**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

**ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO STRESS E *BURNOUT*
ENTRE ENFERMEIROS HOSPITALARES**

ELIANE DA SILVA GRAZZIANO

**São Paulo
2008**

Eliane da Silva Grazziano

**ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO STRESS E *BURNOUT*
ENTRE ENFERMEIROS HOSPITALARES**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para a obtenção do título de
Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do
Adulto

Orientadora: Prof^a Dr^a Estela Regina
Ferraz Bianchi

**São Paulo
2008**

Nome: Eliane da Silva Grazziano

Título: Estratégia para redução do stress e *Burnout* entre enfermeiros hospitalares.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Profº Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profº Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profº Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profº Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho ao meu amado esposo Francisco de Paulo
Grazziano e aos nossos Raphael e Gustavo
e com carinho a todos os enfermeiros.*

Agradecimentos

Considero que todo o trabalho é uma construção conjunta; não conseguimos chegar a nenhum lugar sozinhos. Somos apenas instrumentos para materializá-lo, pois todos os que fazem parte de nossas vidas possuem um papel, maior ou menor, na construção do nosso conhecimento. São várias as pessoas a quem devo agradecer, entretanto alguns contribuíram diretamente para que o presente estudo se materializasse. Dentre eles, destaco:

Prof^{ta} Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi que mais uma vez demonstrou sua competência ao ensinar, sua confiança ao me propor desafios, sua assertividade ao expor os meus equívocos, sua compreensão em entender os meus limites e o seu carinho e amizade nos momentos em que a vida me pôs à prova. Muito obrigada; teria sido muito mais difícil sem a sua ajuda.

Tânia Barison e Débora Montezello, Diretoras Assistenciais, que ofereceram a oportunidade da realização desta pesquisa em suas instituições acreditando no benefício futuro para sua equipe. Para mim o apoio de vocês foi imprescindível; para seus enfermeiros, sempre será!

Enfermeira Nilsa Mara de Arruda Yamanaka pelo carinho, companheirismo e auxílio irrestrito para que a pesquisa fosse efetivada e pela sua busca na melhoria contínua para o trabalho da equipe de enfermagem em sua instituição e a todos os seus enfermeiros.

Enfermeira Prof^{ta} Allison S.C. Villas Boas, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e a Prof^{ta} Gisele Puerta Nogueira, pelo apoio incondicional e na liberação de minhas atividades como docente durante o período do Doutorado e a todos os colegas da universidade. Obrigada pelo carinho.

Enfermeira Prof^{ta} Denise A.C. Lorencette, coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo e as coordenadoras adjuntas, Prof^{ta} Lilian Cadah, Prof^{ta} Maria Inês Nunes, Prof^{ta} Thaís Fortes Lorenzetti e a todos os colegas do Centro Universitário São Camilo. Obrigada pelo apoio, por me liberar temporariamente de minhas atividades e por torcerem por mim!

Profª Drª Eutália pela sua contribuição na análise estatística e seu empenho e profissionalismo em obter a melhor análise dos resultados.

Srª Nadir, Andréia e Sônia da Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo auxílio na revisão das referências bibliográficas e pela solicitude.

Helena Tieko e Ieda Regina Stavarengo, responsáveis pela Secretaria de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela atenção e cordialidade sempre presente nos seus atendimentos.

Dorinha, secretária do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP, pela sua simpatia, paciência e presteza para com os alunos e professores.

A todos os docentes de enfermagem, que acreditam e amam o que fazem; por favor, não desistam!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Francisco de Paulo Grazziano, meu esposo, que mais uma vez demonstrou seu companheirismo, participando de todas as fases da pesquisa com carinho e paciência, me apoiando incondicionalmente. Paulo, tudo foi e é por você! Meu amor eterno.

Ao meu irmão Vagner C. da Silva e minha cunhada Alessandra Cavalcante, pelo apoio, amor e contribuição na revisão gramatical.

As colegas Andriana Pedrollo, Ana Lúcia Siqueira, Aparecida de Cássia G. Peniche, Claudete Aparecida Conz, Gisele Puerta Nogueira, Maria Inês Salati, Nilza Mara, Rosana Russo P. Bianco, Rita de Cássia B.O. Leite, Soraya Palazzo, Sebastião Cezar, pela amizade, carinho e apoio. Obrigada por terem compartilhado todos estes momentos comigo.

A Enfª Srª Lore Cecília Marx na qual me inspirei como modelo de enfermeira e gestora, desde que a conheci e, que mesmo sem ter consciência, contribuiu de maneira ímpar na minha formação. Obrigada.

Sucesso

Rir muito e com freqüência; ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afeto das crianças; merecer a consideração de críticos honestos e suportar a traição de falsos amigos; apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros; deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social; saber que ao menos uma vida respirou mais fácil por que você viveu. Isso é ter tido sucesso.

Ralph Waldo Emerson

RESUMO

Grazziano ES. Estratégia para Redução do Stress e *Burnout* entre Enfermeiros Hospitalares. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008; 232p.

Este estudo teve como objetivo apresentar uma estratégia para redução do *burnout* entre enfermeiros hospitalares em dois hospitais na cidade de São Paulo, Brasil, antes e após a aplicação de um treinamento cognitivo-comportamental, utilizando a técnica de inoculação de stress. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional com abordagem quantitativa. Na coleta de dados foram utilizados: *Maslach Burnout Inventory* (MIB), instrumento de percepção e sinais e sintomas de stress, caracterização sócio-demográfica dos participantes e convite para participação no treinamento. Dos 145 questionários entregues 114 (78,62%) foram devolvidos; destes 111 (97,36%) enfermeiros indicaram interesse em participar do treinamento, entretanto somente 32 (28,82%) participaram. O treinamento foi ministrado com carga horária total de 12 horas abordando conceitos de stress, *burnout*, coping e comunicação interpessoal nas próprias instituições e dentro dos horários de trabalho dos enfermeiros. A análise dos resultados permitiu concluir que o nível de *burnout* foi considerado entre baixo / moderado para a amostra total (n=111). Para grupo não participante do treinamento (n=79) o maior número de associações positivas e significantes foram nos domínios desgaste emocional e despersonalização. Os níveis de *burnout* pré e pós-treinamento não sofreram alteração significativa para o grupo treinamento (n=32) e as associações foram positivas e significantes para o domínio incompetência profissional. A maioria dos participantes (21 – 65,80%) avaliou o treinamento como ótimo; ser aplicável na vida pessoal, no ambiente de trabalho, na interação com clientes, pacientes e na interação com demais profissionais e colegas. A justificativa de não participação dos demais enfermeiros foi a ausência de substituto nos horários dos treinamentos. Conclui-se que a estratégia foi eficiente na sensibilização dos enfermeiros para a problemática e demonstrou ser mais eficaz para redução de escores nos domínios despersonalização e incompetência profissional para esta amostra.

Palavras-chave: stress ocupacional; *burnout*; intervenção; inoculação de stress; enfermeiro; enfermagem; esgotamento profissional, estresse, adaptação psicológica.

ABSTRACT

Grazziano, ES A strategy to reduce stress and burnout among hospital nurses [thesis] São Paulo (Br): Nursing School of São Paulo University; 2008.

Stress and burnout was recognized at an occupational risk by cause many health and mental problems besides to raise the absenteeism, turnover, and intent to leave among nurse staff around in the world. Burnout is a psychological syndrome with three component conceptualization: emotional exhaustion, depersonalize and diminished personal accomplishment. The burnout reduces the job performances due to job dissatisfaction and forecast of future nurse shortage; in Brazil the problem is the same. The purpose of this study is present the results of a stress management intervention and analyze this impact in a hospital nurse staff. Objectives: To describe a stress intervention using inoculation stress program to reduce the stress and burnout among nurse staff in two hospitals in Brazil and analyze their results. Design: This exploratory descriptive, of quantitative boarding study was developed in two hospitals in São Paulo, Brazil during 2007-2008. A hundred and ten nurses (n=111) participated of the collect data but only 32 nurses concluded the intervention. The data were collected by MIB (Maslach Inventory Burnout), a perceived stress questionnaire (before and pos intervention) and assessment instruments (after intervention) design by the author. At the end of the course an instrument to justified not participation was applied to nurses. The intervention was applied to all groups (four) during job time for six weeks with two hours weekly and the effect size was estimated by Reliable Change Index (RCI). Results: The majority nurses was a low / moderate burnout at the pre and post test; was a positive correlation between perceived stress, depression, anger, smoke compulsion and interesting to participated of the course and diminished personal accomplishment (odds-ratio 2,463). The association between diminished personal accomplishment and sex was positive for male (odd-ratio 5,051). The RCI was positive to 9,4%, for emotional exhaustion, 21,9% for depersonalization and 15,6% for diminished personal accomplishment. Conclusion: The low and moderate degree of burnout found confirm the results of others studies, however the results of RCI and the nurses opinion about the intervention had demonstrated the importance to conduce researches to investigated the reasons why some nurses are burned out while others working at the same environments are not. The educational intervention demonstrated is useful to alert the nurses about the syndrome and offer some strategies to cope with job stressors.

Key words: stress management; nurses; burnout; occupational stress; educational intervention.

RESUMEN

Grazziano ES. Estrategia para reducir el estrés y burnout entre los enfermeros clínicos. [tesis] São Paulo: Escuela de Enfermería del Universidad de São Paulo, 2008; 232p.

Esta investigación tuvo como objetivo proponer una estrategia para reducir el Síndrome de Burnout entre enfermeros clínicos de dos hospitales en la ciudad de São Paulo – Brasil, antes y después de realizar un entrenamiento cognitivo comportamental, utilizando la técnica de inoculación de estrés. Es un estudio descriptivo, correlacional con diseño metodológico de carácter cuantitativo. Para recolectar las informaciones fueron utilizados: Maslach Burnout Inventory (MIB), instrumento de percepción, señales y síntomas de estrés; determinación de las características sócio-demográficas de los profesionales y invitación para participar del entrenamiento cognitivo comportamental. De las 145 encuestas que fueron distribuidas entre los enfermeros, 114 (78,62%) fueron respondidas; de este total, 111 (97,36%) mostraron interés en participar del entrenamiento, sin embargo, solamente 32 (28,82%) participaron. El entrenamiento fue realizado durante 12 horas, en las cuales fueron discutidos los conceptos de estrés, burnout, coping y comunicación interpersonal en la institución de salud y durante las jornadas de trabajo. Al analizar los resultados fue verificado un nivel de Burnout bajo/moderado en la muestra estudiada (n=111). En el grupo que no participó de la capacitación (n=79), el mayor número de asociaciones positivas y significativas fue en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Los niveles de Burnout presentes antes y después del entrenamiento, en el grupo que participó de la capacitación (n=32), no presentaron modificaciones significativas. En ese grupo, las asociaciones fueron positivas y significativas en la dimensión falta de realización personal en el trabajo. La mayoría de los profesionales (21 – 65,80%) evaluó el entrenamiento como óptimo por ser aplicable en la vida personal, en el ambiente de trabajo, en la interacción con los clientes, pacientes y en la interacción con los otros profesionales y colegas. El motivo alegado para no participar de las capacitaciones fue no tener un remplazo durante el horario en que estas ocurrieron. A partir de los resultados obtenidos puede ser concluido que la estrategia fue eficiente en la sensibilización de los enfermeros sobre el problema y fue eficaz en reducir la puntuación en las dimensiones de despersonalización y falta de realización personal en el trabajo en el grupo estudiado.

