

O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem

The impact of sociodemographic and professional variables on Burnout syndrome in nursing staff

Mary Sandra Carlotto¹

Faculdade de Psicologia e PPG em Psicologia, PUCRS

Resumo

Profissionais da área da saúde estão expostos a diversos estressores ocupacionais, que, se persistentes, podem levar à Síndrome de Burnout, fenômeno psicossocial, constituído por três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional. O presente estudo buscou identificar a relação entre a Síndrome de Burnout e variáveis sociodemográficas e laborais em 282 técnicos de enfermagem que trabalham em três hospitais de Porto Alegre. Como instrumentos de pesquisa forma utilizados um questionário para levantamento das variáveis sociodemográficas e o MBI – *Maslach Burnout Inventory* – HSS. Os resultados revelam que os participantes do sexo feminino, casados e que trabalham de 20 a 30 horas semanais apresentam maior exaustão emocional, despersonalização e menor realização profissional. Participantes com filhos evidenciaram maior despersonalização e menor realização no trabalho. A faixa etária de 18 a 30 anos e a de 6 a 10 anos de experiência revelaram maior exaustão emocional.

Palavras-chave: Enfermagem; Síndrome de Burnout; Riscos ocupacionais; Saúde do trabalhador.

Abstract

Professional health care are exposed to various occupational stressors, is persistent, can lead to Burnout Syndrome, psychosocial phenomenon, consisting of three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low professional fulfillment. The objective of this study was investigate the impact of sociodemographic and labor variables on Burnout Syndrome in 282 nursing staff working in three hospitals in a city of Porto Alegre. The instrument used was a questionnaire survey of sociodemographic and professional variables and MBI - *Maslach Burnout Inventory*-HSS. Results showed that participants female, married and working from 20 to 30 hours weekly have more emotional exhaustion, depersonalization and lower job satisfaction. Participants with children showed more

¹ Psicóloga; Mestre em Saúde Coletiva (ULBRA-RS); Doutora em Psicologia Social (USC/ES); Professora da Faculdade de Psicologia e do PPG em Psicologia (PUCRS). Bolsista produtividade do CNPq. São Leopoldo/RS; E-mail: mary.sandra@pucrs.br

depersonalization and lower professional fulfillment. The age range of 18 to 30 years and that of 6 to 10 years of experience showed greater emotional exhaustion.

Keyword: Nursing staff; Burnout; Professional; Occupational risks; Occupational health.

Introdução

Há mais de 35 anos a Síndrome de Burnout (SB) vem sendo pesquisada pela comunidade científica, tendo seu interesse intensificado nos últimos anos devido, principalmente, à ampliação do setor de prestação de serviços (Shaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Burnout é um fenômeno basicamente social, expressão de tempos de crise e desorientação da sociedade atual, que está tencionando fortemente os setores de trabalhos mais críticos, como os assistenciais (Cebriá-Andreu, 2005). A SB vem sendo considerada, atualmente, um importante problema de saúde pública (Salanova & Llorens, 2008). Burnout é um tipo de estresse ocupacional crônico, insidioso e mais devastador que o estresse agudo (Chipas & McKenna, 2011).

A SB constitui-se de três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional (Maslach Schaufeli & Leiter, 2001). A Exaustão Emocional se caracteriza por uma falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos. A Despersonalização caracteriza-se por tratar os clientes, colegas e a organização de forma distante e impessoal. A Baixa Realização Profissional é a tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa. As pessoas se sentem infelizes e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional e experimentam um declínio no sentimento de competência e êxito no trabalho.

Burnout consiste em um processo de perda do idealismo, energia e objetivos, vivenciado pelo indivíduo que trabalha em profissões de ajuda, originário das más condições de seu trabalho (Edelwich & Brodsky, 1980). É um processo gradual pelo qual a pessoa começa a perder o significado e a fascinação pelo trabalho, dando lugar a sentimentos de aborrecimento e falta de realização (Maslach & Leiter, 1997).

Embora a SB já seja reconhecida como doença relacionada ao trabalho, sendo contemplada na Lista B do Regulamento da Previdência, estabelecido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil (Ministério da Saúde, 2001), sua dimensão e caracterização específica ainda são pouco conhecidas e, consequentemente, a SB é pouco diagnosticada (Carlotto & Câmara, 2008). O desconhecimento e equívocos no diagnóstico das doenças ocupacionais ocasionam prejuízos para o trabalhador não só concernentemente à qualidade e à eficácia do tratamento, como também aos direitos legais do trabalhador, uma vez que deixa de usufruir de benefícios previdenciários aos quais eventualmente tenha direito (Glina, Rocha, Batista & Mendonça, 2001).

