ambiente laboral possui estímulos estressores que influenciam o desempenho e conduz a adaptação. O estresse se desenvolve de forma dinâmica entre o indivíduo e o ambiente. E cada indivíduo apresenta resposta peculiar às situações de estresse. Assim, para algumas pessoas, o local de trabalho pode trazer tranquilidade e satisfação e para outras não.

Os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos (COOPER, 1993):

- Fatores intrínsecos ao trabalho: onde estão presentes aspectos como condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária de trabalho, contribuições no pagamento, viagens, riscos, nova tecnologia e quantidade de trabalho;
- Papéis estressores: papel ambíguo, papel conflituoso, grau de responsabilidade para com as pessoas e coisas;
- Relações no trabalho: relacionamento difícil com o chefe, colegas, subordinados, clientes sendo direta ou indiretamente associados;
- Estressores na carreira: falta de desenvolvimento na carreira e insegurança no trabalho, devido a reorganizações ou declínio da instituição;
- Estrutura organizacional: estilos de gerenciamento, falta de participação, problemas de comunicação;
- Interface trabalho-casa: dificuldade no manejo desta interface.

E qualquer estímulo que se apresente de forma excessiva no ambiente leva ao estresse negativo.

As causas que contribuem para o estresse são inúmeras. As causas externas são as mais divulgadas e mais facilmente reconhecidas, estressores físicos, químicos e biológicos que oferecem riscos aos profissionais de enfermagem.

E as causas internas relacionam-se às expectativas irrealistas, cognições distorcidas, perfeccionismo, sonhos e desejos que são vistos como realidades. Além das causas internas relacionadas ao trabalho, como a insegurança no emprego; sensação de insuficiência profissional e pressão para comprovar eficiência.

Todas essas causas, sejam internas ou externas, influenciam a qualidade de vida do trabalhador e potencializam o estresse.

2.1.5 - O estresse ocupacional e o enfermeiro

O trabalho do enfermeiro, por sua própria natureza e características, revela-se especialmente suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional, já que concentra número elevado de fatores de risco à saúde mental das trabalhadoras e dos trabalhadores. Segundo pesquisa

realizada pelo *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), a enfermagem estava em 27º lugar, entre as 130 ocupações estudadas, considerando-se problemas de saúde mental relacionados à ocupação (Colligan, 1977 *apud* McAbee, 1991).

No Brasil, a grande maioria dos enfermeiros está concentrada nos hospitais, respondendo à tendência assistencialista do setor saúde. Também encontramos profissionais em programas de saúde coletiva, que deveriam atuar sob o enfoque de um atendimento preventivo, mas que diante das políticas de saúde acabam sendo assistencialistas. Os enfermeiros podem ocupar ainda, cargos administrativos, geralmente em serviços de saúde, de ensino ou como gerentes dos serviços de enfermagem e da mesma forma, exercerem atividades de ensino, a nível técnico, universitário ou elementar. Esta diversidade de ocupações sugere um quadro heterogêneo no que se refere aos problemas enfrentados pela categoria e certamente entre essas, muitas podem ser consideradas como favoráveis ao estresse.

Os estudos que avaliam fontes de estresse e a lista de estressores no trabalho da enfermagem são numerosos. A enfermagem entra na lista das profissões desgastantes, devido ao contato com doenças, expondo a equipe de enfermagem, do ponto de vista etiológico, a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica (GASPAR, 1997). Atenção especial tem sido dada pelos pesquisadores da enfermagem para algumas características da organização do trabalho que permeiam o cotidiano da equipe de enfermagem e podem desencadear o estresse, como as jornadas de trabalho prolongadas e os ritmos acelerados de trabalho, a atitude repressora e autoritária de uma hierarquia rígida e vertical, a fragmentação das tarefas, a ausência de reconhecimento da enfermagem como essencial, a inadequação da legislação em seu exercício profissional (BIANCHI, 2000, MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003).

A falta de valorização gera um sentimento de inutilidade, remetendo à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Um estilo de supervisão autoritário, arbitrário, no qual o ritmo, as opiniões e necessidades dos funcionários são totalmente, ou quase que totalmente desconsiderados, com falta de diálogo e excesso de feedback negativo, sem nenhuma solução para os problemas identificados, ocasionam o estresse organizacional, acarretando baixa produtividade e qualidade, e insatisfação do trabalhador e da própria instituição (MARTINS et al, 2000).

O trabalhador de enfermagem é o profissional que está mais tempo em contato com ações de saúde, o que expõe este trabalhador, em maiores proporções, a riscos, visíveis ou não. Esse

contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadas, muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha de ocupação, ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas (PITTA, 2003).

Tais riscos e condições, que fazem parte do dia-a-dia da enfermagem, quando não bem ajustados e adequados pelos profissionais, podem influenciar diretamente na saúde física e mental deste indivíduo, contribuir para desencadear o estresse e interferir negativamente na atividade laboral desenvolvida por esse, causando diminuição na produtividade, desgastes físicos e mentais, absenteísmo, sentimento de incapacidade e insatisfação.

A importância de pesquisas que associem o ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador é ressaltada por Pitta (2003), já que os trabalhadores da área de saúde não recebem, por parte das autoridades brasileiras e empregadores, uma devida atenção voltada para sua saúde.

2.1.6 - Avaliação de estresse ocupacional: o modelo demanda-controle

A avaliação dos aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho tem sido objeto de estudos recentes em saúde e trabalho. Robert Karasek foi um dos pesquisadores pioneiros a procurar nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde (ALVES et al, 2004).

Este modelo considera o estresse ocupacional como resultado de diferenças encontradas entre as condições de trabalho e as capacidades de resposta dos trabalhadores envolvidos no desempenho da tarefa e o nível de controle disponível para responder às demandas. E define como condição saudável de trabalho aquela que possibilita a interação entre desenvolvimento individual, com alternância entre momentos de exigências e repouso, proporcionando dinamismo entre homem e ambiente (KARASEK; THEORELL, 1990).

O modelo demanda-controle prevê, inicialmente, o risco de estresse relatado e subsequente comportamento ativo/passivo referentes ao trabalho. Avalia como dimensões básicas: o grau de controle, vinculado à autonomia, e demanda psicológica relacionada às características envolvidas na execução da tarefa (SANTOS, 2006).

Estas duas dimensões envolvem características específicas na execução do trabalho. O controle compreende dois componentes: aspectos referentes ao uso e desenvolvimento de habilidades (necessidade de aprendizado de novas práticas, repetitividade, criatividade, tarefas diversificadas e desenvolvimento de habilidades especiais) e a autoridade de decisão (possibilidade para tomada de decisões, influência do grupo de trabalho e influência na política gerencial).

A demanda psicológica está relacionada às exigências psicológicas, envolvendo pressão do tempo, nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (ARAÚJO et al, 2003).

Para avaliação dos aspectos destacados no modelo demanda-controle, Karasek (1979) cria o *Job Content Questionnaire* (JCQ) com 49 questões, abordando além de controle e demanda psicológica, suporte social proveniente da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego. E as questões se distribuem da seguinte forma: 17 questões sobre o controle no trabalho (sendo 06 sobre habilidades e 11 sobre autoridade decisória); 14 sobre demanda (sendo 09 sobre demanda psicológica e 05 sobre demanda física); 11 sobre suporte social (sendo 05 de suporte social proveniente da chefia e 06 de suporte proporcionado pelos colegas de trabalho); 06 sobre insegurança no trabalho e 01 sobre nível de qualificação exigida para o trabalho executado.

Karasek, em seu modelo especifica quatro tipos de experiências no trabalho, originados pela dinâmica dos níveis “altos” e “baixos” de demanda psicológica e de controle: alta exigência do trabalho (caracterizado como alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (combinando baixa demanda e alto controle).

Estas experiências representam diferentes situações no trabalho, que são representadas por quadrantes e duas diagonais: Diagonal A e Diagonal B (FIGURA 1). A diagonal A aponta para o risco potencial de distúrbios de ordem psicológica e de doença física na medida em que o trabalho se desenvolve intensificando característica de alta demanda combinada com baixo controle, com repercussões sobre a saúde como desgaste psicológico, fadiga, ansiedade e depressão (quadrante 1).

Na diagonal B, registra-se motivação para desenvolver novos padrões de comportamento a partir do quadrante 2, referente ao trabalho ativo. Entretanto, o modelo prediz que trabalho na

condição do quadrante 4, definido como trabalho passivo, pode conduzir ao declínio na atividade global do indivíduo e à redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados.

Por fim, o trabalho classificado como de baixa exigência (quadrante 3), que se caracteriza pela baixa demanda psicológica, porém com elevado nível de controle, tem demonstrado uma situação de baixos índices de repercussões deletérias à saúde do trabalhador.

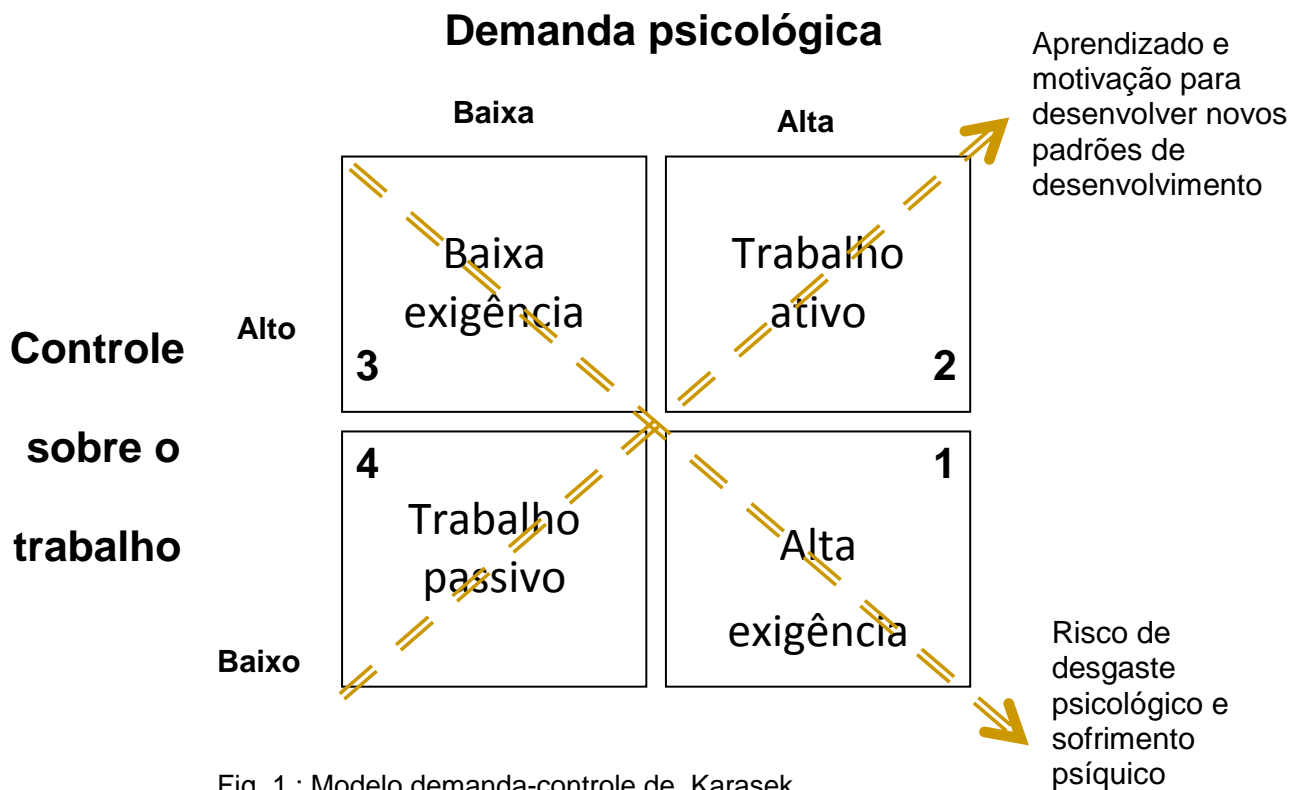


Fig. 1 : Modelo demanda-controle de Karasek
Fonte : Karasek, 1979

Uma versão reduzida do questionário originalmente elaborado por Karasek foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988, com 17 questões: 05 para avaliar a demanda (onde 03 avaliam aspectos quantitativos do trabalho, 01 avalia aspecto qualitativo do processo de trabalho e 01 avalia conflito de demandas), 06 para avaliar o controle (04 avaliam o desenvolvimento e uso de habilidades e 02 avaliam a autoridade para tomada de decisões) e 06 para apoio social (questões sobre relação com chefia e colegas de trabalho).

As dimensões da demanda e de controle possuem opções de resposta apresentadas em escala tipo Likert, com respostas variando entre “sempre/frequentemente” e “nunca/quase nunca”. E o bloco do apoio social também possui opções de resposta em escala tipo Likert com variação entre “concordo totalmente” e “ discordo totalmente”.

A partir deste modelo é possível conhecer o reflexo do trabalhador e seu ambiente de trabalho, avaliando a demanda e o controle desse indivíduo sobre as atividades laborais, ou seja, as respostas biológicas ao estresse que influenciam suas respostas psicológicas e mentais.

2.2 - Síndrome de *Burnout*

2.2.1 - Descrição da doença

Segundo Brasil (2001, p.191), “os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, juntos do nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou *burnout*.”

Não existe uma definição unânime sobre esta síndrome, mas existe um consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao estresse laboral. Trata-se de uma experiência subjetiva interna que agrupa sentimentos e atitudes e que tem um semblante negativo para o indivíduo, dado que implica alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para a pessoa e para a organização. (SILVA, 2000)

A síndrome de *burnout* foi descrita pela primeira vez pelo médico Herbert Freudenberger, no ano de 1974, em um artigo intitulado *Staff Burnout* para a Revista de Psicologia, que o descreveu como um “incêndio interno” resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho. (VIEIRA, 2006).

Observada como sofrimento existente entre os profissionais que trabalhavam diretamente com paciente dependentes de substâncias químicas. Estes trabalhadores reclamavam que já não conseguiam ver seus pacientes como pessoas que necessitavam de cuidados especiais, uma vez que, esses não se esforçavam em parar de usar drogas. Falavam que devido à exaustão, muitas vezes desejavam nem acordar para não ter que ir ao trabalho. Ainda pela impossibilidade de alcançar os seus objetivos, sentiam-se incapazes de modificar o *status quo*; sentiam-se derrotados. (CODO, 1999).