Palabras clave: estrés laboral; síndrome de burnout, inoculación de estrés; enfermeras; enfermería; agotamiento profesional; satisfacción en el trabajo; ajuste psicológico.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização das Estratégias de Coping segundo modelo de Folkman e Lazarus, São Paulo - 2008.....	31
Quadro 2	Fatores que influenciam a satisfação e insatisfação no trabalho de enfermeiras hospitalares segundo McNeese-Smith (1999), São Paulo – 2008.....	67
Quadro 3	Confiabilidade do Maslach Inventory Burnout em estudos realizados, segundo Benevides-Pereira (2002).....	97
Quadro 4	Confiabilidade do Maslach Inventory Burnout para o grupo não participante (n=79) e participante do treinamento (n=32), São Paulo, 2008.....	98
Quadro 5	Interpretação da reprodutibilidade de um estudo segundo o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), São Paulo-2008.....	105
Quadro 6	Interpretação do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> ., São Paulo, 2008.....	106
Quadro 7	Distribuição dos enfermeiros segundo a especialização, São Paulo, 2008.....	116
Quadro 8	Resultados da análise de significância clínica para os três domínios do MIB após o curso do grupo treinamento, São Paulo – 2008.....	141
Quadro 9	Avaliação do treinamento sobre stress pelos participantes, São Paulo – 2008.....	142
Quadro 10	Aplicabilidade dos conceitos e estratégias apresentados no treinamento, na vida pessoal e profissional segundo os participantes, São Paulo – 2008.....	143
Quadro 11	Apresentação das respostas às questões abertas da avaliação do treinamento pelos enfermeiros, São Paulo – 2008.....	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes do estudo (n=111), segundo as características demográficas para o grupo treinamento e o grupo não participante do treinamento, São Paulo - 2008.....	112
Tabela 2	Distribuição da população do estudo (n=111) segundo a idade, tempo de formação e atuação profissional, São Paulo - 2008.....	113
Tabela 3	Medidas de tendência central segundo a idade, tempo de formação e na atuação profissional para a população do estudo (n=111), São Paulo – 2008.....	113
Tabela 4	Distribuição da população do estudo, segundo as características sócio-ocupacionais, São Paulo - 2008.....	114
Tabela 5	Distribuição dos enfermeiros, segundo as áreas de atuação nos hospitais, São Paulo – 2008.....	115
Tabela 6	Distribuição dos enfermeiros quanto à percepção de stress e condições mais freqüentes enfrentadas durante seu trabalho, São Paulo – 2008.....	118
Tabela 7	Distribuição dos escores do MIB para os enfermeiros não participantes do treinamento, São Paulo – 2008.....	119
Tabela 8	Medidas de tendência central dos domínios do Maslach Inventory Burnout para a população do estudo (n=111), São Paulo – 2008.....	120
Tabela 9	Distribuição dos enfermeiros do grupo treinamento segundo as dimensões do MIB, São Paulo – 2008.....	121
Tabela 10	Medidas de tendência central dos domínios do Maslach Inventory Burnout no pré e pós-treinamento (n=32), São Paulo – 2008.....	122
Tabela 11	Associação entre sinais e sintomas de stress e participação no treinamento, São Paulo – 2008.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Influência da organização do trabalho no desenvolvimento do stress e na geração de conflitos, São Paulo - 2008.....	72
Figura 2	Diagrama da operacionalização da coleta de dados. São Paulo - 2008.....	103
Figura 3	Escore das três dimensões do <i>burnout</i> no grupo que não participou do treinamento (n=79), São Paulo – 2008.....	120
Figura 4	Gráfico de dispersão da correlação de concordância no domínio desgaste emocional entre o pré e pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	128
Figura 5	Gráfico de dispersão da correlação de concordância no domínio despersonalização entre o pré e pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	129
Figura 6	Representação gráfica da correlação de concordância no domínio incompetência profissional entre o pré e pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	130
Figura 7	Gráfico de dispersão do RCI para a dimensão desgaste emocional no pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	132
Figura 8	Representação gráfica do RCI para a dimensão DE do MIB nas avaliações do pré e pós-teste, São Paulo – 2008.....	133
Figura 9	Gráfico de dispersão para a dimensão despersonalização do <i>Burnout</i> nas avaliações pré e pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	135
Figura 10	Gráfico de dispersão da dimensão DP do MIB nas avaliações do pré e pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	136
Figura 11	Gráfico de dispersão do RCI para a dimensão INP do <i>Burnout</i> nas avaliações pré e pós-treinamento, São Paulo – 2008.....	138
Figura 12	Gráfico de significância clínica para a dimensão INP do MIB nas avaliações pré e pós-treinamento, São Paulo - 2008.....	139
Figura 13	Justificativas dos enfermeiros para não participação no treinamento, São Paulo – 2008.....	146

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
Justificativa do estudo.....	21
OBJETIVOS.....	25
Geral.....	25
Específicos.....	25
1 REFERENCIAL TEÓRICO – O BURNOUT	26
1.1 Conceito de <i>burnout</i>	32
1.2 Fatores de risco para o desenvolvimento do <i>burnout</i>	36
1.2.1 Dimensão organizacional.....	36
1.2.2 Dimensão pessoal.....	39
1.2.3 Dimensão do trabalho.....	43
1.3 Impacto do <i>burnout</i> para o indivíduo e organização hospitalar.....	48
2 O BURNOUT E A ENFERMAGEM.....	54
2.1 O processo de trabalho na enfermagem.....	54
2.2 Estressores ocupacionais no trabalho do enfermeiro.....	61
2.3 <i>Burnout</i> , insatisfação do enfermeiro e qualidade do cuidado.....	65
3 PROGRAMAS PARA O CONTROLE DO STRESS OCUPACIONAL E DO BURNOUT.....	72
3.1 Programas para redução do stress e <i>burnout</i>	75
3.1.1 Eficácia das intervenções para controle do stress ocupacional e <i>burnout</i>	76
3.1.2 Estratégias com foco no indivíduo.....	79
3.1.3 Estratégias focadas no ambiente organizacional.....	83
3.2 Inoculação de stress.....	86
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	91
4.1 Delineamento do estudo.....	91
4.2 Campo do estudo.....	91
4.3 População e amostra.....	92
4.4 Instrumentos.....	93
4.4.1 Instrumento para caracterização da instituição.....	94
4.4.2 Instrumento de identificação do Participante.....	94
4.4.3 <i>Maslach Inventory Burnout</i> – MIB.....	95
4.4.4 Instrumento de percepção de stress e interesse na participação no treinamento.....	98

4.4.5 Instrumento de avaliação da intervenção.....	99
4.4.6 Instrumento de avaliação de não participação no treinamento.....	100
4.5 Procedimentos éticos em pesquisa.....	100
4.6 Operacionalização da coleta de dados.....	100
4.7 Análise dos dados e tratamento estatístico.....	104
4.7.1 Análise descritiva das variáveis.....	104
4.7.2 Análise de confiabilidade do teste-reteste.....	104
4.7.3 Medidas de associação nas tabelas de contingência.....	106
4.7.4 Medidas de magnitude de efeito (effect size).....	107
4.8 Apresentação dos dados.....	110
5 RESULTADOS.....	111
5.1 Caracterização sócio-demográfica da população do estudo.....	111
5.2 Análise descritiva dos dados sobre percepção da presença de stress, condições (sinais e sintomas) de stress percebido e interesse na participação treinamento.....	117
5.3 Apresentação dos resultados dos escores nas dimensões do <i>burnout</i>	119
5.4 Associação entre percepção individual de stress e participação no treinamento.....	122
5.5 Associação entre participação no treinamento e as variáveis sócio- demográficas.....	123
5.6 Análise da associação entre classificação dos escores de <i>burnout</i> em cada dimensão (baixo / moderado e alto) e participação ou não no treinamento.....	124
5.7 Análise da associação entre classificação dos Escores de <i>burnout</i> em cada dimensão (baixo / moderado e alto) e as variáveis sócio-demográficas.....	124
5.7.1 Associação entre as variáveis sócio-demográficas e o domínio desgaste emocional (DE).....	124
5.7.2 Associação entre variáveis sócio-demográficas e domínio despersonalização (DP).....	125
5.7.3 Associação entre variáveis sócio-demográficas e o domínio incompetência profissional (INP).....	126
5.8 Análise de correlação de <i>Spearman</i> para os três domínios do MIB.....	127
5.9 Análise de concordância pelo coeficiente de concordância de <i>Lin</i> nos três domínios do MIB.....	127
5.9.1 Análise da correlação de concordância de <i>LIn</i> para o domínio desgaste emocional.....	127
5.9.2 Análise da correlação de concordância de <i>LIn</i> para o domínio despersonalização.....	128
5.9.3 Análise da correlação de concordância de <i>LIn</i> para o domínio Incompetência profissional.....	129

5.10 Medidas de <i>effect size</i> (significância estatística e clínica).....	131
5.10.1 Análise da <i>effect size</i> para o domínio Desgaste Emocional.....	131
5.10.2 Análise do <i>effect size</i> no domínio Despersonalização.....	134
5.10.3 Análise do <i>effect size</i> para o domínio Incompetência Profissional.....	137
5.11 Avaliação do treinamento pelos participantes e justificativas para não participação.....	141
5.11.1 Avaliação do treinamento pelos participantes.....	142
5.11.2 Justificativa para não participação no treinamento.....	146
DISCUSSÃO.....	148
CONCLUSÕES.....	179
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
REFERÊNCIAS.....	189
ANEXOS	203
APÊNDICES.....	206

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, o desgaste físico e emocional relacionado ao trabalho pode ser considerado uma epidemia entre trabalhadores de várias profissões. As exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas vêm consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, minando seu compromisso, sua dedicação e tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e ao sucesso no trabalho (Maslach e Leiter, 1999; Cooper, 2005; Rossi, 2005).

Grande parte desta situação deve-se às modificações do processo produtivo e da economia mundial que forçaram reestruturações organizacionais, levando ao enxugamento de pessoal e, conseqüentemente, aumento da carga de trabalho, redução de ganhos, insegurança pela instabilidade no emprego, perda de benefícios diretos e indiretos aos trabalhadores (Kanter, 1997; Maslach e Leiter, 1999; Cooper, 2005).

Neste ambiente de rápidas mudanças no mundo do trabalho, a competitividade, a automação e utilização cada vez maior da tecnologia, a insegurança no emprego, a necessidade contínua de aprimoramento criam um terreno fértil para o surgimento do desgaste físico e emocional e do stress.

Faz-se oportuno ressaltar que a ausência de stress é tão maléfica quanto o seu excesso. O stress é necessário à manutenção da vida e das atividades diárias, sendo altamente benéfico quando é um estímulo à mudança, crescimento e desempenho geral do indivíduo, para a realização das atividades e satisfação das necessidades básicas, dentre elas o trabalho (Bianchi, 1999).

Porém, em níveis elevados pode ocasionar doenças físicas e mentais afetando as relações profissionais, familiares e sociais. O stress relacionado ao trabalho pode levar ao desenvolvimento de várias doenças como a hipertensão arterial, doença coronariana, além de distúrbios emocionais e psicológicos, como a ansiedade, depressão, baixa auto-estima entre outras, repercutindo diretamente no desempenho da organização ou empresa. Situações como desempenho ruim dos colaboradores,

absenteísmo, alta rotatividade e violência no local de trabalho geram perdas importantes na economia empresarial (Lipp 1996; Cox, Griffithis e Cox, 1996; Lambert V e Lambert C, 2001; Lambert V, Lambert C e Ito 2004; Maslach 2005; Rossi, 2005).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2000), os profissionais da área de saúde são altamente estressados e estudos realizados ao longo das últimas décadas têm demonstrado a relação entre stress e o trabalho em enfermagem (Claus e Bailey, 1980; Bailey, 1980; Ceslowitz, 1989; Cooper e Mitchel, 1990; Bianchi, 1990; Silva e Bianchi, 1992; Chaves, 1994; Lunardi Filho e Mazzili, 1996; Lautert, 1997; Bianchini, 1999; Bianchi, 1999; Healy e MacKay, 2000; Stacciarini e Trócolli, 2001; Judkins e Ingram, 2002; Lambert V, Lambert C e Yamase, 2003; Guido, 2003; Lin *et al*, 2004; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005; Aquino, 2005; Rosa e Carlotto, 2005; Batista, 2005; Chang *et al*, 2005).