O contexto hospitalar, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que nele trabalham (Pitta, 1990). Muitos são os estressores ocupacionais vivenciados pelos trabalhadores do campo da saúde e que afetam diretamente o seu bem-estar, principalmente, para o profissional da enfermagem, independente do tipo de instituição, região ou país onde o mesmo é exercido (Lambert, V. A. & Lambert, C. E, 2008). Seu exercício profissional é marcado por múltiplas exigências: lidar com dor, sofrimento, morte e perdas, condições desfavoráveis de trabalho, baixa remuneração e pouco reconhecimento profissional (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007; Borges, Argolo & Baker, 2006; Wu,Chi, Chen,Wang &, Jin, 2010). Os profissionais devem ter experiência clínica e maturidade para enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais (Albaladejo et al., 2004). Realizam longas jornadas de trabalho, muitas vezes, com um número insuficiente de pessoal, estando expostos a riscos químicos e físicos (Aranda et al., 2004), além da constante necessidade de mover ou levantar cargas pesadas, realizar atividades rápidas e contínuas, então, sendo necessário manter o corpo, a cabeça ou os braços em posições fisicamente incômodas por longos período (Kirchhof et al., 2009). O trabalho de enfermagem envolve situações de aflição para salvar a vida do outro, acompanhado, às vezes, da sensação de incapacidade ou impotência de oferecer uma solução para a situação da pessoa que está sob seus cuidados (Pitta, 1990).

A organização do trabalho em saúde, principalmente na equipe de enfermagem, sofre forte influência do modelo taylorista-fordista, que reproduz, na

prática, a divisão entre trabalho intelectual, realizado marcadamente pelo(a) enfermeiro(a); e trabalho manual, realizado por técnicos(as) e auxiliares de enfermagem (Magalhaes et al., 2006; Oliveira, Vidal, Silveira & Silva, 2009). A divisão de funções entre os membros da equipe de enfermagem acabou dirigindo aos auxiliares o cuidado direto aos doentes, limitando os enfermeiros às funções administrativas e burocráticas das instituições (Carboni & Nogueira, 2006) havendo, por vezes, certa indefinição quanto aos seus papéis (Murofuse, Abrantes & Napoleão, 2005). Assim, as relações entre os membros da equipe de enfermagem são, em algumas situações, marcadas por conflitos e dificuldades resultantes do modo vigente de organização do trabalho (Carboni & Nogueira, 2006; Magalhaes et al., 2006)

No Brasil, a maior representação de profissionais de enfermagem encontra-se nos hospitais (Silva & Melo, 2006). A enfermagem é responsável pelo maior contingente da força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares, com responsabilidade pela assistência nas 24 horas, configurando-se como o conjunto de trabalhadores que mais sofre com as inadequadas condições de trabalho e com a insalubridade do ambiente (Costa, Vieira & Sena, 2009). Para os técnicos de enfermagem, profissionais que lidam mais diretamente com os pacientes e seus acompanhantes, vivenciar esse contato intenso, o qual exige cuidados permanentes, gera um conflito diário entre a realização dos procedimentos técnicos dos cuidados demandados e a necessidade de manter a sua saúde em um ambiente de trabalho que muitas vezes é insalubre (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007). Frente a todas essas questões, o profissional da enfermagem, não raramente, manifesta uma espécie de desencanto e cansaço que, frequentemente, implica em situação de abandono e desesperança, falta de expectativa no trabalho e maior dificuldade no seu enfrentamento, podendo ocasionar diversos agravos em sua saúde, física e psíquica (Josephson et al., 2009), sendo Burnout um deles.

Estressores psicossociais, se persistentes, podem levar ao Burnout. A SB em profissionais da enfermagem vem recebendo crescente atenção, há alguns anos, por parte de vários pesquisadores nacionais (Borges, Argolo & Baker, 2006; Lautert, 1997; Santos, Alves & Rodrigues, 2009; Silva &, Carlotto, 2008) e internacionais (Gil-Monte, 2002; Hansen, Sverke & Näswall, 2009; Kirchhof et al., 2009; Leiter &

Maslach, 2009; Ríos-Castillo, Barrios-Santiago, Ocampo-Mancilla, Ávila-Rojas, 2007 Faller, Gates, Georges & Connelly, 2011). Parte dessa preocupação é decorrente dos problemas associados à sua ocorrência, que ocasionam resultados organizacionais negativos, como baixa produtividade, absenteísmo e vários tipos de disfunções pessoais, podendo levar à séria deterioração do desempenho do indivíduo no trabalho, afetando também suas relações familiares e sociais (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach & Leiter, 1999; Ríos-Castillo, Barrios-Santiago, Ocampo-Mancilla, Ávila-Rojas, 2007; Silva, Hewage & Fonseka, 2009). Equipes com Burnout podem ser menos produtivas e tendem a apresentar menor qualidade no atendimento ao cliente (Schmitz, Neumann & Oppermann, 2000) além de evidenciarem comprometimento em termos de qualidade de vida (Wu, Li, Tian, Zhu, Li & Wang, 2011). Assim, considerando que a profissão de técnico de enfermagem é de risco de desenvolvimento da SB, este estudo pretende, através de um delineamento observacional, analítico e transversal, identificar o impacto das variáveis sociodemográficas e laborais na SB em uma amostra de técnicos de enfermagem. O estudo trabalha com a hipótese de que variáveis sociodemográficas e laborais causam impacto para a ocorrência da Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem.