A partir de então, estudos sobre a temática começaram a se multiplicar e propagar. A propagação deve ser creditada também a Christina Maslach, professora de psicologia da Califórnia, que com a psicóloga Susan Jackson desenvolveu, em 1981, um instrumento para verificar os sentimentos pessoais e atitudes do enfermeiro em seu trabalho e ante seus pacientes. Instrumento chamado de Inventário em *Burnout* de Maslach (MBI).

Malasch, Schaufeli e Leiter (2001) pontuam que, nas várias definições do *Burnout*, embora com algumas questões divergentes, todas encontram no mínimo cinco elementos comuns (CAMPOS, 2005):

- 1) existe a predominância de sintomas relacionados a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão;
- 2) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos;
- 3) os sintomas de *burnout* são relacionados ao trabalho;
- 4) os sintomas manifestam-se em pessoas “normais” que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome;
- 5) a diminuição da efetividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

A estafa profissional pode ser observada em todas as profissões, mas a presença da síndrome é significativa em profissionais da área de serviços, cuidadores ou profissionais de ajuda. Entre eles estão: trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários e professores. Trabalhos que envolvem um alto nível de contato interpessoal. Pondo em foco as categorias ocupacionais cujo trabalho implica cuidar do outro, sendo observado uma tendência de endemia. Embora nos últimos anos, tenha sido aprofundada tal tendência empírica, avalia-se a incidência da síndrome em outras categorias profissionais.

A síndrome do esgotamento profissional faz parte da Lista de Doenças Profissionais e Relacionadas ao Trabalho (Ministério da Saúde, Portaria nº1339/1999). Classificada com o código Z73.0 na Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão - CID-10.

2.2.2 - Diagnóstico e quadro clínico

O instrumento mais utilizado para o diagnóstico da síndrome de *burnout* é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), ou seja, Inventário em *Burnout* de Maslach, e possui três versões aplicadas a categorias profissionais específicas: MBI-HSS (*Human Services Survey*), para as áreas de saúde/cuidadores ou serviços humanos/sociais; MBI-ES (*Educator's Survey*) para educadores; e MBI-GS (*General Survey*) para profissionais que não estejam em contato direto com o público-alvo do serviço.

O MBI-HSS trata-se de um questionário de autoinforme, constituído por 22 itens, para ser respondido por meio de uma escala com pontuações que variam de 0 a 6, onde 0 significa nunca e 6, todos os dias. Tenta-se, desta maneira caracterizar as três dimensões fundamentais do trabalho do enfermeiro, que dentro da perspectiva psicossocial, são componentes da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho.

A exaustão emocional é caracterizada por um esgotamento de energia e redução de recursos emocionais, o profissional percebe que não possui mais energia para o atendimento, junto da sensação de estar sendo exigido além de seus limites emocionais. A despersonalização manifesta-se através de atitudes frias e negativas com o trabalho e outras pessoas, ocorre um endurecimento afetivo. O envolvimento pessoal no trabalho se expressa com a tendência do trabalhador se auto-avaliar de forma negativa, com falta de perspectivas futuras.

O diagnóstico de um caso de síndrome de esgotamento profissional deve ser abordado como evento sentinela e indicar investigação da situação de trabalho, visando avaliar o papel da organização do trabalho na determinação do quadro sintomatológico. Podem estar indicadas intervenções na organização do trabalho, assim como medidas de suporte ao grupo de trabalhadores de onde o acometido proveio. (BRASIL, 2001, p. 194).

O processo do *burnout* é individual, não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado, emerge em uma sequência determinada de tempo e sua evolução pode levar anos, com surgimento paulatino, cumulativo e progressivo, não sendo percebido pelo indivíduo. Além de ser alvo de indivíduos “normais”, sem psicopatologia e com níveis de desempenho satisfatório.

Freudenberger (1974) descreve os seguintes sintomas para a síndrome: impaciência e grande irritabilidade, sensação de onipotência, paranoia, cansaço emocional e desorientação.

Por sua vez, Caballero (2001) propõem que a síndrome de *burnout* apresenta sintomas de ordem:

1. Fisiológica: falta de apetite, cansaço, insônia, dor cervical, úlceras.
2. Psicológica: irritabilidade ocasional ou instantânea, gritos, ansiedade, depressão, frustração, respostas rígidas e inflexíveis.
3. De conduta: expressões de hostilidade ou irritabilidade, incapacidade para poder concentrar-se no trabalho, aumento das relações conflitivas com os demais colegas, chegar tarde ao trabalho ou sair mais cedo, estar com frequência fora da área de trabalho e fazer longas pausas de descanso no trabalho.
4. Outros: aumento do absenteísmo, apatia face à organização, isolamento, empobrecimento da qualidade do trabalho, atitude cínica e fadiga emocional, aumento do consumo de café, álcool, barbitúricos e cigarros.

A síndrome de *burnout* se apresenta como uma alteração de saúde complexa e acarreta consequências muito variáveis, já que aparecem em nível psicológico, físico e de conduta.

2.2.3 - Tratamento e prevenção

O tratamento da síndrome de esgotamento profissional envolve psicoterapia, tratamento farmacológico e intervenções psicossociais. Entretanto, a intensidade da prescrição de cada um dos recursos terapêuticos depende da gravidade e da especificidade de cada caso. (BRASIL, 2001, p.192).

A psicoterapia envolve um processo de desinvestimento afetivo no trabalho fazendo com que o paciente repense sua inserção no trabalho e na vida (Brasil, 2001).

Os antidepressivos e/ou ansiolíticos serão prescritos de acordo com a presença e a gravidade de sintomas depressivos e ansiosos. Este tratamento farmacológico deve ser acompanhado por um especialista (Brasil, 2001).

As intervenções psicossociais envolvem afastamento do trabalho por meio de licença para tratamento, sendo importante a equipe de saúde estar apta a justificar recomendações perante o trabalho do paciente, o seguro social e o sistema de saúde. Além disso, o profissional deve estar

preparado para lidar com diversas dificuldades, entre elas: ameaça de demissão após volta ao trabalho, mudanças de posição no trabalho ou de emprego, ou até mesmo, o desemprego (Brasil, 2001).

Em se tratando de formas de prevenção de *burnout*, França e Rodrigues (1997) acrescentam:

- Aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia;
- Prevenir o excesso de horas extras;
- Dar melhor suporte social as pessoas;
- Melhorar as condições sociais e físicas de trabalho e
- Investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Já Philips (1984) diz que a primeira medida para evitar a síndrome de *burnout* é conhecer suas manifestações. Existem, porém, outras formas de prevenção e que podem ser agrupadas em três categorias: estratégias individuais, estratégias grupais e estratégias organizacionais.

As estratégias individuais referem-se à formação e capacitação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objetivos, definir limites em termos de tempo e energia, evitar o envolvimento excessivo, deixar as necessidades serem conhecidas pelos colegas e supervisores, conversar com os colegas regularmente enquanto trabalha, manter linhas de comunicação abertas e minimizar as diferenças quando ocorrem, participar de programas de combate ao stress, entre outros. As estratégias grupais consistem em buscar o apoio grupal e finalmente as estratégias organizacionais referem-se em relacionar as estratégias individuais e grupais para que estas sejam eficazes no contexto organizacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

No contexto das instituições, estas devem criar canais de identificação das necessidades e expectativas do profissional, bem como canais de retorno desta avaliação; criar cursos de capacitação permanente dos profissionais, criar sistema de apoio psicológico e social aos profissionais e discussão de situações de conflito (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Intervenções para resolver o *burnout* e/ou preveni-lo recomendam focalizar soluções no trabalhador e no local de trabalho, permitindo assim recuperar o equilíbrio entre as expectativas do indivíduo e as exigências do seu trabalho, ou seja, o vínculo indivíduo – trabalho.

É preciso identificar caminhos para modificar essa realidade, sendo fundamental que a prevenção e o tratamento do *burnout* sejam abordados como problemas coletivos e organizacionais e não como um problema individual.

2.2.4 - A síndrome de *burnout* no enfermeiro

Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como uma ação nobre, mas os custos emocionais dessa ação só têm tido atenção recentemente. O exercício de profissões, como a enfermagem, implica uma relação permeada de ambiguidades, como conviver com a distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro.

As demandas nos serviços de saúde são grandes em decorrência da ênfase na nobreza da missão dessas organizações e da busca por equacionar preceitos éticos e racionalidade técnica. Além disso, os serviços de atenção à saúde guardam especificidades relativas ao trato com a dor, ao sofrimento e ao mal-estar orgânico, emocional e social das pessoas. Portanto, requerem dos profissionais uma carga adicional de competências interpessoais, além das condições inerentes ao exercício profissional (BORGES; ARGOLLO; BAKER, 2005).

Campos *apud* Reis (2003) afirma que, no Brasil, investigações sobre o perfil de adoecimentos dos trabalhadores de enfermagem de um modo geral tem sido escassas, apesar de se tratar de uma categoria tão numerosa, com cerca de 780.000 profissionais. Nos últimos anos, pesquisas têm mostrado a importância da distribuição mundial do *Burnout* entre médicos e enfermeiras, com altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, por Feliciano; Kovacs e Sarinho (2005).

A profissão do enfermeiro é uma ocupação com singulares características que possui componentes ameaçadores ao seu ambiente ocupacional, entre eles: escassez de pessoal, que leva à sobrecarga laboral; trabalho em turnos; relação com pacientes e familiares problemáticos; contato direto com enfermidades; a dor e a morte; baixo reconhecimento profissional; baixa autonomia e autoridade no trabalho; além de achatamento de salário.

Os elementos estressores são comuns, independente da ocupação do enfermeiro, e refletem as causas e consequências ocasionadas no exercício da profissão.

A sobrecarga de trabalho é considerada a principal fonte de estresse crônico no enfermeiro, levando a sentimentos de exaustão emocional. Mas, caso os profissionais percebam

que carecem de habilidades para a realização de tarefas, ou seja, sobrecarga de trabalho qualitativa que desenvolvem o baixo envolvimento pessoal no trabalho.

Outra fonte de estresse crônico no trabalho do enfermeiro é a falta de interação social nas organizações, já que na enfermagem existe a relação com os pacientes e nesta relação os processos de intercâmbio social e as expectativas de reciprocidade são muito importantes.

O absenteísmo é um dos grandes problemas da enfermagem, apresentando uma taxa bastante elevada. Aparece também, como uma das consequências principais da Síndrome de *Burnout*, onde as dimensões dessa estão associadas com condutas e atitudes de absenteísmo.

Alguns estudos observaram que os sentimentos de exaustão emocional se associam significativamente de maneira positiva com o número de faltas no trabalho dos profissionais de enfermagem e, em desenho longitudinal, mediante um modelo causal, a relação pessoal no trabalho era um preditor significativo da taxa de absenteísmo avaliada após seis meses (GIL-MONTE, 2002, p.5).

Ainda que o exercício da profissão de enfermagem requeira boa saúde física e mental, raramente os enfermeiros recebem a proteção social adequada para o seu desempenho. Ou seja, apesar de exercerem atividades estafantes, muitas vezes em locais inadequados, não recebem a proteção e atenção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes das atividades.(MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

2.3 - Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

A partir das normas do procedimento operacional padrão para atendimento pré-hospitalar fixo das Unidades de Pronto Atendimento do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, os tópicos a seguir abordam os fundamentos e a forma de funcionamento das UPAs.

2.3.1- Finalidades, conceituações e características do funcionamento

As Unidades de Pronto-Atendimento são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e os hospitais. Atualmente, existem 37 UPAs no Estado do Rio de Janeiro, totalizando até 03/08/2010, 5.473.358 atendimentos desde a primeira UPA inaugurada, com uma média de 500 atendimentos/dia. Destas 37 UPAs, 20 unidades funcionam com enfermeiros do Quadro de Oficiais de Saúde (QOS) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ).

A missão da UPA é efetuar o atendimento pré-hospitalar (APH) fixo de pacientes apresentando situações de urgência e emergência. Este projeto já existia em São Paulo e o Estado do Rio de Janeiro aderiu à ideia em 2007 construindo a primeira UPA na Maré. O projeto das UPAs 24 horas foi baseado na Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, onde a intenção principal foi, e é desafogar as grandes emergências dos hospitais públicos do estado, atendendo à demanda de pacientes de urgência, média e baixa complexidade.

Considera-se como atendimento pré-hospitalar fixo, a modalidade de socorro prestada por unidade não hospitalar situada em instalações permanentes ou temporárias, dotadas de recursos humanos e materiais necessários ao 1º atendimento das urgências e emergências médicas, estabilização do quadro e posterior liberação ou o transporte adequado a um serviço de saúde.

A UPA possui alguns objetivos:

- Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade;
- Facilitar o acesso da população a atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos;
- Prover o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a população de qualidade e resolutivo (mínimo de 95% de resolutividade);

- Garantir o 1º atendimento rápido, estabilização e observação de pacientes por períodos de até 12 horas, antes de sua remoção para o tratamento definitivo ou liberação para acompanhamento ambulatorial;
- Permitir o direcionamento para os hospitais da rede, pela Central de Regulação de Vagas dos casos com necessidade de internação;
- Identificar os enfermos que realmente necessitam de cuidados hospitalares;
- E apoiar o sistema de atendimento pré-hospitalar móvel servindo como referência de casos de menor complexidade que necessitem de observação ou de procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência ambulatoriais.

O serviço de pronto-atendimento funciona 24 horas, sete dias por semana com atendimento de pediatria, clínica médica e odontologia. Cada unidade possui a capacidade de atendimento de no mínimo 300 pacientes/dia. O serviço de laboratório, o setor de radiologia e a eletrocardiografia também funcionam em horário integral. Além desses serviços, as unidades são providas de três salas com leitos de observação: a sala amarela adulto com leitos de observação para adultos que idealmente não ultrapassem 24h; a sala amarela pediátrica com leitos de observação pediátricos durante períodos que idealmente não ultrapassem 24h e a unidade de paciente graves (sala vermelha) com o mínimo de dois leitos com capacidade de monitorização pelo menos durante 12h de pacientes com dor torácica e o 1º atendimento de casos clínicos graves ou potencialmente graves.

O acesso dos pacientes às UPAs ocorre principal e respectivamente por meios próprios; trazido por populares, policiais e guardas municipais; transportado pela ambulância GSE/SAMU; e transportado por outras viaturas do CBMERJ.

No caso do atendimento de paciente que entra por meios próprios deambulando na UPA, o mesmo realizará o seguinte fluxo:

1. Entrada pela porta principal ao acolhimento/recepção. Esse acolhimento ocorre com a equipe de enfermagem e quando indicado (emergência clínica) é encaminhado para a classificação de risco.
2. O paciente com emergência clínica é encaminhado para a classificação de risco onde um enfermeiro capacitado e através da utilização de protocolos pré-

estabelecidos, avalia o grau de urgência do paciente, colocando-o em ordem de prioridade para atendimento.