O stress ocupacional e suas conseqüências para ambos, empregador e empregado, têm sido tema de vários estudos visando à compreensão dos mecanismos de ocorrência e de estratégias para sua redução, haja vista os custos envolvidos com o absenteísmo, redução da produtividade e licenças médicas (Judkins e Ingram, 2002).

A enfermagem é reconhecidamente um dos maiores grupos de profissionais atuantes em instituições hospitalares, e considerada pelo Health Education Authority a quarta profissão mais estressante (Cooper e Mitchel, 1990) principalmente devido às características organizacionais do seu trabalho, que favorecem o surgimento do stress ocupacional e *burnout* (Bianchi, 1990; Cole, 1992).

Dentre estas características pode-se citar o contato assistencial direto, o lidar com o sofrimento, dor e morte, as condições muitas vezes precárias de atendimento, a sobrecarga de trabalho, o trabalho fragmentado, diferentes turnos de trabalho, o gerenciamento da equipe de enfermagem, as relações conflituosas com outros profissionais, familiares e chefias dentre outros (Claus e Bailey, 1980; Bailey, 1980; Ceslowitz, 1989; Cooper e Mitchel, 1990; Silva e Bianchi, 1992; Lunardi Filho e Mazzili, 1996; Lautert, 1997; Bianchini, 1999; Healy e MacKay, 2000; Stacciarini e Trócolli, 2001;

Judkins e Ingram, 2002; Lambert V, Lambert C e Yamase, 2003; Guido, 2003, Lin *et al*, 2004; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005; Aquino, 2005; Rosa e Carlotto, 2005; Batista, 2005; Chang *et al*, 2005).

Pode-se considerar a enfermagem como uma profissão de assistência à saúde e uma prática social, sendo que o empenho na identificação dos níveis de *burnout* das enfermeiras e o desenvolvimento de estratégias para sua prevenção e redução, além de um desafio, é uma tarefa imprescindível para evitar o adoecimento mental e garantir a qualidade da assistência aos pacientes.

A literatura especializada no tema oferece várias abordagens para o gerenciamento do stress em grupos diversos de indivíduos: profissionais liberais, executivos, empresários, pacientes portadores de doenças crônicas, profissionais de saúde, professores e estudantes. De uma maneira geral, as intervenções utilizadas buscam mudar a percepção do indivíduo à situação estressante e a forma de enfrentamento, tais como as técnicas cognitivo-comportamentais. Outras estratégias são direcionadas para mudanças no processo de trabalho, focando o ambiente organizacional.

Na revisão dessa literatura, há um maior número de estudos focando o gerenciamento do stress pelo indivíduo, embora pesquisadores concordem que intervenções focadas na organização do trabalho seriam mais eficazes por reduzirem as fontes de stress ocupacional (Van der Klink *et al*, 2001; Sauter e Murphy, 2005).

Entretanto, as intervenções organizacionais são de difícil operacionalização, especialmente devido à crença nas empresas de que o empregado é culpado por sentir o stress, inábil no enfrentamento desse stress chegando a adoecer como sua decorrência (Maslach e Leiter, 1999; Cooper, 2005). Por considerar o indivíduo responsável pelo desenvolvimento da síndrome, as empresas temem que programas para melhoria da qualidade de vida dos funcionários acarretariam aumento de custo para a organização, além de reivindicações dos empregados e sindicatos para redução de carga e jornada de trabalho (Maslach e Leiter, 1999).

Pesquisadores consideram que intervenções focadas na organização, além de exigirem mudanças no processo de trabalho, que envolve abertura a pesquisadores externos, não oferecem o controle necessário para a realização de experimentos e análise científica dos resultados o que dificulta sua implementação (Kompier e Kristensen, 2003).

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Como enfermeira em início de carreira, há quase 25 anos, tive o privilégio de compor uma equipe de enfermagem conceituada nacionalmente. A instituição, da qual fiz parte durante 16 anos, oferecia uma estrutura organizacional ímpar para o desenvolvimento de seu corpo de enfermeiros. Com o apoio do superintendente da instituição que possuía o *know-how* adquirido no gerenciamento de empresas européias, a gestora de enfermagem teve garantido o apoio administrativo para colocar em prática sua visão do “fazer em enfermagem”. Esta visão consistia em oferecer à sua equipe oportunidades de crescimento com o apoio de um programa de educação continuada, suporte financeiro para participação em congressos nacionais e internacionais, formação de grupos de estudos em diversas especialidades, reuniões administrativas mensais com todos os enfermeiros, bem como reuniões periódicas com a equipe de trabalho das unidades.

Os enfermeiros atuavam em regime de horário integral, oito horas diárias, sendo que as últimas duas horas eram dedicadas à pesquisa e estudos na biblioteca da própria instituição ou em participação nas reuniões dos grupos de estudo. A maioria dos enfermeiros contratados era composta por ex-estagiários remunerados da própria instituição e originários das melhores faculdades de enfermagem de São Paulo. Ao serem contratados eram estimulados a cursar uma especialização, iniciando pelo curso de Administração Hospitalar, com apoio financeiro da instituição. Aqueles que tivessem interesse poderiam obter o mesmo auxílio financeiro (uma bolsa de até 80% sobre o custo) para aprender outro idioma, preferencialmente o inglês, ou cursar outra especialidade.

Neste ambiente promissor, de 20 e poucos enfermeiros, em

1985, passamos para quase 150, dez anos depois. Um grande avanço, considerando que a instituição em questão possuía perto de 140 leitos. Nossos salários eram motivos de discussões entre os mantenedores das instituições concorrentes e a administração era frequentemente acusada de “inflacionar o mercado de enfermeiros na cidade”. Até o final dos anos 80 os empregados, leiam-se todos e não somente as gerências, tinham participação nos lucros nos meses de superávit.

Tínhamos autonomia para gerenciar os leitos em qualquer unidade do hospital; discutámos os casos clínicos com os demais profissionais, além de possuímos autonomia nos processos decisórios, opinando sobre qualquer modificação estrutural ou organizacional e nos sentíamos como parte importante no tratamento e reabilitação dos pacientes. Tínhamos um ambiente harmônico e oportunidades de participar de atividades de recreação e lazer (prática de esportes, aulas de dança, comemoração de datas festivas dentre outras) promovidas pela associação de funcionários e pela própria instituição. Como benefícios diretos, além da adequada remuneração, com uma pequena taxa descontada em folha de pagamento o funcionário, bem como seus dependentes, podiam ser assistidos no próprio hospital nos casos de internação, além da oportunidade de uma parceria para compor um plano de previdência privada.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem também usufruíam dos mesmos benefícios e, aqueles que se destacavam, obtinham auxílio para participação em congressos nacionais e internacionais, além da bolsa para cursar o bacharelado em enfermagem. Sentíamos-nos orgulhosos de atuar naquela instituição e éramos reconhecidos como profissionais de excelência pela equipe médica e pelos clientes, embora os conflitos inerentes ao trabalho em equipe e os estressores ocupacionais estivessem presentes.

Entretanto, como a maioria das instituições em meados da década de 90, “nosso” hospital passou pela reengenharia, terceirização de serviços e modernização da gestão para se adaptar ao novo cenário econômico. Passamos, então a enfrentar os “dragões modernos” do mundo do trabalho em saúde: mercantilização, reestruturações corporativas visando à redução de custos e aumento da “qualidade de serviços” (leia-se

redução de mão de obra, enxugamento de cargos hierárquicos, programas de qualidade total, programas de creditações, auditorias internas e externas, aumento exorbitante de funções burocráticas em detrimento das assistenciais dentre outras).

Neste ambiente, a minha participação como enfermeira nas “reestruturações” se restringiu a aceitar as mudanças, muitas vezes sem uma conscientização transparente das finalidades e conseqüências das mesmas. Vivenciei a mudança no processo de trabalho: limitação da autonomia nos processos decisórios referentes à atuação profissional e um sentimento de descrença e desesperança se instalou. A ordem era rodar leitos, cumprir os horários e atender às necessidades de nossos clientes internos (nossos colegas médicos), já que são eles que nos trazem a clientela externa, além de prestar contas (inclusive das gotas de medicamentos) às empresas de seguro saúde e convênios de assistência médica.

Os salários foram congelados, os benefícios indiretos foram suprimidos, os encontros de lazer dos funcionários abolidos e nosso “poder” e autonomia foram usurpados. A pressão no tempo se instalou e os conflitos interpessoais geraram um clima de competitividade, desconfiança e falta de coleguismo. As lideranças passaram a defender exclusivamente a sua posição a qualquer custo; os que ainda acreditavam na superação das adversidades foram aos poucos desistindo e indo embora, já desgastados e alguns manifestando comprometimento de sua saúde física e mental. Não foi diferente comigo.

As mudanças são inevitáveis. Em toda a história da humanidade o movimento se faz presente; caso contrário, as inovações tecnológicas que tantos benefícios trouxeram na assistência à saúde simplesmente não existiriam. Sabe-se também que o ser humano possui uma tendência a manutenção da zona de conforto: mudar exige esforço. Por outro lado, a monotonia e a segurança não trazem desafios, não aguça a inteligência e a criatividade. Deve-se considerar, que a falta de controle sobre o próprio trabalho e a mudança no foco de atuação, do cuidado integral ao paciente para redução de custos e prestação de contas, gera um conflito de

identidade que culmina em dilemas éticos e no desgaste emocional.

Ao vivenciar este clima organizacional, deparei-me com a insatisfação no trabalho e com o passar do tempo com o stress ocupacional e o *burnout*. Infelizmente, não era a única; vários colegas relataram os mesmos sentimentos e em pouco tempo a desesperança e insatisfação com a profissão era um tema constantemente abordado entre o grupo de trabalho e nos encontros com profissionais de outras instituições que vivenciavam a mesma situação. Alguns anos depois, fiz parte das estatísticas de *turnover*.

Nesta fase, busquei compreender melhor o stress e a ansiedade que foram temas de minha dissertação de mestrado, a princípio com o paciente e seu familiar durante procedimentos de cateterização cardíaca.

A presença do stress e *burnout* entre enfermeiros já está constatada na literatura nacional e internacional. Minha indagação, entretanto, se resumiu não somente em conhecer a gênese do stress ocupacional crônico, ou *burnout*, como também buscar intervenções exeqüíveis para sua redução entre os enfermeiros. Desta forma, surgiu o interesse em desenvolver um estudo que oferecesse uma proposta de intervenção neste sentido.

Esta pesquisa buscou avaliar as respostas de um grupo de enfermeiras hospitalares a uma intervenção cognitiva visando à redução do *burnout*, utilizando como base a técnica de inoculação de stress, que será discutida posteriormente.

O *burnout* é caracterizado por três dimensões, a saber: o desgaste emocional, a despersonalização e incompetência profissional. O seu conceito, as suas dimensões, a relação com a enfermagem, o impacto individual e organizacional e as intervenções propostas para sua redução serão discutidas nos capítulos a seguir.

Este estudo justifica-se devido à importância do tema e das repercussões do *burnout* no âmbito individual e organizacional. Vários estudos foram e continuam sendo realizados com a finalidade de identificar os níveis de *burnout* em enfermeiros, sua relação com o absenteísmo, desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e abandono da profissão, entretanto estudos de intervenção em nosso meio são raros.