Método

Participantes

O estudo foi realizado, em 2009, com uma amostra não probabilística constituída de 282 técnicos de enfermagem que trabalham em três hospitais gerais de Porto Alegre. Os critérios de inclusão foram estar em atividade há mais de um ano e não ter tido afastamento por licença-saúde nos últimos seis meses. Os participantes eram, em sua maioria, mulheres (62,8%), solteiros/separados/viúvos (68,4%), com filhos (78%), na faixa de idade de 18 a 57 anos e idade média de 34 (± 9) anos. Quanto à experiência profissional, possuíam, em média, 9,2 anos ($\pm 8,17$). Realizam, em média, 34,2 (± 4) horas semanais.

Instrumentos

Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos: 1. Questionário para levantamento de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, filhos) e laborais (carga horária, tempo de experiência profissional). 2. MBI – Maslach Burnout Inventory/HSS – Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1986) para avaliar a SB, que tem tradução e adaptação para o português realizada por Lautert (1995). O MBI avalia como o trabalhador experience seu trabalho de acordo com as três dimensões estabelecidas no estudo realizado pelas autoras: Exaustão Emocional (9 itens), Realização Profissional (8 itens) e Despersonalização (5 itens). O questionário totaliza 22 itens que indicam a frequência das respostas com uma escala de pontuação que varia de 1 a 7 (Maslach & Leiter, 1997). Sendo utilizada, neste estudo, a avaliação por frequência com escala de pontuação de 1 a 5 (Tamayo, 1997). A consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta um alfa de Cronbach que vai de 0,71 até 0,90 (Maslach & Jackson, 1986).

Procedimentos de Coleta dos Dados

Primeiramente foi contatada a chefia de cada unidade para explanação dos objetivos e estruturação da logística de coleta de dados. Estes foram coletados por alunos bolsistas do Laboratório de Ensino e Pesquisa do Curso de Psicologia da universidade de afiliação da autora do estudo. A aplicação ocorreu em reuniões de equipe a fim de evitar possíveis perdas de respondentes e, também, de forma individual para os ausentes ou impossibilitados, por questões de trabalho, de comparecer às reuniões. Duas urnas foram colocadas na sala de reuniões para que os trabalhadores depositassem, em uma delas, o Termo de Consentimento; e, na outra, o instrumento após o preenchimento. A coleta dos dados teve início em março e encerramento em outubro de 2009.

Foram realizados os procedimentos éticos, conforme resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que diz respeito à pesquisa com seres

humanos (Ministério da Saúde, 1997). Foi esclarecido aos diretores, chefias e profissionais tratar-se de uma pesquisa sem quaisquer efeitos avaliativos individuais e/ou institucional e que as respostas e os dados referentes aos resultados seriam anônimos e confidenciais. Para garantir estes aspectos éticos foi fornecido aos participantes um Termo de Consentimento Informado para que assinassem sua conformidade na participação da pesquisa. A pesquisa tem autorização do Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil.

O banco de dados foi digitado e, posteriormente, analisado no pacote estatístico SPSS, versão 11.0. Primeiramente, foram realizadas análises descritivas de caráter exploratório no intuito de avaliar, no banco de dados, a distribuição dos itens, casos omissos e identificação de extremos. Posteriormente, foram calculadas frequências para variáveis categóricas e médias para variáveis contínuas. Para comparação de médias foram utilizados os testes estatísticos paramétricos t de student e ANOVA. Os resultados da análise bivariada foram considerados estatisticamente significativos quando o valor de p era igual ou menor que 0,05.

Resultados

Resultados indicam maior índice médio na dimensão de Realização Profissional, seguida pela Exaustão Emocional e, por último, a Despersonalização (Tabela1).

Tabela 1. Amplitude, média e desvio padrão das dimensões de Burnout.

	Min	Max	M	DP
Exaustão Emocional	0,00	4,63	2,24	0,79
Despersonalização	0,00	4,20	1,89	0,66
Realização Profissional	0,00	5,00	4,06	0,69

Com relação às variáveis sociodemográficas, verifica-se que mulheres apresentaram maior exaustão emocional, despersonalização e menor realização profissional. Casados revelam maior exaustão e despersonalização e menor realização profissional. Participantes com filhos apresentam maior despersonalização e menor realização no trabalho. A faixa etária de 18 a 30 anos

apresentou maior exaustão. Nas variáveis laborais, obteve-se que trabalhadores que possuem entre 6 e 10 anos de experiência apresentam maior exaustão. Os que trabalham de 20 a 30 horas semanais possuem maior exaustão, despersonalização e menor sentimento de realização profissional (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação das dimensões de Burnout e variáveis sociodemográficas e laborais.