3. A classificação de risco é realizada em quatro níveis: vermelho (risco de morte ou incapacitação em poucos minutos ou horas); amarelo (baixo risco de morte ou de incapacitação, necessidade de cuidados médicos por um período superior a duas horas); verde (quadro clínico estável desprovido de risco de morte ou de incapacitação, necessidade de realização de exames e/ou de prescrição e/ou administração de medicamentos e/ou de pequenas suturas ou curativos e; azul (liberação apenas com orientação).
4. Após a classificação de risco o paciente é encaminhado para espera ao consultório ou em casos mais graves diretamente a área de observação amarela ou vermelha.
5. Após o atendimento, o paciente terá sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através da central de regulação ou será liberado para residência com orientação médica.

2.3.2 - As atividades e as competências dos enfermeiros nas UPAs

Os profissionais de enfermagem das UPAs desenvolvem atividades compreendendo o acolhimento, classificação de risco, cuidados de enfermagem ao paciente, transporte em ambulâncias avançadas, intermediárias e básicas.

No acolhimento, o enfermeiro, entre outras atividades, realiza o acolhimento do usuário baseado em sua queixa principal, doenças crônicas (Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus) e na observação de sinais de anormalidades que indiquem priorização do atendimento conforme Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco; realiza busca ativa na fila de espera; orienta quanto à proposta da UPA; referência as unidades básicas quando necessário e acompanha todos os pacientes de risco vermelho até a sala vermelha da unidade.

Na classificação de risco, acontece a consulta de enfermagem simplificada realizada pelo enfermeiro: inspeção do estado geral; anamnese (queixa principal, história patológica pregressa); medicações em uso; alergia medicamentosa; sinais vitais; glicemia capilar e aconselhamento terapêutico. Após a consulta o paciente é classificado de acordo com o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco.

Nas salas de observação (salas amarela adulta e pediátrica e sala vermelha), o enfermeiro atua com a característica assistencial onde organiza e gerencia os setores, assim como sua equipe e a assistência prestada.

Nas UPAs com enfermeiros do QOS do CBMERJ, estes profissionais atuam de três formas possíveis: Chefe do Setor de Enfermagem da UPA e/ou Oficial Enfermeiro Coordenador de Enfermagem (Enfermeiro Rotina); Oficial Enfermeiro de Dia (Enfermeiro Supervisor); Oficial Enfermeiro Plantonista (Enfermeiro Plantonista).

Cada profissional possui competências diferenciadas de acordo com Boletim nº 147 do 2º Grupamento de Socorro de Emergência em 27 de outubro de 2009, o enfermeiro plantonista, sujeito deste estudo terá as seguintes competências:

1. Conhecer o estado de conservação e operação dos equipamentos médicos do local de trabalho que lhe foi designado ao assumir o serviço, bem como o estoque de material de consumo;
2. Solicitar reposição/reparo de equipamentos danificados;
3. Consolidar todas as alterações observadas, procurando saná-las ou solicitar apoio, se necessário;
4. Informar ao chefe de equipe de Enfermagem aquelas alterações que impedirem ou dificultarem a atividade assistencial normal;
5. Preencher os registros cuidadosamente;
6. Supervisionar, corrigir e orientar os procedimentos de seus subordinados;
7. Anotar ao final do serviço o resumo das ocorrências e intercorrências em livro próprio, quando pertinente.
8. Atuar profissionalmente dentro de suas competências seguindo as normas preconizadas por seu Conselho de Classe;
9. Recolher e relacionar quando indicado os bens materiais, documentos e valores encontrados com a(s) vítima(s) incapazes de zelar por eles, guardando-os em local apropriado;
10. Orientar e supervisionar o trabalho dos maqueiros da unidade (setor de transporte de pacientes);
11. Participar de remoções de pacientes na ambulância baseada na UPA sempre que necessário.

As UPAs são unidades que apresentam algumas especificidades, além de serem estruturas de complexidade intermediária e realizarem atendimento conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco, são coordenadas por bombeiros militares e possuem em seu quadro de funcionários bombeiros militares, entre eles, os enfermeiros, que antes de serem profissionais de saúde, são militares e estão subordinados à disciplina e o respeito à hierarquia militar. Estes profissionais, dessa forma, podem passar por situações diferentes em relação ao profissional civil, entre elas a punição. Tais fatores poderão influenciar diretamente a demanda psicológica e o controle sobre as atividades dos enfermeiros bombeiros das UPAs.

3 - METODOLOGIA

3.1 - Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo seccional. O aspecto exploratório possibilita ao investigador ampliar e aprimorar as ideias sobre assunto abordado. Este tipo de estudo favorece a ampliação da experiência do investigador, analisando determinado problema (TOMASI; YAMAMOTO, 1999). Estudos seccionais têm sido utilizados para investigar problemas em saúde pública. A aplicação deste tipo de estudo está ligada à necessidade de conhecer de que maneira se distribuem uma ou mais características individuais, ou coletivas em determinada população (KLEIN; BLOCH, 2006).

Este capítulo apresenta como foram investigadas a exposição ao estresse e a ocorrência da síndrome de *burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs.

Considerando o estresse ocupacional como fator de exposição e a síndrome de *burnout* como o possível desfecho, pode-se obter as seguintes situações:

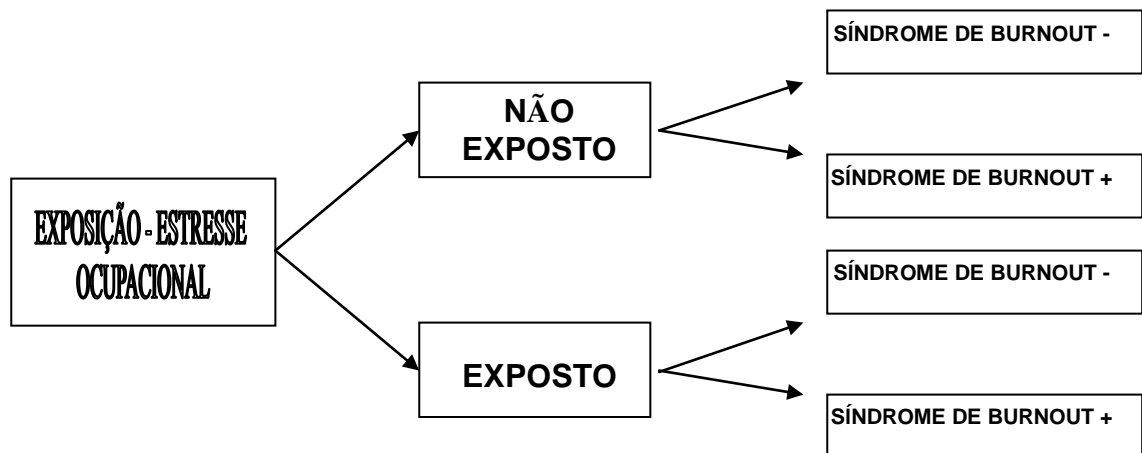


Fig. 2: Exposição e desfecho de estudo

3.2 - População do estudo

Os sujeitos elegíveis para o estudo foram enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs que aceitaram participar da pesquisa. Estes profissionais foram abordados individualmente em visitas às Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e em cursos de treinamento oferecidos pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). O número de enfermeiros elegíveis foi de aproximadamente 100; e desses, 58 profissionais participaram do estudo.

3.3 - Método e instrumento de coleta de dados

A estratégia metodológica utilizada consistiu na utilização de um questionário autoaplicado com cada enfermeiro incluído no estudo (ANEXO 1).

O questionário totalizava 49 questões divididas em três blocos:

- a) **Co-variáveis do estudo:** com o objetivo da caracterização da população e avaliação dos efeitos sobre o desfecho investigado: cor da pele, sexo, escolaridade, situação conjugal, presença de filhos, renda familiar, tempo de atuação profissional, número de vínculos empregatícios, carga horária semanal.
- b) **Job Stress Scale (JSS):** escala criada por Tores Theorell em 1988, adaptada para o português por Alves e colaboradores em 2004. Esta escala possibilita avaliar a exposição ao estresse baseado na demanda psicológica no trabalho e controle sobre o trabalho (THEORELL; PERSKI, AKERSTEDT, 1988).
- c) **Inventário em Burnout de Maslach (MBI - Human Services Survey):** questionário utilizado para estimar a síndrome de *burnout*, composto por afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam os três aspectos fundamentais da síndrome – exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho.

3.4 - Coleta dos dados

Antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita; e com o objetivo de testar os instrumentos de coleta, clareza e compreensão das questões, também como adequar os procedimentos e condutas às condições reais de pesquisa, foi realizado um estudo piloto com alguns profissionais elegíveis para o estudo. Cinco questionários foram utilizados para este fim e descartados no processo de análise dos resultados.

A coleta de dados durou, aproximadamente, quatro meses. Alguns procedimentos foram adotados para minimizar possíveis tensões, dentre os quais a garantia do caráter sigilo estabelecida através do compromisso de que as informações destinar-se-iam ao uso exclusivo dos objetivos do estudo. Além disso, estabeleceu-se identificação numérica dos questionários, a fim de evitar ou minimizar qualquer tipo de resistência dos entrevistados.

3.5 - Aspectos éticos

Para aplicação deste questionário, os participantes souberam os propósitos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), seguindo os preceitos da Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Esta etapa foi realizada após autorização do representante do comandante do 2º GSE, à época da coleta de dados, conforme folha de rosto FR – 287260 (ANEXO 2) e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (ANEXO 3).

3.6 - Tratamento e análise dos dados

3.6.1 - Estresse no trabalho - *Job Stress Scale* (JSS)

O estresse foi avaliado através da escala *Job Stress Scale* (JSS). Esta escala foi criada por Tores Theorell em 1988, adaptada para o português por Alves e colaboradores em 2004. Esta escala possui dezessete questões, sendo cinco para avaliar a *demand*a psicológica no trabalho e

seis para avaliar o grau de *controle* no trabalho e seis para o apoio social (THEORELL; PERSKI, AKERSTEDT, 1988).

A demanda psicológica foi avaliada baseada nas seguintes questões:

- 1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (Isso é produzir muito em pouco tempo)
- 3) Seu trabalho exige demais de você?
- 4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?
- 5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Das cinco questões relativas à *demanda psicológica*, cada questão recebeu pontuação referente às opções: sempre (1 ponto); às vezes (2 pontos); raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). E somente a questão de número 4 possui direção reversa, neste caso: sempre = 4 pontos; às vezes = 3 pontos; raramente = 2 pontos, e nunca = 1 ponto.

Os escores foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas. De acordo com estas questões, o escore para *demanda* pode variar de 5 a 20 pontos, segundo o modelo de avaliação de estresse no trabalho adotado nesta investigação.

O controle sobre o trabalho é avaliado a partir das seguintes questões:

- 1) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?
- 2) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- 5) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?
- 6) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?

Das seis questões relativas ao *controle sobre o trabalho*, cada questão recebeu pontuação referente em escala crescente de 1 a 4, assim como na orientação para a variável *demanda psicológica*. E esta dimensão, assim como a anterior, apresenta a questão 4 com direção reversa.

Os escores da dimensão *controle* foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis perguntas. Assim, o escore para o controle pode variar de 6 a 24.

Para a definição dos quadrantes de exposição ao estresse no trabalho, baseado nas dimensões demanda e controle, será utilizado a mediana encontrada nos escores das dimensões investigadas.

Tabela 1 – Mediana das dimensões demanda e controle

DEMANDA	Menor Demanda	Escore de 1 a 13
	Maior Demanda	Escore de 14 a 20
CONTROLE	Menor Controle	Escore de 1 a 17
	Maior Controle	Escore de 18 a 21

Fonte: THEORELL; PERSKI, AKERSTEDT, 1988

Para a composição dos grupos do modelo demanda-controle, as variáveis *demand* psicológica e *controle sobre o trabalho* e respectivos graus dicotomizados (alto e baixo) foram combinados de forma a construir os quadrantes do modelo bidimensional, onde:

1. Alta exigência = combinação de alta demanda e baixo controle;
2. Trabalho ativo = combinação de alta demanda e alto controle;
3. Baixa exigência = combinação de baixa demanda e alto controle;
4. Trabalho passivo = combinação de baixa demanda e baixo controle

A medição de diversos graus de controle e diferentes níveis de demanda da-se com o objetivo de investigar a existência ou não de tendência tipo dose-resposta.

As dimensões do modelo podem ser visualizadas a seguir:

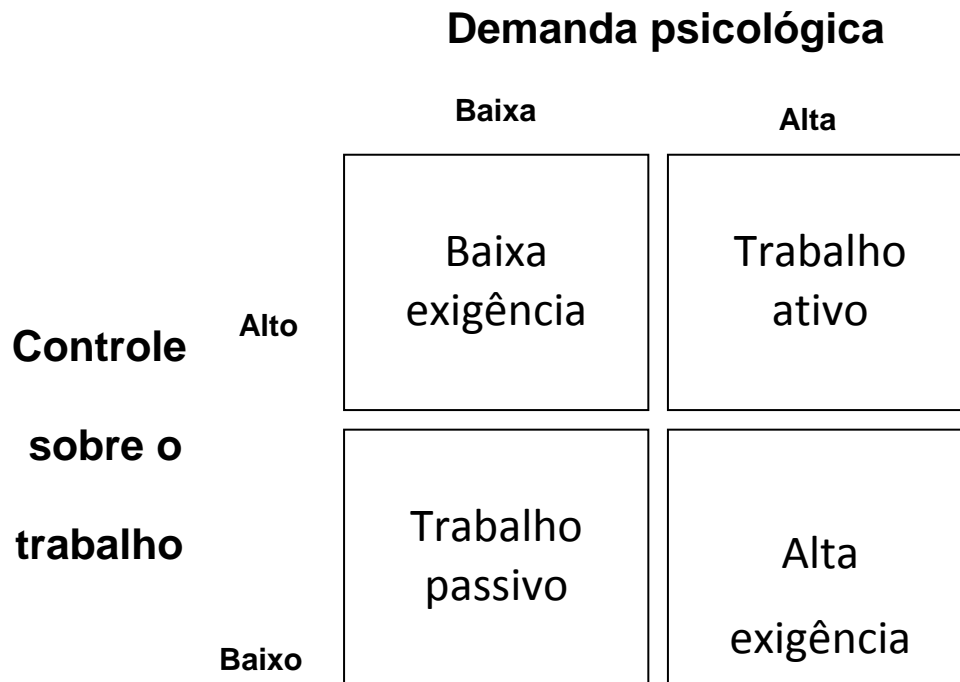


Fig. 3 : Modelo bidimensional de Robert Karasek
Fonte: adaptado de Karasek e Theorell (1990).