OBJETIVOS

GERAL

Este estudo teve como objetivo avaliar a repercussão de um programa de informação sobre stress e *burnout* como uma estratégia para redução de stress ocupacional e *burnout* entre enfermeiros hospitalares.

ESPECÍFICOS

- Identificar as características sócio-demográficas da população e da instituição do estudo.
- Descrever o *burnout* na população de enfermeiras do campo de estudo.
- Implementar um programa de informação sobre stress e *burnout* para esta população.
- Analisar o *burnout* antes e após a participação no programa de informação.
- Avaliar a opinião das enfermeiras quanto à repercussão do programa.
- Identificar os elementos facilitadores e dificultadores na implementação do programa.

1 REFERENCIAL TEÓRICO – O BURNOUT

O stress surge quando o indivíduo tem que enfrentar situações que exigem uma adaptação e podem ser interpretadas por ele como um desafio ou ameaça, por exemplo, mudança no emprego ou promoção, casamento ou divórcio, nascimento ou morte. A interpretação e a emoção causada por estes acontecimentos iniciam uma série de eventos em nível bioquímico que levarão a descargas hormonais, mediadas pelo sistema nervoso autônomo, via sistema límbico e pelo sistema nervoso central, via hipotálamo, a fim de preparar o organismo a enfrentá-las e restabelecer o equilíbrio (homeostase) (Selye, 1956).

Esse mecanismo adaptativo é fisiológico e independe do estímulo que o desencadeou, porém sua intensidade e continuidade estão intimamente relacionadas à interpretação do indivíduo sobre as perdas e ganhos advindos das mudanças, de suas características pessoais, dos recursos de enfrentamento de que dispõe no momento, do seu estado de saúde, do ambiente em que se encontra entre outros fatores (Clarke, 1984; Lipp, 1996; Lautert, Chaves e Moura, 1999; Aquino, 2005).

Quando o stress relacionado ao trabalho, ultrapassa os níveis adaptativos e cronifica-se passa a comprometer o desempenho do indivíduo nas dimensões profissional, familiar e social gerando sentimentos de frustração e inadequação podendo culminar com o abandono da profissão (Tai, Bame e Robinson, 1998).

A este processo de cronificação do stress relacionado ao trabalho dá-se o nome de *burnout* ou síndrome de *burnout*. O termo *burnout* (do inglês: *burn* = queimar, *out* = fora) é um termo que designa algo, ou alguém, que não possui mais energia, chegou ao limite de forças, não funciona mais, queimou até o fim.

Embora o primeiro estudo se referindo ao *burnout* tenha sido publicado na década de 60, por Bradley (Schaufelli, 1999), somente após as pesquisas de Freudenberg (1974) o termo *staff burn-out* despertou interesse clínico. A partir da década seguinte, Maslach e Jackson (1981) desenvolveram vários estudos que foram importantes para a difusão do

conceito de *burnout* como um desgaste físico e emocional relacionado ao trabalho.

A literatura sobre stress relacionado ao trabalho traz uma profusão de termos, a saber, *stress*, *estresse ocupacional* (em inglês, *occupational stress*), *stress profissional*, *stress laboral* (*work-related stress*, *staff burnout*), *burnout* e *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* que são utilizados para se referir ao desgaste físico e emocional sofrido pelo indivíduo devido ao trabalho (Álvares e Fernandes, 1991(a); Gil Monte e Peiró, 1997; Schaufeli, 1999; Stacciarini e Tróccoli, 2000; Van der Klink, 2001; Benevides-Pereira, 2002a; Murta, Laros e Tróccoli, 2005).

A questão posta acima ainda se perpetua frente à diversidade de nomenclaturas para definir o desgaste físico e emocional relacionado ao trabalho. Há linhas de pesquisa que defendem a diferença entre stress ocupacional e *burnout*, enquanto que outros estudos sugerem a sinonímia dos termos (Lautert, 1995; Benevides-Pereira, 2002b).

Mesmo que os pesquisadores utilizem termos diversos para caracterizar o *burnout*, há um consenso de que: ele é uma síndrome; sua ocorrência se dá no meio laboral, em resposta ao stress ocupacional crônico; compromete o desempenho individual, profissional, social e familiar.

O *burnout* foi reconhecido como risco ocupacional para profissionais da área de saúde, educação e serviços assistenciais, levando ao adoecimento físico, psíquico e comprometendo os resultados de seu trabalho, repercutindo nas organizações devido ao absenteísmo, aumento de conflitos interpessoais e ao *turnover* (World Health Organisation - WHO, 1998).

No Brasil a Previdência Social reconhece o *burnout* como agente patogênico e o Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, aprovou o anexo II do Regulamento da Previdência Social que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais o qual cita a “sensação de estar acabado” (Síndrome de *Burnout*, Síndrome de Esgotamento Profissional) como sinônimo do *Burnout* (Brasil, 1999).

Portanto, para efeito deste estudo, a nomenclatura utilizada para se referir ao desgaste físico e emocional do trabalhador será o *burnout*.

Os primeiros estudos acerca da síndrome foram realizados com grupos de profissionais, cujas atividades eram desenvolvidas na área da saúde, saúde mental, assistência social, sistema judiciário penal, profissões religiosas, aconselhamento e ensino (Maslach, 2005). Estes grupos de trabalhadores possuem uma característica em comum que é o foco na prestação de auxílio e assistência, ou seja, a relação entre prestador de serviço e receptor, com um alto e contínuo nível de contato pessoal e emocional. Desta forma identificou-se que o *burnout* deveria ser estudado não somente como uma reação individual ao stress, e sim em termos das relações do indivíduo e seu local de trabalho.

A síndrome de *burnout* se desenvolve de forma lenta em resposta ao stress ocupacional crônico onde há exposição prolongada e contínua a estressores interpessoais e demais fatores no local de trabalho.

O termo estressor se refere àquelas situações ou condições que causam uma quebra na homeostase interna exigindo uma adaptação, podendo ser externos ou internos, ter um caráter físico, cognitivo ou emocional (Lipp, 1996, Benevides-Pereira, 2002b). Os estressores também podem ser de natureza benigna ou não, tal como o casamento ou a perda do emprego, porém sempre exigem um desgaste de energia adaptativa levando a quebra da homeostase.

Para Bianchi (1990) o estressor não pode ser definido somente como estímulo. A diferença entre ambos geralmente é quantitativa e depende da sensibilidade do organismo naquele momento para interpretar o evento como estressor, ou seja, frente a um mesmo estressor as pessoas podem reagir de formas diversas, ou ainda, uma mesma pessoa pode ter reações diferentes em momentos ou contextos diversos (Benevides-Pereira, 2002b).

Os estressores podem ser caracterizados como físicos (Selye, 1985), tendo origem no meio externo (ruído, frio, calor, fome ou dor); cognitivos, são interpretados pelo indivíduo como uma ameaça física ou psicossocial (iminência de um acidente, perda de emprego, processo seletivo) e emocional como sentimentos de amor, alegria, ódio, raiva, medo, mudança entre outros (Lipp, 1996; Benevides-Pereira, 2002b).

Para Lipp (1996) os estressores físicos atuam no organismo de uma forma intrínseca, não dependendo da interpretação do indivíduo, enquanto que os psicossociais possuem a capacidade de “estressar” uma pessoa de acordo com sua avaliação do estímulo.

Estressores ocupacionais são situações ou condições que geram sentimentos de ansiedade, medo, tensão ou ameaça que surgem durante o exercício das atividades profissionais. Para Jex e Beehrs (1991) os estressores ocupacionais são condições dentro do emprego ou da organização que requerem respostas adaptativas por parte dos empregados.

O stress ocorre quando a pessoa interpreta a situação como que excedendo a capacidade adaptativa. Um indivíduo pode interpretar um trabalho extra como uma ameaça (ao seu lazer, ao convívio com a família entre outros), enquanto que outro pode interpretar como um desafio.

Frente a situações que consideradas estressantes, o indivíduo irá utilizar mecanismos psicológicos para reduzir o impacto dos estressores e assim, retornar ao equilíbrio. Tais mecanismos ou estratégias são, na realidade, ações cognitivas elaboradas por ele através da avaliação da situação, do ambiente, de experiências anteriores bem sucedidas e da maturidade de seu aparelho psíquico, e são denominados estratégias de *coping* ou estratégias de enfrentamento.

A palavra *coping* advém do verbo inglês *to cope*, que significa lutar, competir, enfrentar (Guido, 2003). *Coping*, portanto, é um processo pelo qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa / ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram.

O *coping* é abordado pelos pesquisadores em três linhas teóricas, uma derivada da experimentação animal, fortemente influenciada pela teoria da evolução de Darwin, onde é conceituado como ações que controlam condições adversas do ambiente e consistem de respostas comportamentais bem sucedidas, utilizadas em situações estressantes anteriores.

A segunda linha teórica baseia-se na Psicologia Psicanalítica do Ego, onde *coping* deriva da reflexão e da cognição do indivíduo gerando

pensamentos e ações flexíveis e realistas na solução de problemas visando à redução do stress.

A terceira linha de pesquisa baseia-se na Teoria Interacionista Cognitiva que analisa os processos contínuos de avaliação e de categorização dos fatos pelo indivíduo, representada por Lazarus e Folkman e a mais difundida entre os pesquisadores. Esses autores analisam as estratégias de *coping* de duas formas: focado na emoção (direcionado internamente) e focado no problema (direcionado externamente).

As estratégias centradas na emoção são esforços cognitivos que buscam a fuga, a redução, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e esforços em enxergar algo positivo na situação negativa. Nesta estratégia de enfrentamento, o indivíduo busca minimizar o stress alterando a “importância” do estressor em um esforço de reavaliação da situação, ou pela busca de atividades que promovam um “desligamento” do ambiente, tais como, meditação, beber, praticar esportes ou até mesmo buscar outra empresa para trabalhar.

Estratégias focadas no problema são aquelas que buscam identificar o problema, buscar soluções, pesar a relação de custo e benefício das alternativas, defini-las e agir. Tal estratégia implica em um processo objetivo e analítico, focado primariamente no ambiente e posteriormente em si mesmo. São consideradas estratégias mais adaptativas, pois são capazes de modificar as pressões do ambiente, reduzindo ou eliminando a fonte do stress.

O Quadro 1 resume as principais diferenças entre as estratégias de *coping* focada na emoção e no problema.

Quadro 1 - Caracterização das Estratégias de *Coping* segundo modelo de Folkman e Lazarus (1984), São Paulo - 2008

<i>Coping</i> focado no problema	<i>Coping</i> focado na emoção
Resolução do problema Definição do problema Enumerar alternativas Escolher entre a melhor ação	Processos defensivos Evitar a ameaça Fuga, distanciamento, aceitação
Eficácia	Eficácia
Mais adaptativas	Menos adaptativas
Foco	Foco
Relacionamento pessoa-ambiente	Tentativa de modificar o significado da situação Desconforto emocional

Outro esquema conceitual adicionado à dicotomia de Folkman e Lazarus (1984) é o modelo conceitual de Latack (1986) que engloba três categorias: **ação**, que é focada na situação estressante; **reavaliação cognitiva**, a qual é focada no conhecimento da situação e **gerenciamento de sintomas** (*symptom management*) focado nos sintomas de stress ou estados físicos e psicológicos.

Latack (1986), psicóloga e pesquisadora do stress ocupacional, concluiu que as estratégias que Folkman e Lazarus (1984) categorizaram como focadas na emoção são na realidade reavaliações cognitivas, pois são estratégias mais imediatas e direcionadas a auxiliar as mudanças de pensamentos sobre a situação. Em sua análise, a autora afirma que estas estratégias podem realmente influenciar o stress físico e psicológico, mas o alvo primário é a revisão da avaliação cognitiva em si mesma.