Variáveis	Categorias	n	M	DP	p
Sexo					
EE	Feminino	177	2,43	0,73	0,00
	Masculino	105	1,90	0,77	
DE	Feminino	177	2,05	0,68	0,00
	Masculino	105	1,59	0,52	
RP	Feminino	177	3,92	0,71	0,00
	Masculino	105	4,30	0,60	
Estado civil					
EE	solteiro	193	2,11	0,79	0,00
	Casada	89	2,50	0,71	
DE	solteiro	193	1,79	0,67	0,00
	Casada	89	2,06	0,61	
RP	solteiro	193	4,13	0,73	0,01
	Casada	89	3,91	0,59	
Filhos					
EE	Sem	69	2,50	0,77	0,89
	Com	146	2,48	0,72	
DE	Sem	29	1,85	0,71	0,03
	Com	146	2,12	0,62	
RP	Sem	29	4,09	0,46	0,04
	Com	146	3,80	0,72	
Faixa etária					
EE	18-30 anos	127	2,41	0,75	0,00
	31-40 anos	86	2,14	0,75	
	+40 anos	68	2,03	0,85	
DE	18-30 anos	127	1,91	0,62	0,55
	31-40 anos	86	1,89	0,71	
	+40 anos	68	1,80	0,68	
RP	18-30 anos	127	3,98	0,57	0,15
	31-40 anos	86	4,16	0,65	
	+40 anos	68	4,08	0,91	

Continuação Tabela 2...

Variáveis	Categorias	n	M	DP	p
Tempo de experiência profissional					
EE	1-5 anos	127	2,25	0,75	0,16
	6-10 anos	64	2,37	0,82	
	+ 10 anos	91	2,13	0,81	
DE	1-5 anos	127	1,82	0,62	0,03
	6-10 anos	64	2,07	0,71	
	+ 10 anos	91	1,83	0,67	
RP	1-5 anos	127	4,11	0,56	0,19
	6-10 anos	64	3,92	0,68	
	+ 10 anos	91	4,09	0,84	
Carga horária semanal					
EE	20-30	94	2,59	0,71	0,00
	31-40	188	2,06	0,76	
DE	20-30	94	2,21	0,60	0,00
	31-40	188	1,71	0,63	
RP	20-30	94	3,71	0,66	0,00
	31-40	188	4,24	0,64	

Nota: diferença significativa ao nível de 5%. EE= Exaustão Emocional DE= Despersonalização RP= Realização Profissional.

Discussão

Os resultados indicam maior índice médio na dimensão de Realização Profissional, seguida pela Exaustão Emocional e, por último, a Despersonalização. O resultado pode ser entendido a partir dos resultados obtidos no estudo realizado com profissionais da enfermagem, por Öndee e Basim (2008). Neste, verificaram que os profissionais que relataram níveis mais elevados de exaustão emocional também indicaram altos níveis de despersonalização, não ocorrendo uma ligação com uma menor realização profissional. Pode-se pensar o resultado a partir da representação social da profissão de enfermagem. Segundo Collière (2003), é uma profissão de fé, que tinha como escopo, em tempos mais antigos, servir aos doentes e, nos mais atuais, servir ao médico. Esperava-se do profissional dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade, qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviços fundamentados em uma vocação, próxima da vocação religiosa. Assim, pode-se considerar a possibilidade de existência de um processo de Burnout em curso, que pode estar sendo contido pelo elevado sentimento de

realização profissional no trabalho, típico das profissões de ajuda, podendo estar ligado à perpetuação de alguns resquícios dos valores entranhados na construção socio-histórica da profissão e reforçado pelas atuais práticas gerenciais. Este contexto e cultura induzem à repressão dos questionamentos sobre até que ponto o trabalho tem sido fator de realização e satisfação e a negação dos fatores de risco ocupacionais, ocasionando dificuldades em acionar mecanismos saudáveis de enfrentamento, tornando os trabalhadores mais vulneráveis ao Burnout. Profissionais, com fortes sentimentos vocacionais, são mais suscetíveis ao Burnout, pois, ao não ver sua atividade como um trabalho, mas sim como uma vocação, tendem a envolver-se de forma excessiva com o mesmo, tendo como um dos seus resultados a sobrecarga laboral (Woods, 1999).