3.6.2 - Inventário em *Burnout* de Maslach (*MBI - Human Services Survey*)

O inventário é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes que englobam os três aspectos fundamentais da síndrome – exaustão emocional (nove itens), despersonalização (cinco itens) e envolvimento pessoal no trabalho (oito itens), divididos em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 6. Desta maneira, foram descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam a estafa profissional ou síndrome de *Burnout*.

Para **exaustão emocional**, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 19 a 26, nível moderado; e menor que 19, nível baixo. Para **despersonalização**, pontuações iguais ou maiores que 10 indicam alto nível, de seis a nove, nível moderado; e menores de seis, nível baixo. A pontuação relacionada à realização pessoal vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 33 indicam alto nível, de 34 a 39, nível moderado e maior ou igual a 40, baixo.

Consideram-se as pessoas como positivo para *Burnout* quando pelo menos duas das três dimensões estão alteradas negativamente (duas dimensões com alta tendência), e como “tendência ao *Burnout*” quando uma das dimensões está alterada (uma dimensão com alta tendência) e as outras estão na média (duas dimensões com média tendência) (REINHOLD *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2004).

3.7 - Tratamento das co-variáveis do estudo

As co-variáveis contínuas foram apresentadas, segunda suas frequências e as co-variáveis categóricas, segundo seus valores absolutos e proporções.

Para as co-variáveis sexo, presença de filhos, escolaridade e número de vínculos, ocorreu classificação de forma dicotômica, respectivamente: sexo feminino ou sexo masculino; possui ou não possui filhos; profissional graduado ou pós-graduado; e apenas um vínculo empregatício ou mais de um vínculo empregatício.

Para a co-variável cor da pele/raça foi utilizada a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 1999, IBGE, 2006), baseada na cor da pele auto-referida: branca, preta, parda, amarela e indígena. Na análise dos dados, as categorias foram agrupadas em branca e não branca (incluindo preta, parda, amarela e indígena).

A co-variável renda familiar foi analisada inicialmente segundo a média encontrada para a população em cinco estratos (de R\$1.000,00 a R\$2.000,00; de R\$2.001,00 a R\$3.000,00; de R\$3.001,00 a R\$4.000,00, de R\$4.001,00 a R\$5.000,00 e; mais de R\$5.000,00). Após, as análises ocorreram em dois estratos – até R\$3.000,00 e mais de R\$3.000,00.

A idade, assim como a co-variável renda familiar, foi inicialmente analisada em cinco estratos (até 25 anos; de 26 a 30 anos; de 31 a 35 anos; de 36 a 40 anos; e 41 anos ou mais). E após, a mesma foi analisada em apenas dois estratos - até 30 anos e mais de 30 anos.

Para o tempo de atuação profissional foi analisado como variável contínua, sendo observado o comportamento dos dados, criou-se dois estratos para uso na análise final da co-variável: até dez anos de atuação profissional e mais de dez anos de atuação.

Para análise da situação conjugal, inicialmente foram utilizados cinco estratos (solteiros, casados, divorciados/separados, viúvos e com união estável) e após foram consideradas duas categorias: com companheiro (a) e sem companheiro (a).

Para avaliar a carga horária semanal sete estratos foram abordados (24 horas; 36 horas; 40 horas; 48 horas; 60 horas; mais de 60 horas e outra). Trabalhados após em duas categorias – até 40 horas e mais de 40 horas.

3.8 - Relação entre estresse e síndrome de *burnout*

Após a realização da análise descritiva das características da população, iniciaram-se as análises bivariadas e estratificadas com o objetivo de avaliar o estresse no trabalho e a ocorrência da síndrome de *burnout*.

O teste qui quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar diferenças durante a análise bivariada. Foi considerado, na avaliação de significância, o valor de $p \leq 0,1$.

Além da relação entre o estresse e a síndrome de *burnout*, as co-variáveis que caracterizaram a população (idade, filhos, sexo, renda familiar, escolaridade, tempo de atuação profissional, número de vínculos, situação conjugal e carga horária de trabalho) também foram relacionadas com o resultado das avaliações de estresse e *burnout*, já que tais características podem ser fatores potenciais ao estresse ocupacional.

Todos os dados foram trabalhados utilizando-se do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

4 - RESULTADOS

Dos aproximadamente 100 trabalhadores elegíveis para o estudo, 58 participaram, ou seja, 58% do total.

A proporção de dados faltantes nos questionários, devido ao não preenchimento ou erro no preenchimento pelos participantes do estudo, foi inferior a 1% das observações.

Os resultados são apresentados em quatro etapas:

- 1) Distribuição dos entrevistados em relação a variáveis sócio-demográficas e laborais;
- 2) Distribuição da população segundo a avaliação do estresse ocupacional;
- 3) Distribuição da população segundo a classificação para a síndrome de *burnout*;
- 4) Relação entre as categorias do estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*.

4.1 - Distribuição dos entrevistados em relação a variáveis sócio-demográficas e laborais

- Variáveis sócio-demográficas

A maioria dos trabalhadores participantes são mulheres (82,8%), 74,1% possuem até 30 anos. 56,9% vivem sem companheiro (solteiro, divorciado ou separado), 67,2 % não têm filhos, e 75,9% possuem renda familiar de mais de R\$3.000,00.

Em relação à cor da pele/raça auto-referida, 50% se consideram branco e os outros 50% se consideram não branco (preto, pardo, amarelo ou indígena). O nível de escolaridade demonstra que 72,4% dos enfermeiros participantes possuem pós-graduação.

- Variáveis laborais

Todos os entrevistados são enfermeiros do Quadro de Oficiais de Saúde do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Observa-se período relativamente curto na ocupação, visto que quase 90% referem até 10 anos na atuação como enfermeiro. E todos trabalham em sistema da escala de 24 horas por 72 horas nas Unidades de Pronto Atendimento.

A presença de mais de um vínculo empregatício é uma realidade para 70,7% da população. E 93,1%, apresentam demanda elevada de trabalho com carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 40 horas semanais, tendo 48,3% dos entrevistados com carga horária semanal superior a 60 horas semanais (Tabela 2).

Tabela 2 : Distribuição das co-variáveis sócio-demográficas e laborais da população

VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E VARIÁVEIS LABORAIS	N	%
Raça/cor auto-referida		
Branca	29	50
Não-branca	29	50
Sexo		
Feminino	48	82,8
Masculino	10	17,2
Idade		
Até 30 anos	43	74,1
Mais de 30 anos	15	25,9
Situação conjugal*		
Com companheiro	24	41,4
Sem companheiro	33	56,9
Filhos		
Possui	19	32,8
Não possui	39	67,2
Renda familiar		
Até R\$3000,00	14	24,1
Mais de R\$3000,00	44	75,9
Escolaridade		
Graduação	16	27,2
Pós-Graduação	42	72,8
Tempo de atuação profissional		
Até 10 anos	52	89,7
Mais de 10 anos	06	10,3
Vínculos empregatícios		
Apenas 1	17	29,3
Mais de 1	41	70,7
Carga horária semanal*		
Até 40h	03	5,2
Mais de 40h	54	93,1

Legenda: N= população. % frequência.

* Um participante do estudo não respondeu

4.2 - Distribuição da população segundo a avaliação do estresse ocupacional

Abaixo, são apresentados os resultados relevantes referentes às questões indicadoras de demanda e, após, as questões indicadoras de controle sobre o trabalho. Os resultados completos referentes a estas questões estão disponíveis em apêndice (APÊNDICE 2).

- Indicadores de demanda psicológica

Os profissionais percebem que o trabalho implica em ritmo acelerado, com jornada intensa e exigente, mas não há tempo suficiente para o cumprimento das tarefas, além de existir exigências contraditórias ou discordantes. Revelando assim uma alta demanda nos enfermeiros (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão demanda

QUESTÕES INDICADORAS DE DEMANDA	N	%
- Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez? Sempre/Frequentemente/Às vezes	58	100
- Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? Sempre/Frequentemente/Às vezes	58	100
- Seu trabalho exige demais de você? Sempre/Frequentemente/Às vezes	58	100
-Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho? Sempre/Frequentemente/Às vezes	45	77,6
-O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes? Sempre/Frequentemente/Às vezes	53	91,4

Legenda: N = população. % frequência.

- Indicadores de Controle sobre o Trabalho

Segundo os enfermeiros, o trabalho envolve baixo nível de controle. Metade dos participantes relata que ao menos, às vezes, tem a possibilidade de aprender coisas novas no trabalho, 94,8% relata que às vezes ou sempre o trabalho exige habilidades ou conhecimentos especializados, junto da constante tomada de iniciativas. As tarefas realizadas são repetitivas.

53,5% raramente ou nunca escolhem como fazer o trabalho. E 62% escolhem o que fazer no trabalho (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência das respostas referentes às questões indicativas da dimensão controle

QUESTÕES INDICADORAS DE CONTROLE	N	%
- Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho? Sempre/Frequentemente/Às vezes	50	86,2
- Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados? Sempre/Frequentemente/Às vezes	55	94,8
- Seu trabalho exige que você tome iniciativas? Sempre/Frequentemente/Às vezes	58	100
- No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas? Sempre/Frequentemente/Às vezes	58	100
- Você pode escolher como fazer o seu trabalho? Raramente/Nunca/Quase nunca	31	53,5
- Você pode escolher o que fazer no seu trabalho? Sempre/Frequentemente/Às vezes	36	62

Legenda: N = população. % frequência.

- Caracterização dos quadrantes das categorias de estresse no trabalho

Na população em estudo, 3,4% dos trabalhadores se apresentam com alto controle e baixa demanda (baixa exigência). Enquanto que 62,1% apresentam com alta demanda e baixo controle (alta exigência).

		DEMANDA	
		Baixa	Alta
CONTROLE	Alto	2 (3,4%) BAIXA EXIGÊNCIA	17 (29,3%) TRABALHO ATIVO
	Baixo	3 (5,2%) TRABALHO PASSIVO	36 (62,1%) ALTA EXIGÊNCIA

Fig. 4 : Enfermeiros bombeiros segundo as categorias de estresse no trabalho

Trabalhadores de enfermagem expostos a uma combinação de alta demanda e baixo controle, a chamada **alta exigência**, são considerados como grupo de **maior exposição** ao estresse ocupacional. Trabalhadores de enfermagem expostos a alta demanda, mas tendo alto controle (**trabalho ativo**) e trabalhadores de enfermagem expostos a baixo controle, mas não expostos a alta demanda (**trabalho passivo**), são considerados como grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional. E trabalhadores de enfermagem não expostos a nenhuma dessas condições, ou seja, com alto controle e baixa demanda (**baixa exigência**) são classificados como não expostos ao estresse ocupacional (ARAÚJO, 2003).

Neste estudo, 62,1% com alta exigência representam a maior exposição ao estresse ocupacional, 34,5% (29,3% da categoria trabalho ativo e 5,2% da categoria trabalho passivo) possuem exposição intermediária e 3,4% da categoria baixa exigência são considerados não expostos.

a) Categorias de estresse no trabalho, segundo aspectos sócio-demográficos

Na categoria alta exigência (alta demanda e baixo controle), a raça/cor branca e não branca apresentam a mesma frequência (31%), o sexo feminino prevalece com 46,6%; com até 30 anos de idade aparecem 46,6%; 32,8% vivem com companheiro; 41,3% não possuem filhos; 48,3% têm renda familiar maior que R\$3.000,00 e 43,1% possuem pós-graduação.

O grupo de enfermeiros com trabalho ativo (alta demanda e alto controle) possui maior frequência de não-brancos (19%); sexo feminino (27,6%); faixa etária de até 30 anos (22,4%), 20,6% vivem sem companheiro; 19% não possuem filhos; 20,6% com renda familiar maior que R\$3.000,00 e, 22,4% com pós-graduação.

As categorias trabalho passivo e baixa exigência seguem padrões similares.

As co-variáveis raça/cor, idade e situação conjugal mostraram-se associadas ao padrão de estresse laboral ($p < 0,1$).

Tabela 5: Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características sócio-demográficas

CO-VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Trabalho Passivo		Trabalho Ativo		Baixa Exigência		Alta Exigência		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Raça/cor auto-referida									0,091
Branca	03	5,2	06	10,4	02	3,4	18	31	
Não-branca	0	0	11	19	0	0	18	31	
Sexo									0,251
Feminino	03	5,2	16	27,6	02	3,4	27	46,6	
Masculino	0	0	01	1,7	0	0	09	15,5	
Idade									0,077
Até 30 anos	03	5,2	13	22,4	0	0	27	46,6	
Mais de 30 anos	0	0	04	6,9	02	3,4	09	15,5	
Situação conjugal									0,075
Com companheiro	0	0	05	8,6	0	0	19	32,8	
Sem companheiro	03	5,2	12	20,6	02	3,4	16	27,6	
Filhos									0,618
Possui	0	0	06	10,4	01	1,7	12	20,6	
Não possui	03	5,2	11	19	01	1,7	24	41,3	
Renda familiar									0,776
Até R\$3000,00	01	1,7	05	8,6	0	0	08	13,8	
Mais de R\$3000,00	02	3,4	12	20,6	02	3,4	28	48,3	
Escolaridade									0,775
Graduação	01	1,7	04	6,9	0	0	11	19	
Pós-Graduação	02	3,4	13	22,4	02	3,4	25	43,1	

Legenda: N = população. % frequência.

b) Categorias de estresse no trabalho, segundo aspectos do trabalho profissional

Na categoria de maior exposição (alta exigência), encontram-se profissionais com até 10 anos de profissão de atuação profissional (55,2%) mais de um vínculo empregatício (44,8%) e carga horária semanal de mais de 40 horas (56,8%).

O grupo em trabalho ativo apresenta 29,3% dos profissionais com até dez anos de atuação; 19% com mais de um vínculo e 27,5% com carga horária semanal superior a 40 horas.

O tempo de atuação profissional mostra-se associado ao padrão de estresse, onde $p < 0,0001$.

4.3 - Distribuição da população segundo a classificação para a síndrome de *burnout*

Tabela 6: Distribuição das categorias de estresse no trabalho segundo características laborais

CO-VARIÁVEIS LABORAIS	Trabalho Passivo		Trabalho Ativo		Baixa Exigência		Alta Exigência		Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tempo de atuação profissional									<0,0001
Até 10 anos	3	5,2	17	29,3	0	0	32	55,2	
Mais de 10 anos	0	0	0	0	2	3,4	4	6,9	
Vínculos empregatícios									0,574
Apenas 1	0	0	6	10,4	1	1,7	10	17,2	
Mais de 1	3	5,2	11	19	1	1,7	26	44,8	
Carga horária semanal									0,959
Até 40h	0	0	1	1,7	0	0	02	3,4	
Mais de 40h	3	5,2	16	27,5	2	3,4	33	56,8	

Legenda: N = população. % frequência.