Na análise do stress ocupacional, a autora considera importante incluir uma terceira categoria, o gerenciamento de sintomas a fim de que possam ser examinadas outras formas mais “populares” de manejo de stress, tais como relaxamento e exercício.

Vários são os recursos utilizados pelas pessoas para o enfrentamento das adversidades diárias. Alguns são derivados primariamente do próprio indivíduo e incluem saúde e energia (recurso físico), crenças positivas (recurso psicológico) e habilidades sociais e na resolução de problemas (competências). As outras categorias estão relacionadas aos recursos ambientais, sociais e materiais (Lazarus e

Folkman, 1984a).

Alguns estudos sugerem que o *coping* focado no problema são mais efetivos podendo prevenir o *burnout*, enquanto que o *coping* focado na emoção pode contribuir para a sua ocorrência (Chiriboga e Bailey, 1986; Ceslowitz, 1989; McVicar, 2003).

1.1 CONCEITO DE *BURNOUT*

A literatura sobre stress e *burnout* oferece uma diversidade de concepções teóricas e modelos explicativos com enfoques diferentes para tentar explicitar a ocorrência da síndrome, a saber, concepção clínica, concepção sócio-psicológica, organizacional e sócio-histórica (Maslach, Schaufelli e Leiter, 2001; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005).

A concepção clínica, representada por Freudenberger (1974) caracteriza a síndrome de *burnout* como um conjunto de sintomas que podem progredir para depressão e suicídio e que surge em função da atividade laboral, porém com grande participação de características individuais.

Para Maslach e Jackson (1984), as variáveis sócio-ambientais são determinantes para o desenvolvimento da síndrome. As autoras ampliaram o conceito do *burnout* e fundamentaram-no em dimensões, a saber, desgaste ou exaustão emocional, a despersonalização ou ceticismo e a incompetência profissional ou realização profissional, com enfoque sócio-psicológico.

Autores como Golembiewski, Hiller e Dale (1987) consideram que o *burnout* se desenvolve quando há uma discordância entre as necessidades do trabalhador e os interesses e valores da organização que caraceizam a concepção organizacional.

Na abordagem sócio-histórica, os autores enfatizam a influência da sociedade moderna, cada vez mais individualista e egocêntrica, como prioritária no desenvolvimento da síndrome, já que os valores dos profissionais que exercem atividades de ajuda entram em conflito com os valores desta sociedade.

Para Alvarez e Fernandez (1991b), a síndrome ocorre devido aos altos níveis de tensão no trabalho, frustração pessoal e estratégias de *coping* ineficazes, supondo um traço pessoal, um organizacional e um social.

Embora as concepções teóricas sejam diferentes, os autores são unânimes em reconhecer a relação pessoa / trabalho / sociedade como fundamentais para ocorrência da síndrome. Outro ponto comum é o fato de que o *burnout* acomete pessoas idealistas e motivadas que ao adentrar o mundo do trabalho modificam sua maneira de ser, sentir e agir apresentando transtornos de ordem física, emocional e social (Maslach, Schaufelli e Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002b).

Neste estudo utilizou-se o referencial teórico de *burnout* proposta por Maslach e Jackson (1981), haja vista ser a mais utilizada na literatura e consolidada internacionalmente.

Para estes autores, *burnout* é uma síndrome psicológica que envolve exposição prolongada a estressores interpessoais crônicos decorrentes do ambiente laboral, caracterizados por três dimensões: **Desgaste Emocional** ou Exaustão, **Despersonalização** ou ceticismo e **Incompetência Profissional** ou reduzida realização profissional.

A dimensão do Desgaste Emocional ou exaustão emocional (DE) representa o componente básico e individual da síndrome tendo como principais fontes a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho. Caracteriza-se por um sentimento de esgotamento e falta de energia, sobrecarga física e emocional na qual o indivíduo sente-se esgotado e desmotivado, sendo incapaz de relaxar (Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005; Maslach, 2005).

A dimensão da Despersonalização ou ceticismo (DP) representa o contexto interpessoal no *burnout* e refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada do indivíduo frente ao trabalho. Nesta dimensão ocorre a despersonalização, onde o indivíduo “coisifica” a relação entre os colegas de trabalho, os clientes e a organização. Caracteriza-se por insensibilidade emocional e dissimulação afetiva tendo como manifestações mais comuns ansiedade, aumento da irritabilidade, desmotivação, redução do idealismo, desesperança, egoísmo e alienação.

As manifestações da dimensão de Despersonalização refletem a busca do indivíduo em adaptar-se à situação e aliviar a tensão reduzindo o contato com as pessoas.

O componente da incompetência profissional (INP) ou reduzida realização profissional refere-se à sensação de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho. A expressão que melhor retrata este estado é o questionamento que o profissional faz sobre a sua escolha da profissão, colocando em dúvida a sua aptidão para exercê-la. O indivíduo não se envolve mais com o trabalho, sentindo-se inadequado pessoal e profissionalmente, comportamento que afeta suas habilidades para a realização do trabalho e o contato com as pessoas, reduzindo drasticamente sua produtividade.

A ocorrência e desenvolvimento da síndrome têm sido alvo de estudos há décadas. Alguns modelos foram propostos para tentar esclarecer como o *burnout* ocorre e se existe uma seqüência entre as dimensões.

Golembiewski e Munzenrider (1983) propuseram um modelo de fases no qual cada uma das três dimensões seja dividida em alto e baixo escores possibilitando várias combinações das três dimensões o que resulta em oito padrões ou fases de *burnout*. Neste modelo, a síndrome se inicia com a dimensão da despersonalização, em que ao atribuir o motivo do seu mal estar às pessoas as quais presta serviço, o profissional sentir-se-ia frustrado e por conseqüência ineficiente (dimensão de incompetência profissional) o que geraria o desgaste emocional. Uma outra hipótese é de que as diferentes dimensões ocorrem de forma simultânea, mas independentemente, o que poderia resultar em oito padrões distintos.

Um outro modelo de desenvolvimento da síndrome foi proposto por Leiter no qual a ocorrência de uma dimensão precipita o desenvolvimento de outra (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001). Nesta concepção, o processo se inicia com o desgaste emocional devido às demandas interpessoais e à carga de trabalho, e progride para a despersonalização (causada pelas reações de defesa) em que o profissional busca o isolamento, levando a incompetência profissional ou ineficácia.

O modelo de Büssing e Glaser (2000) propõe um processo de

quatro etapas que se inicia com a exposição do indivíduo a estressores laborais. Se os estressores não forem gerenciados podem propiciar o surgimento do stress laboral, que por sua vez pode levar à exaustão emocional e, de acordo com as características individuais do trabalhador e intensidade do stress laboral, desencadeará a fase de Despersonalização.

Para Gil-Monte (2002), a síndrome se inicia com a despersonalização como uma estratégia de enfrentamento desenvolvida frente aos sentimentos crônicos de incompetência profissional e desgaste emocional.

Ressalta-se aqui a distinção entre stress ocupacional e *burnout*, já que, enquanto o primeiro leva a reações agudas causadas por situações críticas específicas, o último caracteriza-se por reações geradas pela exposição contínua, como cita Maslach:

“O burnout caracteriza-se por uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos. No burnout, a ênfase tem sido colocada mais no processo de erosão psicológica e nas consequências psicológicas e sociais desta exposição crônica, e não apenas nas físicas.” (Maslach, 2005).

Para Carlotto (2002), o *burnout* tem um caráter crônico, negativo, está associado ao trabalho e propicia o surgimento do sentimento de exaustão emocional e a atitude de despersonalização, o que não ocorre com o stress ocupacional e a insatisfação no trabalho.

Conclui-se que o *burnout* está relacionado à atividade profissional e ao ambiente em que é executado e não à profissão exercida. Esta sutil distinção deve ser considerada, pois, um profissional pode estar sob stress ocupacional embora não manifeste as dimensões da despersonalização e incompetência profissional, características da síndrome.

O conhecimento dos fatores envolvidos na ocorrência do *Burnout* é fundamental para a compreensão da síndrome e para a busca de estratégias visando preveni-la ou reduzi-la e são apresentadas a seguir.

1.2 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO *BURNOUT*

Existem fatores de risco para todas as três dimensões que contribuem para o desenvolvimento do *burnout*. Cabe lembrar que na investigação da síndrome eles são cumulativos e, portanto, não podem ser analisados isoladamente. Dentre estes fatores têm-se os relacionados à organização, aos fatores pessoais e os relacionados ao trabalho.

1.2.1. Dimensão organizacional

Ao longo das últimas décadas, as relações entre sociedade, homem e trabalho vêm sofrendo mudanças importantes que apontam uma deterioração do local de trabalho e do seu próprio significado.

A sociedade vive hoje a chamada “Terceira Revolução Industrial” caracterizada pela reestruturação dos processos de produção, internacionalização do mercado, revolução tecnológica, produção “just in time”, ênfase no desempenho e na qualidade (Kanter, 1997; Martins e Dal Poz, 1998).

O trabalho neste novo cenário extrapola as fronteiras dos países e a economia global tão competitiva que pode ser comparada a uma Olimpíada entre empresas (Kanter, 1997). Para garantir que mais trabalho seja realizado por um número menor de pessoas, as empresas utilizam cada vez mais a tecnologia, através de automação e uma administração de recursos humanos rigorosa, com repercussões na saúde física e mental do trabalhador.

A reestruturação empresarial atingiu todos os segmentos de negócio, desde o industrial, fabril, o de comunicações, financeiro, educacional e de assistência à saúde, onde se pode encontrar as mesmas características e necessidades.

Embora a reestruturação organizacional na Europa, Estados Unidos e Ásia tenha tido início em meados dos anos 70 e 80, no Brasil muitas organizações ainda estão enfrentando este processo com um grande

impacto na esfera social e individual.

A reestruturação empresarial ocasionou enxugamento de pessoal e, conseqüentemente aumento da carga de trabalho, redução de ganhos, insegurança pela instabilidade no emprego, perda de benefícios diretos e indiretos aos trabalhadores. Paralelamente, as pesquisas demonstraram uma elevação nos níveis de stress ocupacional em indivíduos de várias classes profissionais e o *burnout* figura como o causador de um custo avaliado em US\$ 150 bilhões de dólares para as organizações americanas (Trigo, Teng e Hallar, 2007).

Aliado às alterações do quadro econômico e financeiro, fatores internos da organização, tais como o ambiente e o gerenciamento do trabalho são preditivos de *burnout*.

Haja vista que as reestruturações dentro de uma organização são inevitáveis para manter a competitividade no mercado atual, quando executadas de maneira inadequada, podem gerar insatisfação, ansiedade, ceticismo, mágoas e hostilidades em seus colaboradores, tornando-os vulneráveis em sua saúde física, mental e com repercussão no ambiente corporativo (Kanter, 1997, cap3).

Em revisão da literatura realizada por Trigo, Teng e Hallar (2007), a burocracia, normas institucionais rígidas, falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipe, impossibilidade de ascender na carreira, ausência de reconhecimento do trabalho realizado, remuneração injusta e exposição a riscos físicos são fatores organizacionais associados a índices superiores de *burnout*.

A burocracia, caracterizada pelo excesso de normas, restringe a autonomia, a participação e tomada de decisões. Devido à lentidão dos processos, que demandam maior energia e tempo na resolução dos problemas, o trabalhador sente-se como “nadando contra a maré”, pois não consegue atingir a eficiência e cumprir os prazos que lhe são cobrados continuamente.

Organizações com normas rígidas impedem a autonomia do trabalhador e o controle sobre suas tarefas. O trabalhador é cobrado pelos

resultados, entretanto deve seguir uma rígida hierarquia que engessa sua tomada de decisões e sua criatividade na resolução de problemas.

A falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipe promovem um ambiente hostil e um clima social prejudicial ao trabalho em grupo. Neste cenário, as competências e habilidades individuais não são valorizadas de forma a contribuir para a obtenção de um mesmo objetivo. A rivalidade e a busca por maiores ganhos individuais imediatos em detrimento de ganhos menores, porém sustentáveis ao longo do tempo é uma característica presente nos grupos onde há falta de confiança e espírito de equipe. A sustentabilidade dos ganhos no trabalho em equipe baseia-se no objetivo comum e na associação de esforços de cada indivíduo para o bem individual e da equipe. (ver a teoria “Equilíbrio de Nash” em Zugman, 2005).

Processos comunicacionais ineficientes colaboram para distorções de informações e atrasos na sua disseminação. Kunsch (2006)* ressalta que a comunicação deve ser entendida como parte inerente à natureza das organizações devido à necessidade de interação entre as pessoas que viabilizam a execução dos objetivos organizacionais. Conclui, portanto, que sem comunicação as organizações não existiriam e que a organização é um fenômeno comunicacional contínuo. A autora enfatiza a necessidade de se trabalhar a comunicação nas organizações “numa perspectiva muito mais interpretativa do que instrumental e a partir de uma visão de mundo”.

A ausência de plano de carreira, de reconhecimento do trabalho realizado e a remuneração injusta provocam o desestímulo e perda da motivação e comprometimento. Os trabalhadores nestas condições tornam-se céticos frente ao discurso de equidade e de suposta valorização dos recursos humanos na organização podendo inclusive não se comprometer com a qualidade do serviço realizado e com o trabalho em equipe.

*Kunsch MMK. Comunicação organizacional: surgimento e evolução das práticas, conceitos e dimensões. São Paulo: Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo; 2006. [mimeog.]

Na análise dos estressores ocupacionais devem-se considerar as condições do ambiente físico como a exposição ao calor, ao frio intenso, a produtos químicos, a ruídos, as condições estruturais, tais como, distâncias percorridas, mobiliário e iluminação inadequada dentre outros que geram desgaste físico, apreensão, ansiedade e medo, que são objetos de estudo do referencial ergonômico do trabalho.

O mundo do trabalho, atualmente, exige um maior esforço físico e psíquico do trabalhador onde a busca pela produtividade sem limites ultrapassou os limites do corpo e da mente aumentando o desgaste físico e emocional (Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005)

Embora a dimensão organizacional seja considerada preditiva na ocorrência do *burnout*, as variáveis pessoais devem ser consideradas na análise da síndrome e em sua repercussão clínica.

1.2.2. Dimensão pessoal

As variáveis pessoais (idade, sexo, estado civil, características de personalidade entre outras) não são consideradas como determinantes para desenvolvimento da síndrome, mas fatores que podem contribuir ou inibir a atuação dos estressores.

Os estudos ainda são inconclusivos sobre quais tipos de pessoas são mais propensas a desenvolver o *burnout*. Alguns estudos sugerem características pessoais que favorecem a instalação da síndrome. Entretanto, estas relações não são mais expressivas que aquelas relacionadas aos fatores situacionais, o que sugere ser o *burnout* mais um fenômeno social que individual (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

O *burnout* é mais elevado em pessoas com baixa auto-estima, com *locus* de controle externo, altamente envolvidas com o trabalho, perfeccionistas, idealistas, com baixos níveis de resistência e comportamento tipo A (Kobasa, 1985; Lautert, 1997; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002b; Rosch, 2005).

A literatura especializada aborda o padrão de comportamento

tipo A como associado ao stress e ao *burnout*. As pessoas com esta característica possuem um forte senso de compromisso para controlar situações, tornando-se vulneráveis à perda ou ausência de controle. Quando este controle é ameaçado ou frustrado, estas pessoas tornam-se altamente emotivas em um esforço excessivo para retomar o controle, o que demanda grande gasto energético e alterações psicofisiológicas com impacto no sistema cardiovascular (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Rosch, 2005).

Maslach (2005) aborda o modelo das Cinco Grandes Dimensões da Personalidade* e cita a relação entre personalidade e *burnout* e a característica de neuroticismo, que inclui traços de ansiedade, hostilidade, depressão, insegurança e vulnerabilidade.

"[...] as pessoas com alto grau de neuroticismo são emocionalmente instáveis e suscetíveis a distresse psicológico; portanto, faz sentido que estas pessoas corram um risco maior de burnout".
(Maslach, 2005).

Alguns traços de personalidade têm sido estudados para descobrir quais tipos de pessoas podem ter risco aumentado para desenvolver a síndrome ou ao contrário, sejam refratárias a mesma. Pessoas que possuem altos níveis de *hardiness* (envolvimento em atividades diárias, um senso de controle sobre os eventos e capazes de superar as mudanças) têm menores escores de *burnout*, particularmente a dimensão da exaustão emocional (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Judkins, Ingram, 2002; Lambert V, Lambert C e Yamase, 2003; Maslach, 2005; Hurst e Koplín-Baucum, 2005; Judkins, Reid e Furlow, 2006).

O compromisso é um senso de propósito e significado que é expresso pela maneira como o indivíduo se envolve nos eventos da vida e não como é envolvido. O controle se traduz na tendência de acreditar e agir de uma maneira que influencie os eventos da vida mais do que se sentir desamparado quando confrontado com a adversidade. O desafio é a crença que a mudança, ao invés de estabilidade, é algo normal e que é um estímulo para o crescimento pessoal mais do que uma ameaça à segurança (Kobasa, 1985; Lambert V, Lambert C e Yamase, 2003).

*Cinco Grandes Fatores (CGF) descreve a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos (extroversão, socialização, realização, neuroticismo e abertura para novas experiências). Ver em: Nunes CHS da S, Hutz CS Construção e Validação da Escala Fatorial de Socialização no Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007; 20 (1): 20- 25.

Compromisso, controle e desafio em conjunto são capazes de reduzir os efeitos do stress por modificar a percepção da situação, reduzir o impacto negativo dos estressores por influenciar a avaliação cognitiva e *coping*. Estas características de personalidade são altamente desejáveis para a manutenção da saúde (Lambert V, Lambert C e Yamase, 2003).

Paralelo aos estudos sobre *hardiness*, surgiu o interesse entre os pesquisadores de analisar a relação entre o stress e outra característica da personalidade que parece ser capaz de auxiliar o indivíduo a obter estratégias contra a ocorrência do stress e *burnout*, isto é, a assertividade.

A assertividade é um conjunto de atitudes e comportamentos que permitem ao indivíduo expressar seus sentimentos, desejos e opiniões de forma direta sem, contudo infringir o espaço do outro, possuindo uma grande capacidade de respeitar o ponto de vista alheio (Bandeira *et al*, 2005; Marquis e Huston, 2005).

Hoje, mais do que no passado, as organizações buscam indivíduos assertivos já que, na organização moderna, a interação dos componentes da equipe de trabalho é condição *sine qua non* para a governabilidade e sustentabilidade (Carochinho, 2006).

O *burnout* é mais freqüente entre as pessoas que se utilizam continuamente de *locus* de controle externo (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Maslach, 2005). Este construto refere-se à tendência das pessoas em explicar as causas dos eventos que ocorrem em suas vidas em termos da internalidade e externalidade.

O indivíduo que apresenta um *locus* interno percebe a fonte de controle dos eventos sob sua responsabilidade, enquanto aqueles com *locus* de controle externo acreditam que suas possibilidades e acontecimentos da vida devem-se às outras pessoas, ao destino ou à sorte (Dela Coleta, 1979; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001). Desta forma abstem-se da tentativa de buscar soluções para os problemas resignando-se com os acontecimentos da vida e aumentando o desgaste emocional.

A característica do perfeccionismo também tem sido apontada como um fator de maior vulnerabilidade ao *burnout* assim como o idealismo (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001). Pessoas perfeccionistas são

extremamente exigentes consigo mesmas e com os demais, apresentam maior dificuldade em delegar tarefas por não confiar na competência dos colegas, sobrecarregando-se de atividades e estão sempre insatisfeitos com os resultados obtidos. Já os indivíduos idealistas possuem expectativas que extrapolam a realidade em que estão inseridos, decepcionando-se com facilidade (Benevides-Pereira, 2002b)

Resultados semelhantes têm sido encontrados com relação ao estilo de *coping* e *burnout*; indivíduos com alto *burnout* utilizam estratégias de *coping* mais defensivas, passivas ao invés de estratégias de confronto ativas, relacionadas ao baixo *burnout* (Latack 1986; Ceslowitz, 1989; Leiter, 1991).

Das variáveis demográficas estudadas, a idade é a única que tem sido mais consistentemente relacionada ao *burnout*, sendo que entre os jovens trabalhadores ele é mais elevado se comparado àqueles entre os 30 e 40 anos (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Gómez *et al*, 2005). Tal constatação justifica-se devido à insegurança no início de carreira, ao enfrentamento das dificuldades reais do mundo do trabalho, às grandes expectativas profissionais e pessoais além do idealismo, jornadas de trabalho amplas, a demanda emocional exigida (Rosa e Carlotto, 2005), especialmente nos profissionais da área de saúde.

A variável educação também apresenta grande influência no desenvolvimento do *burnout*. Pesquisas apontam que as pontuações em desgaste emocional e despersonalização são mais elevadas nos grupos com maior nível educacional do que aqueles com nível mais baixo, indicando maiores expectativas e responsabilidades para os primeiros (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002b; Gómez *et al*, 2005).

Quanto à variável gênero, esta não é citada na literatura como um bom preditor de *burnout*, embora o consenso popular encare a jornada dupla da mulher como sendo uma condição que predisponha a ocorrência da síndrome. Estudos demonstraram que há uma pequena diferença entre os sexos e apontam ser o homem mais predisposto ao ceticismo enquanto as mulheres à exaustão (Zappert e Weinstein, 1985; Maslach e Jackson, 1985; Gil-Monte, 2002; Maslach, 2005).

A maioria dos estudos, analisando a variável estado civil, aponta o casamento ou relacionamento afetivo estável como fator associado a índices mais baixos de *burnout*, enquanto que os índices mais altos são apresentados por indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Gómez *et al* 2005). Entretanto, como ressalta Benevides-Pereira (2002b), a qualidade do relacionamento deve ser considerada e não somente o fato de ter um companheiro.

Para Gómez *et al* (2005), a experiência profissional e o tempo de serviço são outros preditores da síndrome. Entretanto, pode-se supor que esta relação esteja associada à idade e à inexperiência profissional, fatores já relatados anteriormente.

A última dimensão que completa a trilogia dos fatores associados ao *burnout* refere-se ao trabalho e como é executado.

1.2.3 Dimensão do trabalho

A compreensão da síndrome se completa na medida em que o contexto laboral é analisado desde as condições em que o trabalho é executado, bem como o seu conteúdo. Entende-se por contexto laboral, a cultura e função organizacional, papel na organização, desenvolvimento de carreira e interações entre trabalho e o lar. Conteúdo do trabalho engloba o conteúdo da tarefa em si, o ritmo e a carga de trabalho, aspectos temporais, relações sociais no trabalho e controle da tarefa.

O grau de compatibilidade indivíduo / trabalho proporcionará satisfação ou, ao contrário, insatisfação predizendo o surgimento do *burnout* e sua intensidade (Maslach e Leiter, 1999).

Como demonstrou Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) em sua revisão bibliográfica, as pesquisas realizadas nas três últimas décadas indicam uma importância das variáveis organizacionais sobre as individuais no surgimento do *burnout*. A conclusão dos estudos aponta que a natureza do trabalho é o fator desencadeante da síndrome, e não as características individuais do trabalhador.