Com relação às variáveis sociodemográficas, verifica-se que mulheres apresentaram maior exaustão emocional, despersonalização e menor realização profissional. Resultados obtidos em relação a esta variável ainda apresentam-se de forma discrepante na literatura sobre Burnout. Alguns estudos não têm encontrado diferenças (Silva & Carlotto, 2008; Rosa & Carlotto, 2005) e outros apontam mulheres como as que apresentam maior índice de exaustão (Cornelius & Carlotto, 2008; Gil-Monte, 2002) homens com maiores médias em despersonalização (Gil-Monte, 2002; Greenglass, Burke & Ondrack, 2008), sendo semelhantes em realização no trabalho (Cornelius & Carlotto, 2008). Nos estudos que indicam maior exaustão em mulheres, o entendimento é de que esse resultado esteja relacionado a questões culturais. Para as mulheres, a combinação de trabalho e responsabilidades familiares pode exercer fortes pressões ao ponto de provocar efeitos desfavoráveis para sua saúde física e mental. A carreira profissional da mulher ainda é muito marcada pelo estresse devido aos vários papéis que tem de desempenhar paralelamente à sua vida profissional (Martínez, Vera, Paterna & Alcázar, 2002). Gil-Monte (2002) refere que apesar de um aumento no número de profissionais homens nas equipes de enfermagem, a profissão, ainda, é tradicionalmente vinculada ao gênero feminino em virtude das suas características de cuidado. O trabalho de enfermagem é intenso, desgastante e realizado por mulheres comprometidas com um modelo construído e determinado historicamente que as impelem a um devotamento o qual em nada as ajudam, a não ser a criar estratégias de defesa contra a dor e que não impedem o adoecimento (Elias &

Navarro, 2006).

No entanto, o resultado obtido no presente estudo quanto à despersonalização surpreende, pois vai em direção contrária aos resultados obtidos na literatura. Nestes, atribuem aos homens um maior distanciamento da clientela devido a fatores também culturais, tendo em vista que é cobrada do homem uma postura mais direta, menos emocional e que não expõe seus sentimentos. As mulheres são associadas a comportamentos emocionais positivos, tais como simpatia e afabilidade (Powell, 1999). Normalmente, as organizações e clientela possuem expectativas implícitas ou explícitas sobre o comportamento emocional de cada profissão. O trabalho emocional exige estratégias psicológicas para regulamentar essas demandas. Pode-se pensar que essa pressão institucional e social, mesmo sendo menor nos homens, ocasiona uma cobrança individual que, ao não ser alcançada pelas diversas condições de trabalho, gera distanciamento e afastamento nas relações interpessoais como forma de evitar o sofrimento e frustração. Na profissão de enfermagem, a proximidade com o paciente é paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que sabe que necessita interagir, busca ignorar ou abandonar essa relação, levando-o a problemas de ambiguidade moral (Peter & Liaschenko, 2004). Por conseguinte, surge o sentimento de insatisfação e não realização profissional, sentimentos que levam o profissional a questionar sua profissão com o pensamento recorrente de abandonar a mesma (Lee & Ashforth, 1996; Silva & Carlotto, 2008; Faller, Gates, Georges & Connelly, 2011). Estes, ao se depararem com um mercado restritivo, continuam trabalhando, no entanto muito abaixo do seu potencial (Cherniss, 1995; Maslach & Goldberg, 1998).

Os participantes casados revelam maior exaustão e despersonalização, bem como menor realização profissional. Esse resultado também foi identificado em estudo desenvolvido por Santos, Alves e Rodrigues (2009). As pressões provenientes dos papéis desenvolvidos pelos trabalhadores, geralmente, ocasionam conflitos em virtude da incompatibilidade entre família e trabalho em algum aspecto (Čudina-Obradović & Obradović, 2009). Estudo realizado pelos autores revelou associação entre carga horária, realização de horas extras, qualidade da relação conjugal e estresse ocupacional. A qualidade do casamento possui impacto positivo sobre a saúde. A relação conjugal é um importante mediador de situações

estressoras, sendo investigada, nos estudos de Burnout, como apoio social (Pines, Aronson & Kafry, 1981). Pode-se supor que os profissionais casados não estejam recebendo o devido apoio por parte do cônjuge, tal fato podendo estar vinculado à organização do trabalhador de enfermagem que, não raras vezes, torna-se incompatível com a do seu marido/esposa. Determinadas características de um cargo, como trabalho à noite e/ou turnos e finais de semana, relacionam-se ao Burnout com implicações para a vida social e familiar (Mallmann, Palazzo, Carlotto & Aerts, 2009).

Participantes com filhos apresentam maior despersonalização e menor realização no trabalho. Resultado semelhante foi identificado por Shanafelt et al. (2009) e Santos, Alves e Rodrigues (2009). Embora este resultado se contrapõha ao referido na literatura, que pontua que trabalhadores com filhos teriam maior desenvoltura e maturidade para lidar com pessoas e, portanto, teriam menor probabilidade de desenvolver Burnout, pode-se pensar sobre o resultado obtido, no presente estudo, a partir de outra perspectiva, a qual foi apontada em estudo realizado com enfermeiras, por Spíndola (2000). Neste, as enfermeiras que possuíam filhos relatavam ressentimentos em não poder acompanhar o crescimento/amadurecimento dos filhos. Acompanhar este processo era avaliado como essencial do ponto de vista da vida afetiva das mulheres. A organização do trabalho do profissional, muitas vezes, por turnos, escalas e plantões em finais de semana, dificulta a relação com os filhos, principalmente, quando esses são menores. Referem também que a situação se complica quando dependem de terceiros para o cuidado dos filhos, o que torna oneroso, fazendo com que, por vezes, questionem o retorno após licença-gestante ou a manutenção de sua atividade profissional.