Trabalhando com as dimensões da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho) e as situações delimitadas para avaliação de cada uma delas no *Maslach Burnout Inventory*, a seguir, os resultados mais acentuados são apresentados. Os resultados completos para cada situação encontram-se em apêndice (APÊNDICE 3).

- Dimensão exaustão emocional

Para as nove situações utilizadas para avaliar a exaustão emocional, as respostas “todo dia” e “algumas vezes durante a semana” foram escolhidas em maior frequência.

Tabela 7: Respostas às situações que avaliam a exaustão emocional

SITUAÇÕES	N	%
- Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho Todo dia/Algumas vezes durante a semana	49	84,1
- Eu me sinto como se estivesse no meu limite Todo dia/Algumas vezes durante a semana	40	69
- Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho Todo dia/Algumas vezes durante a semana	43	74,2
- Eu me sinto frustrado com o meu trabalho Algumas vezes durante a semana	15	25,9
- Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado Todo dia/Algumas vezes durante a semana	27	46,5
- Eu me sinto esgotado com meu trabalho Todo dia/Algumas vezes durante a semana	40	70,7
- Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego Todo dia/Algumas vezes durante a semana	46	79,3
- Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho Todo dia/Algumas vezes durante a semana	40	54,2
- Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim Todo dia/Algumas vezes durante a semana	24	41,3

Legenda: N = população. % frequência.

- Dimensão despersonalização

Na dimensão despersonalização, cinco situações são delimitadas. Destas situações, três apresentam as respostas “todo dia” e “algumas vezes durante a semana” com maior número de escolha entre os profissionais. Entretanto as situações: “Eu sinto que trato alguns dos meus

pacientes como se eles fossem objetos” e “Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes” apresentam as respostas “nunca”, “alguma vez ao ano ou menos” e, “alguma vez ao mês ou menos” como mais escolhidas entre os enfermeiros.

Tabela 8: Respostas às situações que avaliam a despersonalização

SITUAÇÕES	N	%
- Eu sinto que os pacientes me culpam alguns de por seus problemas Todo dia/Algumas vezes durante a semana	33	56,9
- Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos Nunca/Alguma vez ao ano ou menos/ Alguma vez ao mês ou menos	27	46,5
- Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho Todo dia/Algumas vezes durante a semana	27	46,5
- Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente Todo dia/Algumas vezes durante a semana	31	53,5
- Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes Nunca/Alguma vez ao ano ou menos/ Alguma vez ao mês ou menos	34	58,6

Legenda: N = população. % frequência.

- Dimensão envolvimento pessoal no trabalho

As respostas dadas as situações da dimensão envolvimento pessoal no trabalho variam entre “uma vez ao mês ou menos” e “algumas vezes durante a semana”.

Tabela 9: Respostas às situações que avaliam o envolvimento pessoal no trabalho

SITUAÇÕES	N	%
- Eu me sinto muito cheio de energia Alguma vez ao mês ou menos/ Algumas vezes durante o mês	25	43,1
- Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com meus pacientes Alguma vez ao mês ou menos/ Algumas vezes durante o mês	28	48,3
- No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma Alguma vez ao mês ou menos/ Algumas vezes durante o mês	27	46,6
- Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com meus pacientes Alguma vez ao mês ou menos/ Algumas vezes durante o mês	30	41,7
- Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho Alguma vez ao mês ou menos/ Algumas vezes durante o mês	22	37,9
- Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes Algumas vezes durante o mês/ Uma vez por semana/ Algumas vezes durante a semana	45	60,3
- Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas Algumas vezes durante o mês/ Uma vez por semana/ Algumas vezes durante a semana	40	68,9
- Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho Algumas vezes durante o mês/ Uma vez por semana/ Algumas vezes durante a semana	36	62

Legenda: N = população. % frequência.

- Dimensões da síndrome de *burnout*

Abordando e seguindo a avaliação do Inventário em *Burnout* de Maslach (MBI - *Human Services Survey*) em suas três dimensões que caracterizam a síndrome de *burnout*, e avaliando cada dimensão em alta, média e baixa tendência à síndrome de *burnout*, neste estudo, as maiores frequências aparecem no nível de alta tendência a síndrome de *burnout* em todas as dimensões da síndrome.

Tabela 10: Distribuição das dimensões da síndrome de *burnout*

DIMENSÕES DA SÍNDROME	Alta		Média		Baixa	
	N	%	N	%	N	%
Exaustão emocional	52	89,7	5	8,6	1	1,7
Despersonalização	46	79,3	10	17,2	2	3,4
Envolvimento pessoal no trabalho	46	79,3	7	12,1	5	8,6

Legenda: N = população. % frequência.

- Classificação dos enfermeiros para a síndrome de *burnout*

De acordo com o MBI considera-se o indivíduo com a presença da síndrome de *burnout* quando pelo menos duas das dimensões estão alteradas negativamente, ou seja, quando duas dimensões apresentam alta tendência ao *burnout*. E tendência ao *burnout* quando uma das dimensões está alterada, ou seja, quando a dimensão apresenta alta tendência e as outras duas apresentam média tendência ao *burnout* (REINHOLD apud BENEVIDES-PEREIRA, 2004).

Seguindo esta forma de avaliação, 49 enfermeiros apresentam indicativo da síndrome de *burnout* (84,5%); 03 enfermeiros estão com tendência à síndrome (5,2%) e 06 destes profissionais não possuem indicação para a síndrome e nem tendência a mesma (10,3%), assim como representa a figura 5 abaixo.

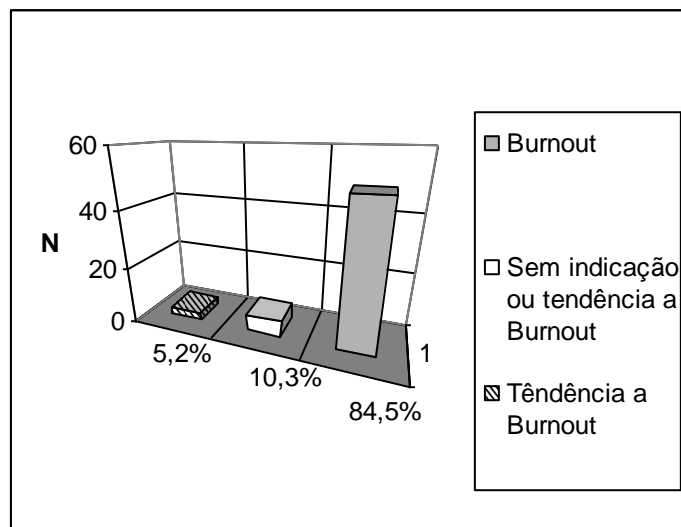


Fig. 5: Classificação dos enfermeiros para a síndrome de *burnout* seguindo a avaliação do MBI

a) Classificação para a síndrome de *burnout* segundo características sócio-demográficas

Não há diferença em relação a raça/etnia, sexo, idade, situação conjugal e presença de filhos no padrão de distribuição da síndrome de *burnout*.

Tabela 11: Classificação para a síndrome de *burnout* segundo características sócio-demográficas

CO-VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Síndrome de <i>Burnout</i>		Ausência de Doença		Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	
Raça/cor auto-referida					0,717
Branca	24	41,4	05	8,6	
Não-branca	25	43,1	04	6,9	
Sexo					0,667
Feminino	41	70,7	07	12,1	
Masculino	08	13,8	02	3,4	
Idade					0,578
Até 30 anos	37	63,8	06	10,4	
Mais de 30 anos	12	20,7	03	5,2	
Situação conjugal					0,188
Com companheiro	22	37,9	02	3,4	
Sem companheiro	26	44,8	07	12,1	
Filhos					0,464
Possui	17	29,3	02	3,4	
Não possui	32	55,1	07	12,1	
Renda familiar					0,483
Até R\$3000,00	11	19	03	5,2	
Mais de R\$3000,00	38	65,5	06	10,4	
Escolaridade					0,218
Graduação	12	20,7	04	6,9	
Pós-Graduação	37	63,8	05	8,6	

Legenda: N = população. % frequência.

b) Classificação para a síndrome de *burnout* segundo aspectos do trabalho profissional

Da mesma forma não há associação em tempo de atuação profissional, número de vínculos e carga horária semanal (Tabela 12).

Tabela 12: Classificação para a síndrome de *burnout* segundo características laborais

CO-VARIÁVEIS LABORAIS	Síndrome de <i>Burnout</i>		Ausência de Doença		Valor de <i>p</i>
	N	%	N	%	
Tempo de atuação profissional					0,172
Até 10 anos	44	75,8	08	13,8	
Mais de 10 anos	05	8,6	01	1,7	
Vínculos empregatícios					0,773
Apenas 1	14	24,1	03	5,2	
Mais de 1	35	60,3	06	10,4	
Carga horária semanal					0,441
Até 40h	03	5,2	0	0	
Mais de 40h	45	77,5	09	15,5	

Legenda: N = população. % frequência.

4.4 - Relação entre as categorias do estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*

A frequência de síndrome de *burnout* foi mais alta na categoria alta exigência (categoria de maior exposição), onde 94,4% dos enfermeiros que estão nessa categoria apresentam também o indicativo da síndrome de *burnout*. E 70,6% dos profissionais com trabalho ativo também apresentam a síndrome de *burnout*.

Na comparação entre a frequência da síndrome de *burnout* e as categorias de estresse ocupacional, há associação entre os níveis de estresse e a presença da síndrome de *burnout* ($p = 0,051$).

Tabela 13: Prevalência da síndrome de *burnout* segundo as categorias de estresse no trabalho

CATEGORIAS DE ESTRESSE	N	Síndrome de <i>burnout</i>		Ausência de doença		Valor de <i>p</i>
		n	%	n	%	
Trabalho passivo	03	2	66,7	01	33,3	0,051
Trabalho ativo	17	12	70,6	05	29,4	
Alta exigência	36	34	94,4	02	5,6	
Baixa exigência	02	01	50	01	50	

Legenda: N = população. n = número de trabalhadores na subcategoria. % frequência

5 - DISCUSSÃO

5.1. Considerações sobre os resultados sócio-demográficos e laborais

A cor da pele auto-relatada apresenta igualdade de frequências onde metade da população do estudo se declara como branca e a outra metade se declara como não-branca (preto, pardo, amarelo ou indígena). É diferente de pesquisa realizada pelo IBGE em 2006, que constatou que a população preta e parda apresenta escolaridade mais baixa e rendimento médio equivalente à metade do recebido pela população branca; neste estudo, a frequência de enfermeiros com pós-graduação não apresentam diferenças significativas entre brancos e não-brancos, assim como em relação à renda familiar.

O sexo feminino prevalece na população do estudo (82,8%). Coincidindo-se com o perfil de enfermeiros, há um predomínio do sexo feminino. Os indicadores e dados básicos do Brasil de 2004 descrevem que, aproximadamente, 92% do total de enfermeiros são do sexo feminino (BRASIL, 2006). Tal fato já é trabalhado historicamente nas pesquisas em enfermagem. E neste estudo, os profissionais são oficiais bombeiros empregados no setor público; Brasil (1998) aponta que este setor é uma das fontes mais importantes de empregos para as mulheres, pois inclui muitas colocações nas profissões de magistério e enfermagem, tradicionalmente atrativos para mulheres.

A maior parte da população encontra-se na faixa etária de 26 a 30 anos, diferente de estudos como o de Ana Pitta (1994) com trabalhadores de um hospital, onde encontrou maior número de profissionais na faixa de 30 a 40 anos e o estudo de Hanzelmann (2008) com profissionais de enfermagem também de um hospital, no qual a faixa de 31 a 40 anos possuiu a maior frequência. Esta diferença pode ser explicada pelo grupo do estudo estar composto por enfermeiros pertencentes ao Quadro de Oficiais de Saúde do último concurso para o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, que foi realizado no ano de 2008, e nesse, um dos critérios de inclusão para o processo seletivo era ter idade inferior ou igual a 50 anos. E, provavelmente, as frequências maiores de profissionais vivendo sem companheiro, sem filhos e com poucos anos de atuação na profissão também se justificam pela característica jovem da população.

O estudo apresenta 72,4% dos enfermeiros com pós-graduação. A qualificação na profissão, muitas vezes, ocorre como uma forma do indivíduo obter reconhecimento, tentar conquistar uma melhor posição no mercado de trabalho ou até mesmo mantê-la (SILVA; NOZAKI; PUZONE, 2005).

Mais de um vínculo empregatício é realidade para mais de 70% dos profissionais e junto a isso, 93,1% apresentam carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 40 horas. Segundo Ramalho e Nogueira- Martins (2007), os profissionais de saúde têm aumentado suas horas de trabalho em múltiplos empregos, como mecanismo de compensação para perdas de remuneração. Assim, a necessidade de ter múltiplos empregos devido à acentuada lacuna entre os baixos salários e as aspirações a um determinado padrão de vida compromete a qualidade da assistência e a saúde física e mental dos profissionais de saúde (FELICIANO; KOVACS; SÍLVIA, 2005).

5.2 - Considerações sobre a avaliação do estresse no trabalho

Após observação das questões indicadoras da dimensão demanda, os trabalhadores reconhecem o trabalho com alta demanda psicológica. Referem que o seu trabalho é rápido, intenso, exigente, com exigências contraditórias ou discordantes e às vezes tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do trabalho.

As UPAs, local de trabalho dos enfermeiros deste estudo, caracterizam-se como um atendimento pré-hospitalar para urgências e emergências, assim, nestas unidades, seus profissionais estão atuando em constantes situações com pacientes em risco de vida, muitas vezes exigindo agilidade, trabalho intenso e exigente.

O 2º GSE afirma que cada unidade tem a capacidade de realizar 300 a 350 atendimentos diários, mas atualmente a média de atendimentos já chega a 500 e algumas unidades já chegaram a atender, aproximadamente, 800 casos por dia, o que acarreta aumento de trabalho para os profissionais e até a possibilidade do não cumprimento de todas as tarefas (MACHADO, 2009; SINDEF RJ, 2010).

Além disso, muitos pacientes de ambulatório (paciente sem risco de vida), que a princípio não fariam parte da proposta de atendimento das UPAs são atendidos nas unidades, tornando as atividades dos profissionais contraditórias e fugindo do foco do projeto das UPAs 24 horas da Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde.

Quanto à dimensão controle, os enfermeiros relatam a possibilidade de aprender coisas novas, exigência de habilidades ou conhecimentos especializados, tomada de iniciativas, tarefas repetitivas, e a maior parte escolhe o que fazer no trabalho embora nem sempre possam escolher como fazer o trabalho.