A ocorrência da síndrome foi descrita por Maslach e Leiter (1999, Cap. 2) como ocorrendo em fases, a saber: a erosão do compromisso, a erosão das emoções e um problema de adequação entre o indivíduo e o trabalho, na qual erosão designa um processo gradual de perda, caracterizando o desequilíbrio entre as necessidades individuais do trabalhador e as exigências do trabalho.

Na fase da erosão do compromisso, o indivíduo sente-se perdendo sua energia, envolvimento e eficiência, opostos diretos das dimensões do *burnout*, em que energia torna-se exaustão, envolvimento torna-se ceticismo e eficiência em ineficiência. Neste ponto, os autores relatam que o desvio negativo se inicia em uma posição na qual o indivíduo está no “topo”, ou seja, ocupava uma posição de sucesso e competência.

A erosão do compromisso deve-se a características organizacionais que levam o indivíduo a sentir sua energia se esgotar frente às dificuldades em realizar seus projetos, devido ao excesso de atividades, ausência de controle sobre o processo de trabalho, recompensas insuficientes, sentimentos de injustiça e conflito de valores na execução de suas atividades.

A erosão da emoção caracteriza-se por sentimentos de raiva, frustração, hostilidade, medo, ansiedade frente ao fracasso dos esforços realizados em atingir os objetivos traçados. Nesta fase, as relações interpessoais sofrem o impacto dos sentimentos hostis, gerando um ambiente de trabalho desarmônico, afetando o trabalho em equipe e criando conflitos entre os colegas de trabalho e clientes.

Em virtude da erosão das emoções, as relações pessoais e o envolvimento no trabalho tornam-se incompatíveis para o indivíduo, fazendo com que se sinta cada vez mais distante e busque o isolamento. Sua frustração leva à ineficácia, criando um ciclo vicioso com a insatisfação.

Baseados nesta premissa, os autores desenvolveram um modelo de *burnout* que analisa o grau de compatibilidade e incompatibilidade do indivíduo com os aspectos organizacionais no qual está inserido. Desta forma, quanto maior a incompatibilidade entre o indivíduo e seu emprego, maior a probabilidade de ocorrência de *burnout*.

Neste modelo os autores (Maslach e Leiter, 1999) agruparam os fatores de risco em seis dimensões que indicariam a compatibilidade entre pessoa-emprego, a saber: carga de trabalho, controle, recompensa, comunidade, justiça e valores.

Na área, **sobrecarga de trabalho**, o indivíduo sente que tem coisas demais para fazer, não possui tempo suficiente para realização das tarefas, nem os recursos necessários para o bom desempenho de suas atividades. Há um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e a capacidade do indivíduo em atendê-las. A sobrecarga de trabalho afeta tanto o indivíduo, que é apontada como melhor preditor da dimensão de exaustão do *burnout* (Alvares e Fernandes, 1991a; Trigo, Teng e Hallar, 2007).

Na área da assistência à saúde a sobrecarga de trabalho é uma queixa comum dos enfermeiros devido ao dimensionamento inadequado de pessoal, exigências excessivas dos clientes e da equipe, processo de trabalho truncado e fragmentado, recursos materiais escassos ou inadequados, jornada dupla de trabalho entre outros (Stacciarini e Trócoli, 2001; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005). Considerando a carga de trabalho, deve-se ressaltar que quando é excessiva, pode gerar ansiedade, frustração, um sentimento de desesperança, porém, uma carga muito pequena pode causar os mesmos sentimentos, onde se conclui que a falta de trabalho adequado à capacidade e competência do trabalhador pode causar os mesmos danos quanto o seu excesso (Albrecht, 1988).

A área de **falta de controle** tem sido associada a níveis elevados de stress (Maslach, 2005) e *burnout* (Trigo, Teng e Hallar, 2007; Maslach e Leiter, 1999). Pode resultar de fatores como o microgerenciamento, que abole a criatividade e a autonomia do trabalhador, fazendo-o sentir-se responsabilizado por algo do qual não tem controle; o grau de participação no processo decisório é mínimo, gerando conflitos pessoais no trabalho. Situações ambíguas ou de crise na empresa, receio de demissões, alterações de cargos, viagens a trabalho não previstas, suspensão de férias, solicitação de horas extras são fatores geradores da sensação de falta de controle, causando grande impacto sobre os níveis de stress e *burnout*.

A terceira área relaciona-se às **recompensas insuficientes** e não somente àquelas recompensas já conquistadas, como salário, benefícios entre outras, mas também ao reconhecimento de seu trabalho e o alcance dos objetivos do mesmo. Nessa dimensão, os trabalhadores de áreas assistenciais estão mais propensos a desenvolverem o *burnout* já que em muitos casos não acompanham o êxito de seus esforços e a recuperação daqueles a quem assiste como é o caso da enfermagem.

Traçando um paralelo com a profissão de enfermagem, o trabalho por turnos e as folgas não permitem a estes profissionais acompanhar o resultado final de seu trabalho. No desenvolvimento de suas atividades profissionais as pessoas buscam utilizar seus conhecimentos e suas habilidades de raciocínio e de resolução de problemas para compreensão do processo de trabalho como um todo, condição que não ocorre no trabalho fragmentado da assistência hospitalar (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Maslach, 2005; Rosa e Carlotto, 2005).

Aliada a esta rotina, tem-se a ausência de reconhecimento da própria instituição e das chefias que exigem a qualidade e produtividade, porém, na maioria das vezes não oferecem o retorno na forma de investimento e reconhecimento pelo melhor que o trabalhador oferece.

A quarta área abrange as **relações pessoais** no ambiente de trabalho, que quando caracterizadas pela falta de apoio, de confiança, de hostilidades e conflitos mal resolvidos, rompem com o senso de comunidade e equipe incluindo todas as pessoas com as quais o indivíduo tem contato diariamente, clientes, colegas, subordinados, chefias e fornecedores.

Se estas relações forem permeadas por desavenças e quebra de confiança, surgem as hostilidades e a competitividade que dificultam a resolução de conflitos, elevando o grau de stress e *burnout* o que torna trabalho muitas vezes insuportável.

Estudos apontam o trabalho em turnos ou noturno, tipo de ocupação, responsabilidade pela vida de outros, conflitos de papel, ambigüidade de papel, pouco suporte organizacional e da supervisão direta como fatores laborais associados a índices altos de *burnout* (Tamayo e Tróccoli, 2002; Trigo, Teng e Hallar, 2007).

Para o trabalhador, o comportamento da supervisão e o estilo de liderança adotado personificam a filosofia da empresa, repressora, rígida, injusta ou o seu oposto, participativa, flexível e justa.

A quinta área relaciona-se à **ausência de justiça** no local de trabalho, onde as pessoas sentem que não estão sendo tratadas com respeito e igualdade (Maslach e Leiter, 1999; Trigo, Teng e Hallar, 2007). Tal situação pode gerar conflitos internos, raiva e hostilidades, mesmo quando os incidentes parecem insignificantes ou comuns, porém se tratados com injustiça e desigualdade contribuem para a geração de emoções intensas com grande repercussão psicológica. Algumas atitudes de trabalhadores como o ato de “driblar” o horário de trabalho, sair mais cedo, ou subtrair insumos da instituição, sabotar e hostilizar as ações de colegas são exemplos desta dimensão.

E por último, os **conflitos de valores** no local de trabalho, onde o profissional convive com situações impostas pela organização que são contrárias aos seus ideais e objetivos profissionais. Os ideais que atraíram o profissional para aquela atividade específica são responsáveis pela forte laço entre o trabalhador e o local de trabalho. Porém, na vigência de conflitos de valores no ambiente laboral, no qual o profissional tem que realizar atividades ou manter uma conduta que venha de encontro ao seu valor moral ou ético, surge a incompatibilidade de forma contínua, propiciando o surgimento do *burnout*.

A questão chave para análise da adaptação no trabalho não deve considerar um tipo específico de pessoa ou de ambiente, mas sim a compatibilidade entre a pessoa e o emprego. Por consequência, a exaustão emocional surge quando há um desequilíbrio crônico entre a demanda e a oferta (recompensas), na qual a demanda é maior do que as pessoas podem dar e a oferta menor do que as suas necessidades (Maslach e Leiter, 1999).

Estudos subseqüentes dos mesmos autores, utilizando as seis dimensões de compatibilidade ao emprego, foram desenvolvidos em análise organizacional, onde pontuações nestas áreas refletiriam as esferas mais e menos conflituosas para adaptação dos empregados, direcionando intervenções específicas para resolução dos problemas.

O desenvolvimento do *burnout* gera conseqüências individuais afetando a saúde mental e física do trabalhador com prejuízo de seu desempenho que repercutirá na organização, especialmente nos custos e na produtividade.

1.3. IMPACTO DO *BURNOUT* PARA O INDIVÍDUO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Dentre os efeitos deletérios individuais do *burnout* a literatura especializada apresenta sintomas nas esferas física, psíquica e comportamentais que comprometem a saúde e o bem estar do trabalhador e derivam dos mecanismos neuro-endócrinos de adaptação (Freudemberger, 1974; Lautert, 1995; Maslach e Leiter, 1999; Calvete e Villa, 2000; Benevides-Pereira, 2002b; Gómez *et al*, 2005), resumidos a seguir:

- **Físicos** – fadiga crônica, exaustão, resfriados constantes, desmaios ou perdas de consciência momentânea, cefaléias freqüentes, dor muscular, hipertensão arterial, imunodeficiência, distúrbios cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórios, sexuais e do sono;
- **Cognitivos e emocionais** – Falta de concentração e de atenção, alterações de memória, perda do senso de humor, sentimentos de alienação e solidão, impaciência, labilidade emocional, baixa auto-estima, ansiedade, depressão, vulnerabilidade, medo.
- **Comportamentais** – conflitos familiares e conjugais, frustração, irritação, hostilidade, intolerância, rigidez, inflexibilidade, perda de iniciativa, dúvida do próprio julgamento, trabalho prolongado com pouco rendimento.

Sangiuliano (2004), ao analisar o stress e o estado de saúde de um grupo de enfermeiras de um hospital privado na cidade de São Paulo, evidenciou os seguintes sintomas: irritabilidade, fadiga, insônia, alterações de apetite, oscilações de peso, perda de memória e alterações na libido.

Considerando a saúde mental, a relação com o *burnout* é mais complexa. Como citado anteriormente, o *burnout* está relacionado à característica de neuroticismo, o que leva a crer ser o *burnout* uma forma de doença mental em si mesmo. Entretanto, a hipótese mais comum tem sido a de que o *burnout* cause disfunção mental, que precipita sintomas como ansiedade, depressão, baixa-estima dentre outros (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

O stress ocupacional crônico é considerado um fator determinante dos transtornos depressivos que constituem a quarta causa dos custos da doença (Levi, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2020 os transtornos depressivos sejam a segunda maior causa de morbidade, atrás somente da doença isquêmica do coração (WHO, 2000).

O adoecimento físico e ou mental aumenta a frequência de afastamento por doença podendo chegar à aposentadoria precoce, aumento do custo com tratamentos médicos, maior incidência de doenças coronarianas e endócrinas.

Estudo sobre o ônus econômico relacionado ao stress laboral realizado nos Estados Unidos em 1998, apontou que o custo de atendimento à saúde de trabalhadores, que relataram níveis elevados de stress, foi 50% maior quando comparado aos trabalhadores considerados sem risco para o stress ocupacional. O custo envolvido com atendimento à saúde aumentou para US\$1.700,000 por trabalhador / ano para aqueles que relatam níveis elevados de stress e depressão (Goetzel *et al*, 1998).

Na análise de custos, apontada anteriormente, não foram computados os custos com tratamentos do etilismo ou uso e abuso de drogas.