A faixa etária de 18 a 30 anos apresentou maior exaustão, convergindo com outros estudos realizados (Bontempo, 1999; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Shanafelt et al., 2009; Xie, Wang & Chen, 2011). Estudo desenvolvido por Maslach e Jackson (1986) identificou escores mais altos em trabalhadores jovens, abaixo de 30 anos. Profissionais jovens costumam apresentar maiores níveis de SB (Cherniss, 1980), pois precisam aprender a lidar com as demandas do trabalho (Maslach, 1982). Comumente, iniciam sua vida profissional vivenciando uma etapa de

idealismo e entusiasmo (Edelwich & Brodsky, 1980), fase inicial, em que o indivíduo possui alto nível de energia para o trabalho, expectativas pouco realísticas sobre o mesmo e ainda não sabe o que pode alcançar com ele. As expectativas mais comuns, nesta fase, são em relação ao próprio cliente, ou seja, predomina a ideia de que o cuidado prestado alterará definitivamente o curso da vida do cliente. Há uma supervalorização da importância do profissional, de sua capacidade, não havendo reconhecimento de que limites internos e externos influenciariam o serviço prestado ao cliente. Cherniss (1980) identifica quatro fatores que contribuem para que profissionais jovens desenvolvam a síndrome: sentimentos nobres com relação às mudanças sociais, poucas habilidades e recursos, treinamento inadequado e falta de consciência sobre o problema de Burnout.

Trabalhadores que possuem entre 6 e 10 anos de experiência apresentam maior exaustão. Santos, Alves e Rodrigues (2009) identificaram maior ocorrência de Burnout em enfermeiros que possuíam experiência de trabalho, na faixa de 6 a 15 anos. Após um tempo maior de atuação na profissão, o profissional pode entrar em um período de sensibilização, tornando-se mais vulnerável. Essa sensibilização deve-se ao fato de que, após esse tempo de exercício profissional, já houve a transição das expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática cotidiana, visualizando-se que as recompensas pessoais, profissionais e econômicas não são as mesmas daquelas esperadas (Albaladejo et al., 2004). Profissionais que possuem altas discrepâncias entre suas expectativas de desenvolvimento profissional e aspectos reais de seu trabalho apresentam maiores níveis de Burnout (Cordes & Dougherty, 1993). Muitos profissionais, em início de carreira, apresentam um forte senso de comprometimento e sacrifício. Estão intrinsecamente motivados e, para eles, esta é a maior gratificação. À medida que as demandas do trabalho e as interações com outras pessoas, sejam elas clientes ou colegas, intensificam-se, muitos trabalhadores costumam isolá-los e diminuir seu nível de comprometimento (Cherniss, 1980). No lugar do entusiasmo e idealismo profissional, a pessoa passa a evitar desafios e clientes sempre que possível e tenta, acima de tudo, não arriscar a segurança do posto de trabalho, pois acredita que, mesmo de forma inadequada, possui compensações (salário) que justificam a perda da satisfação no trabalho (Edelwich & Brodsky, 1980). Burnout ocorre quando existe desequilíbrio entre o que os trabalhadores sentem que estão oferecendo em termos de trabalho e o que estão

recebendo (Cherniss, 1980). Quando seus esforços são persistentemente frustrados, começam a pensar mais em seus interesses e menos nos dos outros. Ao perderem seu idealismo, adotam metas de trabalho mais modestas para reduzir seu sentimento de fracasso, podendo então voltar a sentir-se mais competente (Cherniss, 1995).

Os profissionais da saúde têm uma carga adicional de competências interpessoais, além das condições inerentes ao exercício profissional. As dificuldades estruturais são retratadas no cotidiano da sociedade brasileira, principalmente no que concerne à visão do usuário, mas também afetam os profissionais de saúde, visto que eles são obrigados a conviver com tais dificuldades e, muitas vezes, até serem responsabilizados pelas mesmas (Borges, Argolo & Baker, 2006). O contato com o outro é restrito ao mínimo necessário, por ser potencialmente carregado de sentimentos (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007).