A possibilidade de aprender coisas novas possivelmente é referida já que o maior estrato possui menos de dez anos de atuação como enfermeiros, além de neste campo com característica emergencial possuir inúmeros casos, desde queixas típicas de atenção básica até casos de extrema gravidade.

Em unidades de emergência, como a UPA, realizam-se também atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, onde um trabalho de equipe especializado é fundamental, embora muitas vezes, os profissionais são considerados e acabam se considerando como detentores de práticas mecanicistas e repetitivas (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

Escolher o que fazer e como fazer o trabalho é embasado na hierarquia da corporação dos bombeiros militares, onde profissionais enfermeiros escolhem o que fazer respeitando o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), mas são subordinados a superiores, em sua hierarquia militar que podem delimitar tarefas a serem realizadas e até mesmo como realizá-las.

O grupo de alta exigência apresenta maior frequência e a menor frequência foi identificada no grupo de baixa exigência. Estudos anteriores com populações semelhantes apresentaram resultados diferentes como o estudo de Silva (2007) com trabalhadores de enfermagem, onde o trabalho ativo apresentou maior frequência e o trabalho passivo menor, e o estudo de Araújo (1999), com o trabalho passivo mais frequente e o trabalho ativo menos frequente.

A maior parte dos profissionais estão no grupo de maior exposição ao estresse ocupacional. E assim, como afirmam Adán e Garcia (2003): o estresse laboral resulta do desequilíbrio entre as demandas do exercício profissional e a capacidade de enfrentamento do trabalhador. A alta exigência do trabalho desta população leva a agravos na saúde mental e também queda no desempenho profissional.

O ideal seria um equilíbrio entre a demanda ao trabalhador e o controle que ele tem na organização do ambiente laboral, de forma que contribuísse para o seu bem-estar e repercutindo no cuidado prestado aos pacientes (SILVA, 2007).

O grupo trabalho ativo se apresenta como o segundo mais frequente entre os profissionais, tendo esses, exposição intermediária ao estresse, caracterizando um trabalho que impõe determinadas exigências para a execução das atividades, já que há a presença de alta demanda, mas os trabalhadores possuem alto controle sob a mesma.

Vale ressaltar, que os mais expostos ao estresse de alta exigência foram aqueles com mais de um vínculo e carga horária de trabalho maior que 40 horas semanais, assim como no estudo de Silva (2007).

Quando se observa profissionais com maior número de horas semanais e co-relaciona com as dimensões do modelo demanda controle, percebe-se que estes trabalhadores se enquadram na diagonal A do modelo de Robert Karasek, diagonal que leva a maiores riscos de exigência psicológica e adoecimento psíquico.

Dessa forma, a população deste estudo parece vivenciar um alto grau de demanda com a sobrecarga de atividades (elevada quantidade de atendimentos, carga horária de trabalho, múltiplos vínculos) associado ao baixo controle (necessidade de novos conhecimentos, atividade repetitivas, falta de autonomia no modo de realização das atividades).

5.3 - Considerações sobre a síndrome de *burnout*

Seguindo a avaliação do MBI em suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho) que caracterizam a síndrome de *burnout*, o estudo apresenta as três dimensões com frequências maiores no nível alta tendência à *burnout*. Os trabalhadores estão vivendo no ambiente de trabalho com alto desgaste emocional, rigidez nas relações com os outros profissionais e com os pacientes, e o envolvimento pessoal no trabalho é ruim, levando a déficits na perspectiva de futuro na atividade desenvolvida. As frequências observadas revelam aproximação com o estudo realizado por Borges *et al* (2002), onde 93% dos participantes estavam distribuídos entre os níveis média e alta tendência à *burnout*.

Devido às características do cotidiano de trabalho destes profissionais destaca-se na dimensão exaustão emocional, a única situação que recebe resposta diferente de “todo dia”: “Eu me sinto frustrado com o meu trabalho”. Embora a maior frequência de resposta tenha sido em “algumas vezes por semana”, pode ser observado que ainda alguns indivíduos possuem satisfação no trabalho em algum momento. Feliciano, Kovacs e Sílvia (2005) afirmam que nas áreas de

saúde, pesquisas demonstram maior concentração de profissionais insatisfeitos nos primeiros anos de atuação, o que ocorre neste estudo com uma população majoritariamente com menos de 10 anos de atuação profissional. A frustração é um sentimento resultante das expectativas ou desejos que não se realizam, provocando mal-estar, o que realmente é mais frequente do que a satisfação na vida cotidiana do trabalho.

Na dimensão despersonalização, considerada a mais negativa entre as três, duas situações apresentam “nunca” com maior escolha entre os trabalhadores: “Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos” e “Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes”. Assim, apesar do alto nível de despersonalização entre os enfermeiros ainda existe responsabilidade emocional com o outro, lembrando do outro como um ser social que precisa de interação com os seus semelhantes (MUSSAK, 2006).

Já na dimensão envolvimento pessoal no trabalho, apesar de também apresentar como resultado alta tendência à síndrome, o padrão de respostas as situações da dimensão foi diferente em relação às outras duas dimensões. Esta dimensão da síndrome possui valor reverso na avaliação pelo MBI em relação às outras duas, já que se trata da dimensão positiva para o profissional. O resultado demonstra que apesar de menos de 30% dos entrevistados, o envolvimento pessoal no trabalho aparece com frequência relativa (alguma vez ou algumas vezes durante o mês).

A frequência da síndrome de *burnout* na população estudada foi diferente em outros estudos. Vieira *apud* Caballero (2006), afirma que os profissionais de saúde representam um grupo de trabalhadores mais afetados e seus estudos de prevalência mostram taxas de *burnout* variando entre 30 a 47%. E Vieira *apud* Benevites (2006), relata uma ocorrência na faixa de 10% nos profissionais de saúde do Brasil. Distanciando-se consideravelmente do resultado de 84,5% deste estudo.

A alta frequência é questionável, pois além de diferenciar-se dos resultados de outros estudos, trata-se de amostra pequena de participantes e pode estar indicando que a pesquisa ocorreu com uma amostra de conveniência ou acidental. Amostra de conveniência ou acidental é uma amostra não probabilística, onde a seleção dos elementos da população depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador e, normalmente, os membros selecionados são mais acessíveis. E, por tratar-se de uma amostra homogênea é possível que os respondentes possuam determinado padrão ou característica (exemplo: os respondentes poderiam estar muito

insatisfeitos com o trabalho) que se expressa intensamente levando a caracterizar a amostra de conveniência, fator que poderia não acontecer nos sujeitos elegíveis que não participaram deste estudo (MATTAR, 1996).

Os trabalhadores com até 30 anos também apresentam a maior frequência para a síndrome. Pesquisas indicam a percepção do estresse e sofrimento psíquico mais expressivo entre os mais jovens (SILVA, 2007).

O sexo feminino apresenta a maior frequência de síndrome de *burnout* o que acompanha Areias e Guimarães (2004) em estudo que constatou que profissionais de gênero feminino apresentavam mais estresse laboral e possuíam mais fatores psicossociais de risco relacionados a agravos da saúde mental.

Os enfermeiros sem companheiros e sem filhos apresentam maior taxa de síndrome de *burnout*. Entre as pesquisas populacionais, os solteiros são os que apresentam maiores prevalências para transtornos psíquicos (Sobrinho *et al*, 2006), afinal um companheiro atua como uma forma de apoio social em situações que poderiam interferir na saúde mental. Já a influência dos filhos nas alterações da saúde mental apresenta divergências nos estudos científicos, já que o cuidado prestado aos descendentes pode ser uma demanda a mais, gerando estresse e ansiedade, mas, a presença de filhos pode favorecer o bem-estar (LENNON E ROSENFELD, 1992; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Cabe ressaltar que este estudo foi constituído basicamente por profissionais do sexo feminino, sem companheiro e sem filhos.

A população com maior renda e maior nível de escolaridade também demonstraram maiores frequências de síndrome de *burnout*.

A presença de mais de um vínculo profissional e elevada carga horária semanal de trabalho mais uma vez aparece, neste momento, entre os profissionais com indicativo da síndrome de *burnout*. Pafaro e Martins (2004) relatam que o trabalhador, devido aos baixos salários, necessitam de mais de uma fonte de renda para que possam manter um padrão de vida e um bom sustento da família. Com 70,7% da amostra com mais de um vínculo empregatício não é possível afirmar que o estresse ocupacional trabalhado no item anterior e a presença do indicativo da síndrome de *burnout* são resultados da exposição a um vínculo específico, pois tal variável não pode ser controlada em cada participante e cada vínculo que o mesmo possui. Vale ressaltar que a carga horária de um enfermeiro bombeiro militar pode ser aumentada devido à necessidade

de serviço (exemplos: licenças médicas e ausência de rendição no serviço) que associada a outro vínculo irá interferir ainda mais na saúde psíquica desse trabalhador.

A natureza do trabalho de enfermagem, bem como, a estrutura organizacional do ambiente laboral influencia o bem-estar do profissional. E estes fatores somados ao contato contínuo com o sofrimento desencadeiam o sofrimento no trabalho.

Soma-se aos estressores ambientais o fato destes profissionais constituírem um grupo que se destaca pelas características relacionadas ao gênero, hierarquia e sobrecargas física e emocional (REIS et al, 2003).

Todos estes fatores do profissional enfermeiro impõem altas demandas e, muitas vezes, o baixo controle, gerando alta exigência no trabalho e assim, a exposição ao estresse (graças à incapacidade de adaptação e de enfrentamento) e conseqüentemente a possibilidade de desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

5.4 - Considerações sobre a relação entre a exposição (estresse ocupacional) e o desfecho (síndrome de *burnout*)

Verificou-se associação entre o estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*, no entanto, não é possível afirmar que a mesma é causal.

O enfermeiro assume um número excessivo de atividades, inclusive atividades que fogem a sua competência, ficando exposto a muitas demandas que acarretam estresse. E os estudos apontam que a falta de controle sobre o trabalho na enfermagem pode conduzir ao estresse, ao desgaste psíquico e a somatização (KARASEK; THEORELL, 1990, ADÁN; GARCÍA, 2003, BELANCIERI; BIANCO, 2004).

Logo, a falta de controle sobre o trabalho, com as responsabilidades excessivas produzem conseqüências psicológicas e somáticas negativas.

O grupo em alta exigência foi a dimensão de estresse mais relacionada à síndrome de *burnout*. E os quadrantes trabalho ativo e trabalho passivo denotam frequência intermediárias da síndrome. E a baixa exigência aparece com a menor frequência entre os trabalhadores com a síndrome. Tais resultados confirmam as características dos enfermeiros expostos a elevado grau de estresse que propicia o adoecimento psíquico.

O ambiente de trabalho destes enfermeiros impõe à exposição ao estresse ocupacional e um desfecho com consequência à saúde mental desse trabalhador pela síndrome de *burnout*.

5.5 - Limites do estudo

Em estudos de corte transversal, como esse, os participantes são comumente investigados a partir da exposição presente no momento do estudo, sendo avaliados, portanto, trabalhadores que se encontram na ativa. Disso, decorre, que a prevalência da doença ou a sua severidade são subestimadas especialmente para agravos que podem progredir após a cessada a exposição. Considerando tal característica, Thielle e Enderlein (1986) apontam possíveis comprometimentos de estudos transversais, tanto da seleção quanto comparações, provenientes do chamado efeito do trabalhador sadio, onde os indivíduos mais aptos e saudáveis são mantidos nos postos de trabalho. Embora a alta frequência de distúrbios psíquicos entre os entrevistados esteja presente, indicando a possibilidade da não ocorrência de avaliação sistemática pela organização e a permanência de trabalhadores doentes nos postos de trabalho (ARAÚJO, 1999).

O uso de auto-relato merece atenção, tanto para medidas de efeito (síndrome de *burnout*) como para medidas de exposição (demanda e controle). Viés de auto-relato é um problema potencial em muitos estudos baseados no modelo de Karasek, uma vez que utilizam questionários respondidos e completados pelos próprios respondentes.

Os resultados obtidos podem refletir condições que vão além do ambiente de trabalho, desta forma, o estresse é um fenômeno que depende de fatores objetivos e subjetivos que incluem o ambiente laboral e fatores sociais da pessoa, como a família e os relacionamentos pessoais. Outras temáticas que influenciam a saúde mental dos trabalhadores poderiam ter sido abordadas, como o trabalho doméstico e o padrão de sono, temáticas essas que já têm sido trabalhadas na literatura científica.

O número pequeno de participantes do estudo e o grupo homogêneo da população também foram fatores que contribuíram para a limitação do método. Em muitos momentos não foi possível analisar o grupo distribuído em todas as variáveis e co-variáveis delimitadas, devido à presença das caselas vazias, o que impossibilitou associações estatísticas dos resultados encontrados, apresentando valores de p não significativos. Dessa forma variáveis (exemplos: presença ou ausência de filhos, presença ou ausência de companheiro) que poderiam atenuar ou

aumentar a exposição ao estresse ocupacional e o indicativo da síndrome de *burnout* não se apresentaram de forma significativa.

Questiona-se também a necessidade de outras variáveis para a uma melhor interpretação dos objetivos investigados e o uso de escalas com abordagem diferentes do JSS e do MBI, que pudessem interpretar melhor o grupo escolhido.

Todas essas considerações podem ter influenciado os resultados obtidos através do JSS e do MBI devem ser consideradas para estudos posteriores.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se neste estudo, que a atividade laboral dos enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs impõe altas demandas com baixo controle, situação vivenciada pela maior parte destes enfermeiros que desencadeia risco para o adoecimento psíquico, como a síndrome de *burnout*.

Trabalhando com a exposição e o desfecho, os profissionais classificados na categoria alta exigência apresentaram as maiores frequências para o indicativo da síndrome de *burnout*, confirmando assim um gradiente dose resposta relacionando com Sentone e Gonçalves (2002) já que a demanda de trabalho vem sendo associada e discutida como potencial fator relacionado ao sofrimento psíquico para a enfermagem.

O desfecho do estudo é alarmante, além de questionável, o que traz grande preocupação, visto que possivelmente demonstra a existência de muitos profissionais com adoecimento psíquico atuando no campo de trabalho. Adoecimento que tende a aumentar, caso as condições do ambiente laboral não se modifiquem ou se tornem mais amenas.

As atividades laborais dos enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs impõem altas demandas junto ao baixo controle, evidenciando alta prevalência de estresse associado à presença da Síndrome de *Burnout* em uma população jovem (26 a 30 anos).