Os que trabalham de 20 a 30 horas semanais possuem maior exaustão, despersonalização e menor sentimento de realização profissional quando comparados aos que trabalham 40 horas. Desse contexto, pode-se hipotetizar que este trabalhador atue também em outra instituição, situação bastante comum em técnicos de enfermagem. O achatamento de salários agrava a situação, obrigando os profissionais a terem mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005). Estudo realizado por Borges, Argolo e Baker (2006) detectou que quanto menor era a renda do profissional maior era a tendência a apresentar comportamentos de indiferença, desumanização e ceticismo nas relações com o usuário e colegas de trabalho. Os sujeitos que trabalhavam em outra instituição possuíam maior despersonalização, sugerindo, neste caso, uma questão relacionada à sobrecarga. O profissional, ao atuar em outra instituição, além de ter aumentado o número de pacientes, precisa lidar com outras normas, chefia e colegas de trabalho. Um horário menor implica em não acompanhar todo o processo de trabalho. Cornelius e Carlotto (2008), em seu estudo, identificaram que a elevação da carga horária destinada ao local de trabalho aumentava a Realização Profissional, podendo este resultado sinalizar que um maior tempo de dedicação à execução da atividade permite um maior envolvimento do indivíduo para com seu

trabalho, tornando-o mais gratificante, pois, provavelmente, em uma jornada mais extensa, o profissional consegue ter retorno dos cuidados e esforços empreendidos.

As pessoas, segundo Maslach e Leiter (1997), procuram, em seu trabalho, oportunidades para aplicar suas habilidades, para pensar e resolver problemas, tendo entendimento e conhecimento do processo de trabalho como um todo, ou seja, do início até os resultados pelos quais também foi responsável. A despersonalização pode ser decorrente do atual sistema hospitalar, que prioriza aspectos econômicos em detrimento das necessidades de sua clientela interna e externa. Esta cultura induz o afastamento do afeto, o qual deve existir, nas relações de trabalho que envolvem o cuidado, para que as atividades sejam realizadas de forma objetiva. O cotidiano de trabalho, permeado pela constante pressão temporal, não favorece ao profissional a reflexão sobre a sua prática. Assim, ao desenvolver a ação ou tarefa como ato mecânico e automático, não reconhece no indivíduo que recebe os cuidados um sujeito de direito (Borges, Lima & Almeida, 2008). A cisão entre afeto e trabalho nasce a partir das dimensões demarcadas pelo capital, fortemente observada no cotidiano dos trabalhadores da área da saúde, especialmente para a enfermagem (Santos, Alves & Rodrigues, 2009). A serialidade do trabalho contribui para o não-envolvimento do profissional – seja com o paciente, seja com o familiar e/ou com o colega de trabalho. O que predomina é a tentativa de não haver estabelecimento de laços afetivos de nenhuma espécie (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007). Essas questões, além da exaustão emocional e do distanciamento, rompem com o compromisso profissional do trabalhador, gerando conflitos que terminam por levá-lo à desistência psicológica ou real da sua profissão. Assim, sugerem-se intervenções que trabalhem expectativas realísticas no tocante à profissão, treinamento de habilidades sociais e estratégias de enfrentamento saudáveis para lidar com estressores profissionais e grupos de reflexão sobre a relação trabalho-família.

Conclusão

Sumariando os resultados apresentados, identifica-se no grupo de participantes do estudo um perfil de risco constituído por profissionais do sexo

feminino, casados, com filhos, na faixa etária de 18 a 30 anos, que trabalham de 20 a 30 horas semanais e que possuem entre 6 e 10 anos de experiência. Quanto ao processo de Burnout, cogita-se a possibilidade de seu desenvolvimento estar sendo contido pela dimensão de realização profissional.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na análise de seus resultados e conclusões. A primeira é que o estudo tem delineamento transversal, o que impede conclusões em termos de causalidade. A segunda diz respeito ao tipo de amostra, uma vez que a investigada é não-probabilística, não sendo, portanto, passível de generalizações para outras instituições ou profissionais. A terceira refere-se ao efeito do trabalhador sadio, questão peculiar em estudos transversais quanto à epidemiologia ocupacional que, muitas vezes, exclui o possível doente (McMichael, 1976). Essa é uma situação que pode subestimar o tamanho dos riscos identificados, porque os mais afetados não conseguem manter-se no emprego, afastando-se por licenças para tratamento de saúde. A quarta é que foram utilizadas apenas medidas de autorrelato, o que pode ocasionar algum viés devido à desejabilidade social que algumas questões abordam, no caso deste estudo, as questões relacionadas à dimensão de despersonalização, pois é difícil para o profissional admitir que se distancie e trate de forma impessoal seus pacientes. Certamente, há necessidade de aprofundamento dos resultados identificados. Portanto, sugere-se a realização de novos estudos, com ampliação das variáveis investigadas, principalmente laborais e psicossociais. Assim, ao ampliar o conhecimento sobre Burnout em técnicos de enfermagem, categoria ainda pouco contemplada nos estudos de Burnout no Brasil, busca-se formas de auxiliar os mesmos na prevenção desse tipo de adoecimento ocupacional. Nessa perspectiva, visa-se ao retorno das relações pautadas na horizontalidade e escuta que podem produzir vínculos (Pereira et al., 2009), gerando, assim, melhor qualidade de vida para o profissional, pacientes, equipes e instituições hospitalares.