A discussão sobre intervenções no meio ambiente de trabalho destes profissionais torna-se fundamental para o bem-estar laboral e conseqüentemente a saúde mental. As alterações psíquicas destes trabalhadores trazem prejuízos ao próprio indivíduo, além de afetar o desempenho das atividades. O equilíbrio no ambiente de trabalho deve ocorrer para que evitar ou reduzir o adoecimento. Algumas estratégias podem ser utilizadas para buscar esse equilíbrio, entre elas: estimular o melhor relacionamento entre os profissionais da equipe, como forma de buscar um apoio social dentro do ambiente do trabalho; estratégias de relaxamento (ginástica laboral); favorecer medidas em que o enfermeiro tenha autonomia para usar a criatividade e tomada de decisões; revezamento de trabalho nos setores da unidade; e encontros para discutir os problemas da unidade e formas de eliminá-los ou minimizá-los.

Entende-se que este estudo contribuiu para a produção do conhecimento científico, para o ensino da enfermagem e da saúde do trabalhador, aprimorando as temáticas do estresse e a síndrome de *burnout*, as quais não são muito abordadas nas produções científicas realizadas por

enfermeiros. Entretanto, este estudo não se encerra neste momento, havendo necessidade de novas investigações e aprimoramento de métodos para melhor abordagem dos temas.

7 - REFERÊNCIAS

ADÁN, J.C.M.; GARCÍA, S.P. Estrés em la enfermería: el cuidado do cuidador. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

ALVES, G.L.B. Stress: diagnóstico e tratamento. Curitiba: Relisul, 1992.

ALVES, C.P.; MINAYO, M.C.S. Saúde e Doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ALVES, M.G.M. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão artéria em mulheres no Estudo Pró-saúde. 2004. Tese (doutorado em saúde pública) – Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

_____. et al. Versão resumida da *Job Stress Scale*: adaptação para o português, *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.02, p. 164-171,2004.

ARANTES, M.A.A.C.; VIEIRA, M.J.F. Estresse. 2.ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

ARAÚJO, T.M. Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem. 1999. Tese (doutorado em saúde pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

_____.et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem, *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.04, p. 424-33, 2003.

_____.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico, *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.05, n.03, p. 337-348, jul.-set.2005.

AREIAS, M.E.Q.; GUIMARÃES, L.A.M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública de São Paulo. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 09, n.02, p.255-262, mai.- ago.2004.

AZEVEDO, V.A.Z.; KITAMURA, S. Stress trabalho e qualidade de vida. In: VILATRA, R. Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: IPES Editorial, 2006.

BALLONE,G.J.Estresse. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=304&sec=27>>. Acesso em: 20 de maio de 2009.

BELANCIERI, M.F. Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas. Bauru: EDUSC, 2005.

_____.; BIANCO, M.H.B.C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área de enfermagem de um hospital universitário. Texto Contexto Enferm, v.13, n.01, p.124-131, jan.-mar.2004.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.; org. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

BIANCHI, E.R.F. Enfermeiro hospitalar e o stress. Rev Esc Enferm USP,v.34, n.04, p.390-4, 2000.

BORGES, L.O.; ARGOLO, J.C.T.; BAKER, M.C.S. Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. Revista Psicologia: Reflexão & Crítica, v.19, n.01, p. 34-43, 2006.

_____. et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Revista Psicologia: Reflexão & Crítica, v.15, n.01, p.189-200, 2002.

BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para serviços de saúde. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. DATASUS. Indicadores e dados básicos. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2006. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>>. Acesso em: agosto de 2009.

_____. Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, 2004. Disponível em: < www.mpas.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf> . Acesso em: 22 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339, de 18.11.99, do Ministro de Estado da Saúde. DOU de 19.11.99. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. [aproximadamente 33p.]. Disponível em: < <http://www.saude.sc.gov.br/.../portarias/Portaria%201339.doc>>. Acesso em 26 de novembro de 2009.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do SUS: DesprecarizaSUS – perguntas e respostas. Brasília: Editora do MS, 2006.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto N. 3048 de 06.05.99, do Presidente da República. DOU de 07.05.99. Regulamento da Previdência Social. [aproximadamente 50p.]. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em 13 de maio de 2009.

CABALLERO, M.M. et al. Prevalence and factor associated with burnout in a health area. Atenção Primária, v.27, n.5, p.313-317, 2001.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família, Rev. Latino-am Enfermagem, v.12, n.01, p.14-21, jan.-fev.2004.

CAMPOS, R. G. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br>>. Acesso em: 05 de outubro de 2007.

CARVALHO, D.V.; LIMA, F.C.A.; LIA, E.D.R.P. Enfermagem em setor fechado: estresse ocupacional. REME Rev Min Enferm, v.8, n.2, p. 290-4, mai.-jun. 2004.

CASTIEL, L.D., A medida do possível - saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contracapa/Fiocruz, 1999.

CODO, W.; VASQUEZ-MENEZES, I. O que é burnout. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

Colligan, R. C. The Minnesota child development inventory as an aid in the assessment of developmental disability. Journal of Clinical Psychology, n.33, p. 162-163, 1977.

COOPER, C.L. Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward. Brussels: European Conference on Stress at Work, p.9-10, nov.1993.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP, v.7, n.3, p. 63-71, set.-out. 2003.

COUTO, H.A. Stress e qualidade de vida do executivo. Rio de Janeiro: Cop, 1987.

COX T. Stress, coping and problem solving. Work and Stress, v.1, n.1, p. 5-14, 1987.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Oboré, 1987.

_____. A banalização da injustiça social. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Sentimentos de profissionais de serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre burnout. Rev. Bras.Saude Mater. Infant., v.5, n.3, p. 319-328, jul.-set. 2005.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES A.L. Stress e trabalho uma abordagem psicossomática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FRANKEUHAEUSER, M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In: FRANKEUHAEUSER, M.; LUNDBERG, U.; CHESNEY, M. (org). Woman, Work and Health. New York: Plenum, p.39-91, 1991.

FREUDENBERGER, H.J. Staff burn-out. Journal of Social Issues, v.30, n.1, p.159 – 165, 1974.

GASPAR, P.J.S. Enfermagem, profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. Nursing (Ed. Portuguesa), v.10, n.109, p.22-9, 1997.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL-MONTE, P.R. Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermaría. Psicol Estud, v.7, n.1, p. 3-10, jan.-jul. 2002.

HANZELMANN, R.S. Fatores de estresse para profissionais de enfermagem em hospital público. 2008. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE divulga estudo especial da PME sobre Cor ou Raça. Disponível em <http://WWW.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=737>. Acesso em 20 de janeiro de 2010.

JOFRÉ, A.V.; VALENZUELA, S.S. Burnout em personal de enfermaria de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Aquichan. v.5, n.1, p. 56-63, 2005.

KARASEK, R. A. Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, v.24, p.285-308, 1979.

_____.; THEÖRELL, T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, 1990.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R.A. Epidemiologia, Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. Cap.9. p. 125-150.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing, 1984.

LENNON, M.C.; ROSENFELD, S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. Journal of Health and Social Behavior, v.33, [s/n], p.316-327, 1992.

LIMONGI-FRANÇA, A.C.; RODRIGUES, A.L. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LIPP, M.E.N. O Stress. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

- _____. Estresse: um sinal que merece atenção, Revista Saúde Brasil, ano 01, [s/v], n. 05, abr. – mai, [s/p], 2003.
- _____.; ROCHA, J. C. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia para de tratamento para o hipertenso. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- MACHADO, K. Unidades de pronto atendimento – novidade no SUS. Radis, n.87, p. 12-14, jul. 2009.
- MARTINS, L.M.M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev Esc Enferm USP, v.34, n.1, p.52-8, mar. 2000.
- MASCI, C. A hora da virada: enfrentando os desafios da vida com equilíbrio e serenidade. São Paulo: Saraiva, 2001.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. Annu Rev Psychol, p.397-442, 2001.
- MATTAR, F. Pesquisa de marketing. São Paulo: Atlas. 1996.
- MEDINA, M.C.G. A aposentadoria por invalidez no Brasil. 1986. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Faculdade de Saúde Pública (USP), São Paulo.
- MEIRELLES, N.F.; ZEITOUNE, R.C.G. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro oncológico. Esc Anna Nery Rev Enferm, v.7, n.1, p.78-88, 2003.
- MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev. Latino-am.Enfermagem, v.13, n.2, p.255-261, mar.- abr. 2005.
- MURTA, S.G.; TRÓCCOLI, B.T. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos da intervenção baseada em avaliação de necessidades. Estud Psicol, v.24, n.1, p. 41-51, jan.-mar. 2007.
- MUSSAK,E. Fracasso. Disponível em: <<http://www.sapiensapiens.com.br/este-e-eugenio-mussak/>>. Acesso em 05 de setembro de 2010.
- NATIVIDADE, M.R.; BRASIL, V. A escolha profissional entre os bombeiros militares. Rev.bras. orientac. Prof, v.7, n.1, p. 37-43, jun.- jul. 2006.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO-OIT-. Factores psicosociales em el trabajo. Ginebra: Oficina Internacional Del Trabajo, 1986.

PAFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas, Rev. Esc Enferm USP, v.38, n.02. p. 152-60, 2004.

PALÁCIOS, M.; DUARTE, F.; CÂMARA, V.M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, v.18, n.3, p. 843-851, mai.-jun. 2002.

PEIRÓ, J.M. Desencadelantes del estrés laboral. Madrid: Eudema, 1993.

PHILLIPS, J. R. Faculty burnout. American Journal of Nursing, n.9, p.1525-1526, 1984.

PITTA, A.M.F. Hospital: dor e morte como ofício. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

PONZETTO, G. Mapa de riscos ambientais: manual prático. São Paulo: LTR, 2002.

RAMALHO, M.A.N.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica, Psicologia em Estudo, v.12, n.1, p.123-132, jan.-abr. 2007.

REINHOLD, H. H. O sentido da vida: prevenção de stress e burnout do professor. 2004. Dissertação (doutorado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2004.

REIS, R.J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem, Rev. Saúde Pública, v.37, n.05, p. 616-23, 2003.

RIO DE JANEIRO. UPAs 24h. Disponível em : <<http://www.saude.rj.gov.br/upas-24-horas>>. Acesso em 20 de junho de 2009.

_____. 2º Grupamento de Socorro de Emergência. Boletim nº 147, de 27.10.2009, do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. Procedimento Operacional Padrão para o Atendimento Pré-Hospitalar Fixo das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). [30p.].

RODRIGUES A. L.; GASPARINI, A.L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. Rev. Psicossomática hoje, Porto Alegre: Artes Médicas, ano 04, n.43, p.93-107.

ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005.

ROUQUARYOL, M.Z.; FILHO, N.A. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999. Cap 2. p. 15-31.

SALOMÉ, G.M.; MARTINS, M.F.M.S.; ESPÓSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem que atuam em unidade de emergência, Rev Bras Enferm, v.62, n.06, p.856-62, nov.-dez. 2009.

SANTOS, K.O.B. Estresse ocupacional e saúde mental: desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil. 2006. Dissertação (mestrado em epidemiologia) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

SELYE, H. The stress of life. New York: Mc Graw Hill, 1956.

_____. Stress without distress. Filadélfia: Lippincott, 1974.

_____. History and Present Status of the Stress Concept. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of Stress- Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press, p.7-20, 1986.

SENTONE, A.D.D.; GONÇALVES, A.A.F. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 23, [s/n], p. 33-38, jan. – dez.2002.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário, Rev. Latino-am. Enfermagem, v.08, n.05, p.44-51, 2000.

SILVA, L.M.; NOZAKI, W.V.; PUZONE, V.F. O trabalho visto de baixo, Tempo Social – Rev Sociologia USP, v.17, n.02, p. 351-379, nov. 2005.

SILVA, J.L.L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. 2007. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO RIO DE JANEIRO (SINDENFRJ). UPA 24h – fábrica de estresse, Cuidar, n.7, ano II, p.12 – 15, mai. 2010.

SOBRINHO, C.L.N. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Cad. Saúde Pública, v.22, n.01, p. 131-140, 2006.

STACCIARINI, J.M.R; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Latino-am.Enfermagem, v.9, n.2, p.17-25, mar.-abr. 2001.

THEORELL, T.; PERSKI, A.A.; AKERSTEDT, T. Changes in Job Strain in Relation to Chages in Psysiological state. Scandinavian Journal Work Environmental Health, v.14, [s/n], p. 189-96, 1988.

THIELE, H.; ENDERLEIN, G. Cross seccional studies. In: KARVANEN & MIKHEEVN (ed). Epidemiology Occupational Health. Copenhagen: Word Health Organization (WHO), 1986.

TOMASI, N.G.S; YAMAMOTO, RM. Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais. Curitiba: As autoras, 1999.

TOWNSEND, M.C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

UPAs, um novo modelo de atendimento à população. IN: Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/UPA24H/home.shtml>>. Acesso em: 19 de outubro de 2008.

VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. Rev Psiquiatr RS, v.28, n.3, p. 352-356, set.-dez. 2006.

8 - ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário do Estudo

Preencha as questões abaixo:

Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena	Filhos: <input type="checkbox"/> Possui <input type="checkbox"/> Não possui
Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino	Renda Familiar: <input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> mais de R\$ 5.000,00
Idade: <input type="checkbox"/> até 25 anos <input type="checkbox"/> 26 a 30 anos <input type="checkbox"/> 31 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 40 anos <input type="checkbox"/> 41 anos ou mais	Tempo de atuação profissional em anos: _____
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Pós-Graduação	Número de Vínculos Empregatícios: <input type="checkbox"/> apenas um <input type="checkbox"/> mais de um
Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável	Carga horária de trabalho semanal: <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 36 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> 48 horas <input type="checkbox"/> 60 horas <input type="checkbox"/> mais de 60h <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____

Na folha a seguir, responda sobre as características do seu trabalho:

Job Stress Scale (JSS)

	Sempre/ Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
c) Seu trabalho exige demais de você?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

	Sempre/ Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1()	2()	3()	4()
j) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?	1()	2()	3()	4()
k) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	1()	2()	3()	4()

Agora, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmativas sobre o seu ambiente de trabalho:

	Concordo Totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo Totalmente
a) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	1()	2()	3()	4()
b) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	1()	2()	3()	4()
c) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	1()	2()	3()	4()

	Concordo Totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo Totalmente
d) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas me compreendem	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
e) No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
f) Eu gosto de trabalhar com meus colegas	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Por favor, leia com atenção cada uma das afirmativas e decida se você já se sentiu deste modo em seu trabalho.

Instruções:

Se você **nunca teve** estes sentimentos, marque um “**0**”(zero) na afirmativa.