Referências

- Albaladejo et al. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Avellar, L.Z., Iglesias, A., & Valverde, P. V. (2007). Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), 475-481.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (1), 34-43.
- Borges, M. da S., Lima, D., Almeida, Â. M. de O. (2008). Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 19(4), 333-342.
- Ministério da Saúde (2001). *Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.
- Carboni, R. M. & Nogueira, V. de O. (2006). Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional. *Revista Paulista de Enfermagem*, 25(2), 117-22.
- Cebrià-Andreu, J. (2005). El síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 470-470.
- Cherniss C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York: Routledge.
- Chipas, A., & McKenna, D. (2011). Stress and Burnout in Nurse Anesthesia. *AANA Journal*, 79(2). Disponível em: www.aana.com/aanajournalonline.aspx
- Colliére, M. F. (2003). *Cuidar: a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Cornelius, A., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco*, 1(1), 15-27.
- Costa, F. M. da, Vieira, M. A., & Sena, R. R. de (2009). Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 38-44.

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping profession*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida. Negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um Hospital Escola. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(4), 517-25.
- Faller, M. S., Gates, M. G., Georges, J. M., & Connelly, C. D. (2011). Work-related burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses. *Journal of Nursing Administration*, 41(2), 71-77.
- Gil-Monte, P. (2002) Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, 3-10.
- Gлина, D. M. R., Rocha, L. E., Batista, M. L., & Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 607-616.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Ondrack, M. (2008). A gender-role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology*, 39(1), 5-27.
- Hansen, N. Sverke, M., & Näswal, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 95-106.
- Kirchhof, A. L. C. et al. (2009). Condições de trabalho e características sóciodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto – Enfermagem*, 18(2), 215-223.
- Josephson, M., Lindberg, P., Voss, M., Alfredsson, L., Vingård, E. (2009). Employment and sickness absence. The same factors influence Job turnover and long spells of sick leave – a 3 year follow – up of Swedish nurses. *European Journal of Public Health*, 18(4), 380-385.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal Palliative Care*, 14, 38-44.
- Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: Uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 18(2), 83-93.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339.

Magalhães, Z. R. et al. (2006). Algumas considerações acerca do processo de viver humano de técnicos(as) de enfermagem recém-admitidos(as) em um hospital escola. *Texto Contexto – Enfermagem*, 15, 39-47.

Mallmann, C. S., Palazzo, L. S., Carlotto, M. S., & Aerts, D. R. G de C. (2009). Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 69-82.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.

McMichael, A. J. (1976). Standardized mortality ratios and the healthy worker effect: scratching beneath the surface. *Journal Occupational Medical*, 18, 165-168.

Ministério da Saúde (1997). Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução CNS 196/196. Brasília: Brasil.

Murofuse, N. T., Abrantes, S. S., & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), 255-61.

Oliveira, D. C., Vidal, C. R. P. M. Silveira, L. C., & Silva, L. M. S. da. (2009). O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Revista de Enfermagem - UERJ*, 17(4), 521-526.

Önde, C., & Basim, N. (2008). Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 514-523.

Pando et al. (2004). *Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio*. Disponível em: <http://www.uv.mx/psicysalud/numero12/estresse.html>. Acessado em 15.11.2005.

Pereira, M. J. B. et al. (2009). A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 771-777.

Peter, E, & Liaschenko J. (2004). Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry*, 11(4), 218-225.

- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Macmillan.
- Pitta, A. (1990). *Dor e morte como ofício*. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Powell, G. N. (1999). *Handbook of gender and work*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ríos-Castillo, J. L. de los, Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, M., & Ávila-Rojas, T. (2007). Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(5), 493-502.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista SBPH*, 8(2), 1-15.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Santos, F. E. dos, Alves, J. A., & Rodrigues, A. B. (2009). Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Einstein*, 7(1), 58-63.
- Shanafelt, T. D. et al. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery*, 250(3), 463-471.
- Shaufeli, W. B., Leiter, P. L., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3) 204-220.
- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Silva, J. L. L. da, & Melo, E.C.P. de (2006). Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 2(2), 16-18.
- Silva, T. D. da, & Carlotto, M. S. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista da SBPH*, 11(1), 113-130.
- Silva, P.V. de, Hewage, C.G., & Fonseka, P. (2009). Burnout: Occupational health problem. *Galle Medical Journal*, 14(1), 52-55.
- Spíndola, T. (2000). Mulher, mãe e...trabalhadora de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(4), 354-61.
- Tamayo, R. M. (1997). *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia.

Woods, P. (1999). Intensification and stress in teaching. In: R. Vanderbergue & M. A. Huberman. *Understanding and preventing teacher burnout: A source book of international practice and research* (pp.115-138). Cambridge: Cambridge University.

Wu, H., Chi, T.S., Chen, L., Wang, L., & Jin, Y.P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: Crosssectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 627–34.

Wu, S-Y, Li, H-Y, Tian, J., Zhu, W., Li, J., & Wang, X-R. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Industrial Health*, 49, 158-165.