Se você **já teve** estes sentimentos, **indique** com que **frequência** você o sente, escolhendo o **número (de 1 a 6)** que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

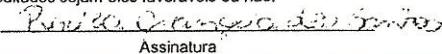
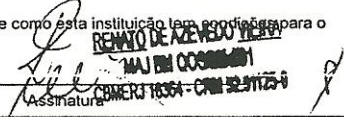
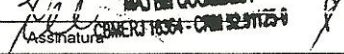
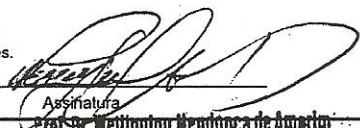

	0	1	2	3	4	5	6
FREQUÊNCIA	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes durante o mês	Uma vez por semana	Algumas vezes durante a semana	Todo dia

A seguir, assinale com “x” as opções:

DECLARAÇÕES	PONTUAÇÃO	FAIXA DE BURNOUT
Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	EE
Eu me sinto como se estivesse no meu limite	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto frustrado com o meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto esgotado com meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	DP
Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto muito cheio de energia	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	EPT
Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muito calma	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	

(EE) Exaustão Emocional; **(DP)** Despersonalização; **(EPT)** Envolvimento Pessoal no Trabalho

ANEXO 2

Projeto de Pesquisa O ESTRESSE E A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS BOMBEIROS ATUANTES EM UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO UPAS)			
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum		Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)		Fase Não se Aplica	
Unitermos ENFERMAGEM, ESTRESSE, SÍNDROME DE BURNOUT			
Sujeitos na Pesquisa			
Nº de Sujeitos no Centro 40	Total Brasil 40	Nº de Sujeitos Total 40	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO
Pesquisador Responsável			
Pesquisador Responsável Priscila Grangeia dos Santos		CPF 108.830.017-05	Identidade 11230091-8
Área de Especialização		Maior Titulação GRADUACAO	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUJA AMANDA GUIMARÃES, N° 133		Bairro ILHA DO GOVERNADOR	Cidade RIO DE JANEIRO - RJ
Código Postal 21932-680	Telefone / (21) 3393-4524	Fax	Email priscilagrangear@gmail.com
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.			
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Data: 09/09/2009		Assinatura 	
Instituição Onde Será Realizado			
Nome Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro		CNPJ 28.176.998/0004-41	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão 2º Grupamento de Socorro de Emergência		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Praça da República, 45		Bairro Centro	Cidade Rio de Janeiro - RJ
Código Postal 20211-350	Telefone 3399-4680	Fax	Email aep@saudenaescola.com
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: <u>WELLINGTON MENDONÇA DE AMORIM</u>		Assinatura 	
Data: 14/09/2009		Assinatura 	
Vinculada			
Nome Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro		CNPJ 34.023.077/0001-07	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Av Pasteur 296		Bairro Urca	Cidade Rio de Janeiro - RJ
Código Postal 22290-240	Telefone 21 2295 5737	Fax 21 2295 5737	Email
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.			
Nome: <u>WELLINGTON MENDONÇA DE AMORIM</u>		Assinatura 	
Data: 10/09/2009		Assinatura 	

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 31/08/2009. Não obedecendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Coordenador do
PPGEnf-Mestrado

ANEXO 3



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

ATA DE PARECER CONSUBSTANCIADO

FR 287260

46/2009

CAAE: 3942.0.000.313-09

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: PRISCILA GRANGEIA DOS SANTOS
 JOANIR PEREIRA PASSOS (ORIENTADORA)

PROJETO: “O ESTRESSE E A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS BOMBEIROS ATUANTES EM UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (UPAS)”

INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DATA DE ENTRADA NO CEP: 24/09/2009.

O projeto de pesquisa intitulado “O ESTRESSE E A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS BOMBEIROS ATUANTES EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS)” foi avaliado e posteriormente **APROVADO** pelo CEP-UNIRIO em 29/10/2009.

Solicita-se ao pesquisador que envie a este CEP, anualmente, os relatórios parciais sobre o decurso do projeto, eventuais informações de alterações no encaminhamento e o relatório final em via escrita.



Rio de Janeiro, 05 de novembro de 2009.

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
 Coordenadora do CEP-UNIRIO

Fabiana B. Assumpção de Souza
Coordenadora
CEP - UNIRIO
PROPG-DPQ

9 - APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Enfermeiro(a) Bombeiro

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação - Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), você está convidado(a) a participar de um estudo realizado por mim, cuja temática é: O estresse e a Síndrome de *Burnout* em Enfermeiros Bombeiros atuantes em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs).

Esta pesquisa tem como objetivos: descrever o perfil de estresse em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs; analisar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs; e avaliar a associação entre estresse e a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs.

Esclareço que todas as **informações** concedidas serão **mantidas sob sigilo**, e que servirão para conformar o presente estudo. Assim os entrevistados a qualquer momento poderão **optar por não responder** às questões e os **questionários serão anônimos**.

Além disso, assumo o compromisso ético de garantir a inexistência de quaisquer riscos ao entrevistado, caso se recuse em participar ou responder às questões.

A finalidade desta pesquisa consiste na análise do estresse e a Síndrome de *Burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em UPAs.

Atenciosamente,

Priscila Grangeia dos Santos

Pesquisadora

Tel.: 021 9932- 2741

Eu, _____ declaro estar ciente da finalidade da pesquisa intitulada – O estresse e a Síndrome de *Burnout* em Enfermeiros Bombeiros atuantes em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE 2 – Resultados das questões indicadoras de demanda e das questões indicadoras de controle

- Indicadores de demanda psicológica

Tabela 14: Frequência completa das respostas referentes às questões indicativas da dimensão da demanda

QUESTÕES INDICADORAS DE DEMANDA	N	%
- Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?		
Sempre/Frequentemente	39	67,2
Às vezes	19	32,8
Raramente	0	0
Nunca/ Quase nunca	0	0
- Com que frequência você tem que trabalhar intensamente?		
Sempre/Frequentemente	42	72,4
Às vezes	16	27,6
Raramente	0	0
Nunca/ Quase nunca	0	0
- Seu trabalho exige demais de você?		
Sempre/Frequentemente	45	77,6
Às vezes	13	22,4
Raramente	0	0
Nunca/ Quase nunca	0	0
-Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?		
Sempre/ Frequentemente	06	10,3
Às vezes	39	67,3
Raramente	10	17,2
Nunca/ Quase nunca	03	5,2
-O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?		
Sempre/ Frequentemente	31	53,4
Às vezes	22	38
Raramente	03	5,2
Nunca/ Quase nunca	02	3,4

Legenda: N = população. % frequência.

- Indicadores de Controle sobre o Trabalho

Tabela 15: Frequência completa das respostas referentes às questões indicativas da dimensão controle

QUESTÕES INDICADORAS DE CONTROLE	N	%
- Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?		
Sempre/ Frequentemente	21	36,2
Às vezes	29	50
Raramente	07	12,1
Nunca/ Quase nunca	01	1,7
- Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?		
Sempre/ Frequentemente	36	62
Às vezes	19	32,8
Raramente	03	5,2
Nunca/ Quase nunca	0	0
- Seu trabalho exige que você tome iniciativas?		
Sempre/ Frequentemente	55	94,8
Às vezes	03	5,2
Raramente	0	0
Nunca/ Quase nunca	0	0
- No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?		
Sempre/ Frequentemente	50	86,2
Às vezes	08	13,8
Raramente	00	00
Nunca/ Quase nunca	00	00
- Você pode escolher como fazer o seu trabalho?		
Sempre/ Frequentemente	10	17,2
Às vezes	17	29,3
Raramente	28	48,3
Nunca/ Quase nunca	03	5,2
- Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?		
Sempre/ Frequentemente	18	31
Às vezes	18	31
Raramente	20	34,5
Nunca/ Quase nunca	02	3,5

Legenda: N = população. % frequência.

APÊNDICE 3 – Resultados das situações delimitadas para cada dimensão da síndrome de *burnout*

- Dimensão exaustão emocional

Tabela 16: Frequência completa das respostas às situações que avaliam a exaustão emocional

SITUAÇÕES	N	%
- Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho		
Nunca	0	0
Alguma vez ao ano ou menos	0	0
Alguma vez ao mês ou menos	0	0
Algumas vezes durante o mês	4	6,9
Uma vez por semana	5	8,6
Algumas vezes durante a semana	8	13,8
Todo dia	41	70,7
- Eu me sinto como se estivesse no meu limite		
Nunca	0	0
Alguma vez ao ano ou menos	0	0
Alguma vez ao mês ou menos	4	6,9
Algumas vezes durante o mês	6	10,3
Uma vez por semana	8	13,8
Algumas vezes durante a semana	11	19
Todo dia	29	50
- Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho		
Nunca	0	0
Alguma vez ao ano ou menos	1	1,7
Alguma vez ao mês ou menos	1	1,7
Algumas vezes durante o mês	5	8,6
Uma vez por semana	8	13,8
Algumas vezes durante a semana	15	25,9
Todo dia	28	48,3
- Eu me sinto frustrado com o meu trabalho		
Nunca	3	5,2
Alguma vez ao ano ou menos	7	12,1
Alguma vez ao mês ou menos	5	8,6
Algumas vezes durante o mês	7	12,1
Uma vez por semana	8	13,8
Algumas vezes durante a semana	15	25,9
Todo dia	13	22,4

SITUAÇÕES	N	%
- Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado		
Nunca	4	6,9
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	3	5,2
Algumas vezes durante o mês	13	22,4
Uma vez por semana	6	10,3
Algumas vezes durante a semana	13	22,4
- Eu me sinto esgotado com meu trabalho		
Nunca	1	1,7
Alguma vez ao ano ou menos	1	1,7
Alguma vez ao mês ou menos	6	10,3
Algumas vezes durante o mês	4	6,9
Uma vez por semana	5	8,6
Algumas vezes durante a semana	14	24,1
Todo dia	27	46,6
- Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego		
Nunca	0	0
Alguma vez ao ano ou menos	1	1,7
Alguma vez ao mês ou menos	0	0
Algumas vezes durante o mês	4	6,9
Uma vez por semana	7	12,1
Algumas vezes durante a semana	16	27,6
Todo dia	30	51,7
- Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho		
Nunca	1	1,7
Alguma vez ao ano ou menos	2	3,4
Alguma vez ao mês ou menos	3	5,2
Algumas vezes durante o mês	6	10,3
Uma vez por semana	3	5,2
Algumas vezes durante a semana	20	34,5
Todo dia	23	39,7
- Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim		
Nunca	6	10,3
Alguma vez ao ano ou menos	2	3,4
Alguma vez ao mês ou menos	11	19
Algumas vezes durante o mês	8	13,8
Uma vez por semana	7	12,1
Algumas vezes durante a semana	10	17,2
Todo dia	14	24,1

Legenda: N = população. % frequência.

- Dimensão despersonalização

Tabela 17: Frequência completa das respostas às situações que avaliam a despersonalização

SITUAÇÕES	N	%
- Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas		
Nunca	7	12,1
Alguma vez ao ano ou menos	4	6,9
Alguma vez ao mês ou menos	4	6,9
Algumas vezes durante o mês	2	3,4
Uma vez por semana	8	13,8
Algumas vezes durante a semana	15	25,9
Todo dia	18	31
- Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos		
Nunca	14	24,1
Alguma vez ao ano ou menos	2	3,4
Alguma vez ao mês ou menos	11	19
Algumas vezes durante o mês	7	12,1
Uma vez por semana	5	8,6
Algumas vezes durante a semana	11	19
Todo dia	8	13,8
- Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho		
Nunca	6	10,3
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	6	10,3
Algumas vezes durante o mês	9	15,5
Uma vez por semana	5	8,6
Algumas vezes durante a semana	10	17,2
Todo dia	17	29,3
- Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente		
Nunca	7	12,1
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	3	5,2
Algumas vezes durante o mês	7	12,1
Uma vez por semana	5	8,6
Algumas vezes durante a semana	12	20,7
Todo dia	19	32,8
- Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes		
Nunca	20	34,5
Alguma vez ao ano ou menos	6	10,3
Alguma vez ao mês ou menos	8	13,8
Algumas vezes durante o mês	8	13,8
Uma vez por semana	7	12,1
Algumas vezes durante a semana	4	6,9
Todo dia	5	8,6

Legenda: N = população. % frequência.

- Dimensão envolvimento pessoal no trabalho

Tabela 18: Frequência completa das respostas às situações que avaliam o envolvimento pessoal no trabalho

SITUAÇÕES	N	%
- Eu me sinto muito cheio de energia		
Nunca	12	20,7
Alguma vez ao ano ou menos	8	13,8
Alguma vez ao mês ou menos	12	20,7
Algumas vezes durante o mês	13	22,4
Uma vez por semana	4	6,9
Algumas vezes durante a semana	7	13,8
Todo dia	2	3,4
- Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com meus pacientes		
Nunca	10	17,2
Alguma vez ao ano ou menos	6	10,3
Alguma vez ao mês ou menos	15	25,9
Algumas vezes durante o mês	13	22,4
Uma vez por semana	4	6,9
Algumas vezes durante a semana	6	10,3
Todo dia	4	6,9
- No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma		
Nunca	5	8,6
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	11	19
Algumas vezes durante o mês	16	27,6
Uma vez por semana	6	10,3
Algumas vezes durante a semana	9	15,5
Todo dia	6	10,3
- Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com meus pacientes		
Nunca	7	13,8
Alguma vez ao ano ou menos	8	13,8
Alguma vez ao mês ou menos	16	27,6
Algumas vezes durante o mês	14	24,1
Uma vez por semana	2	3,4
Algumas vezes durante a semana	6	10,3
Todo dia	5	8,6
- Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho		
Nunca	7	13,8
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	10	17,2
Algumas vezes durante o mês	12	20,7
Uma vez por semana	10	17,2
Algumas vezes durante a semana	8	13,8
Todo dia	6	10,3

SITUAÇÕES	N	%
- Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes		
Nunca	0	0
Alguma vez ao ano ou menos	3	5,2
Alguma vez ao mês ou menos	9	15,5
Algumas vezes durante o mês	14	24,1
Uma vez por semana	9	15,5
Algumas vezes durante a semana	12	20,7
Todo dia	11	19
- Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas		
Nunca	2	3,4
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	6	10,3
Algumas vezes durante o mês	18	31
Uma vez por semana	8	13,8
Algumas vezes durante a semana	14	24,1
Todo dia	5	8,6
- Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho		
Nunca	4	6,9
Alguma vez ao ano ou menos	5	8,6
Alguma vez ao mês ou menos	4	6,9
Algumas vezes durante o mês	14	24,1
Uma vez por semana	8	13,8
Algumas vezes durante a semana	14	24,1
Todo dia	9	15,5

Legenda: N = população. % frequência