A última avaliação do relatório de doenças relacionadas ao trabalho da *Health and Safety Executive* (HSE), do Reino Unido, de 2006/07 estimou que 205.000 trabalhadores ativos em serviços de saúde sofreram de alguma doença causada ou exacerbada pelo trabalho. A taxa de prevalência associada, 5.800/100.000 trabalhadores (5,8%) no último ano, foi estatisticamente significativa e maior que aquele para a indústria

(3.900/100.000 trabalhadores = 3,9%) além de ser superior às taxas dos anos antecedentes. Embora os dados sobre a prevalência de quais os tipos de doenças acometeram estes trabalhadores não estejam disponíveis, os relatórios preliminares indicam o stress como uma das maiores causas de afastamento do trabalho nesta população (HSE, 2008a).

Dados do *Self-reported Work-related Illness 2006/2007* (SWI) do departamento de segurança e saúde do Reino Unido (HSE) indicam um aumento do custo e dias de afastamento de trabalhadores de serviços de saúde devido ao stress, depressão e ansiedade. De acordo com este relatório, no ano de 2006/2007 foram perdidos 6.756 dias de trabalho, devido ao afastamento por licença médica para homens e 7.003 dias para as mulheres. A média de dias perdidos por gênero foi de 34 para os homens e 27,3 dias para as mulheres; o custo para a empresa por dia de afastamento foi de US\$221.00 para os homens e US\$319.00 para as mulheres (HSE, 2008b).

Considerando as licenças médicas relacionadas ao stress laboral, o *Bureau of Labor Statistics* (Departamento de Estatística Trabalhista Norte-americano) indica que o tempo médio de afastamento devido ao stress ocupacional ultrapassa o tempo de afastamento em relação à maioria dos acidentes e doenças ocupacionais (cerca de 4 vezes superior, com 23 dias em média) (Sauter e Murphy, 2005).

Esses dados, quando comparados aos dados entre 2005/2006, demonstram um aumento tanto do custo quanto do número de dias de afastamento (US\$170.00 e média de 31,6 dias de afastamento para os homens; US\$272.00 e 29,1 dias para as mulheres) (HSE, 2008b).

Segundo o *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH), o tempo de afastamento de trabalhadores devido ao stress ocupacional nos EUA também tem mostrado elevação; de uma média de seis dias em 2001, passou para 25 dias em 2004 mais que quadruplicando o período de afastamento (NIOSH, 2004).

A Conferência Européia realizada em Bruxelas em 1993, reunindo a Fundação Européia, Comissão Européia e o Ministério do Trabalho da Bélgica, ressaltou o aumento do stress ocupacional e seu

impacto na qualidade de vida do trabalhador e consequentemente no desempenho das empresas. Deste encontro surgiu o *Guia sobre Stress relacionado ao trabalho - Tempero da vida ou beijo da morte*, publicado no ano de 2000 pela Comissão Europeia, que trás diretrizes para prevenção do stress ocupacional em quatro níveis: do trabalhador, de sua empresa, do país e da União Europeia (Levi L e Levi I, 2000).

As diretrizes contidas no guia ressaltam a importância da identificação dos estressores relacionados ao trabalho, as reações ao stress e os problemas de saúde relacionados. Como obrigação legal das empresas europeias, os empregadores têm o dever de garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores em todos os âmbitos do trabalho e “desenvolver uma política de prevenção global coerente” (Levi, 2005), bem como melhorar o desempenho das empresas.

Pesquisas demonstram vários indicadores de *burnout* que elevam os custos na organização, a saber: o absenteísmo (Leiter, Harvie e Frizzle, 1998; Laschinger *et al*, 1999; Gil-Monte, 2002); o *turnover* (Laschinger *et al*, 1999; Larrabee *et al*, 2003; Vahey *et al*, 2004; Maslach, 2005; O'Brien-Pallas *et al*, 2006; Trigo *et al*, 2007); a baixa qualidade do cuidado, desumanização da assistência e aumento de acidentes ocupacionais (Leiter, Harvie e Frizzle, 1998; Maslach e Leiter, 1999; Laschinger *et al*, 1999; Vahey *et al*, 2004; O'Brien-Pallas *et al*, 2006); a baixa produtividade e a intenção de abandonar a profissão (Leiter, Harvie e Frizzle, 1998; Aiken *et al*, 2002; Vahey *et al*, 2004; Gómez *et al*, 2005).

A saída voluntária do empregado traz conseqüências negativas para a organização, pois aumenta os custos com recrutamento, seleção, treinamento de novos empregados, além da perda de profissionais experientes e que já conheciam as rotinas administrativas, assim como a queda na qualidade do atendimento aos clientes, gerando insatisfação e intensificação de conflitos.

O custo calculado, gerado pelo *turnover* de enfermeiros nos Estados Unidos da América, gira em torno de US\$ 10,000 a US\$60,000 por enfermeiro, segundo a especialidade (Larrabee *et al* 2003). Os custos indiretos do *turnover* entre enfermeiros geram um grande impacto na

economia da instituição hospitalar devido à combinação de efeitos tais como queda da produtividade, que continua por um período de tempo após a contratação de um substituto, não somente relacionado ao indivíduo como na equipe de trabalho.

A insatisfação no trabalho está associada a altas taxas de *turnover* entre enfermeiros (Tai *et al*, 1998; Larrabee *et al* 2003) e também a maiores níveis de desgaste emocional (Dolan, 1987; Aiken *et al*, 2001; Rosa e Carlotto, 2005; O'Brien-Pallas *et al*, 2006).

Tal constatação justifica-se devido às características do trabalho em instituições assistenciais regidas por normas, hierarquizada, com divisão e fragmentação do trabalho assistencial, com sistema administrativo “Taylorista” e exposição contínua a situações que demandam maior controle e maturidade emocional.

A insatisfação e o *burnout* comprometem a qualidade do trabalho executado, gerando o aumento de erros, conflitos, falta de humanização no atendimento e insatisfação dos clientes. Profissionais em *burnout* buscam um maior distanciamento da clientela, evitam o contato ou “coisificam” as pessoas alvo de sua assistência, caracterizando a dimensão da despersonalização.

Este comportamento retrata a tentativa do profissional em se proteger e evitar o seu sofrimento, frente a situações inadequadas de trabalho, a dor e a sua incapacidade de atuar da forma como desejava. Com o exposto acima, ao analisar o trabalho do enfermeiro hospitalar, identificam-se vários fatores de risco individuais e ambientais que propiciam o surgimento da síndrome de *burnout*. O trabalho assistencial do enfermeiro aliado à sua filosofia humanística e à diferença entre suas expectativas e à realidade de trabalho que encontra é um fator importante para surgimento do stress e *burnout* (Lautert, 1997).

Tal ponto de vista é compartilhado por Bianchi (1990) que afirma ser a natureza do trabalho hospitalar vinculada ao cuidado de pessoas estando sempre presente o conflito vida / morte, aliada às dificuldades econômicas e sociais da categoria e da sociedade, expõem o profissional a desenvolver a síndrome de *burnout*. Segundo a autora, se tal ciclo não for

interrompido o profissional entende como última saída, a demissão do emprego ou a mudança de atividade profissional.

Como visto, o *burnout* pode levar ao desenvolvimento de várias doenças como a hipertensão arterial, doença coronariana, além de distúrbios emocionais e psicológicos, como a ansiedade, depressão, baixa auto-estima entre outras, repercutindo diretamente no desempenho da organização ou empresa, pois situações como desempenho ruim dos colaboradores, absenteísmo, alta rotatividade e violência no local de trabalho geram perdas importantes na economia empresarial (Lipp, 1996; Cox T, Griffiths e Cox S, 1996; Lambert V e Lambert C, 2001; Lambert V, Lambert C e Ito, 2004; Rossi, 2005; Maslach, 2005).

Este capítulo se propôs a apresentar os fundamentos teóricos sobre a síndrome de *burnout*, pautado nas décadas de pesquisas científicas e nos estudos mais recentes buscando contextualizar o impacto do stress ocupacional e *burnout* na saúde e qualidade de vida dos profissionais e também na vida da organização.

O panorama social e econômico atual, com achatamento de salários, obrigando o profissional a ter mais de um vínculo empregatício, a desigualdade social, a violência entre outros, também contribuem para a grande susceptibilidade do enfermeiro ao stress e *burnout* (Stacciarini e Trócoli, 2001). Porém, não são os únicos fatores a serem considerados na análise e compreensão do stress ocupacional do enfermeiro.

Para uma compreensão mais ampla da ocorrência de stress e *burnout* entre enfermeiros será realizada uma pequena abordagem sobre a organização do trabalho em enfermagem, seus estressores ocupacionais e o impacto na assistência.

2 O BURNOUT E A ENFERMAGEM

*“A questão não é se devemos ou não trabalhar,
mas qual tipo de trabalho nos satisfaz mais”
Hans Selye, 1985.*

Embora a organização do trabalho possa ser em parcelas e especializado, ele é fundamental para as pessoas, pois além de proporcionar condições para a sobrevivência e inserção social, detém um poder estruturante em sua saúde física e mental (Dejours, 1994).

Investigações acerca do *burnout* na enfermagem, justificam-se pelo lugar de destaque ocupado por estes profissionais no ambiente hospitalar devido ao maior contingente de trabalhadores e as características de seu trabalho que propiciam o surgimento da síndrome (Leiter, 1998; Maslach e Leiter, 1999; Rosa e Carlotto, 2005).

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM

Vários estudos apontam o trabalho em enfermagem como desgastante devido tanto ao seu conteúdo quanto ao seu contexto, além da existência de características peculiares.

Dentre estas características, pode-se citar: a fragmentação e normalização na execução de técnicas; o trabalho por turnos; a rotatividade de horários; a exigência de conhecimentos técnicos científicos atualizados; o contato constante com a dor, sofrimento e morte; as atividades burocráticas cada vez maiores; o excesso de responsabilidades pelas suas ações e da equipe; a necessidade do domínio de habilidades no relacionamento interpessoal e as dificuldades relacionadas às condições precárias de atendimento (falta de pessoal qualificado, déficit de materiais básicos para a assistência, condições ambientais tóxicas e sobrecarga de trabalho)

(Bianchini, 1999; Stacciarini e Tróccoli, 2001; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005; Rosa e Carlotto, 2005).

Aliada a estas características, o pouco status profissional que a enfermagem possui a torna pouco atrativa e com uma remuneração inadequada frente às responsabilidades e formação exigidas.

A materialização do trabalho se faz através do processo de trabalho que é constituído por condições objetivas e subjetivas. As condições objetivas correspondem aos meios de produção que são todos os elementos materiais que direta ou indiretamente participam do processo de produção, por exemplo, matéria prima e os instrumentos de produção; as subjetivas se relacionam à força de trabalho, considerada como toda energia humana (física e mental) gasta no processo de produção (Peduzzi, 1998).

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho em enfermagem se faz dentro de uma dimensão maior, o processo de trabalho em saúde, cujas especificidades lhe dão características distintas do processo de trabalho de bens e consumo, cujo produto pode ser comercializado em mercado. Segundo Rossi e Silva (2005). “[...] *o trabalho em saúde é considerado como sendo da esfera não material, que se completa no ato de sua realização*”.

Este processo constitui-se de duas grandes dimensões: a instrumental, baseada em técnicas e estratégias, visando a sua reprodução por profissionais diversos com o mesmo resultado e recriando-se à medida que cada ação é realizada, e a social, como expressão da própria socialidade humana contribuindo para a construção da vida social e tendo como forte componente a ação comunicativa (Peduzzi, 1998; Rossi e Silva, 2005).

O processo de trabalho em saúde produz atos de saúde por meio da produção do cuidado, que embora esteja baseado em ações mecanicistas, seus resultados dependem das relações interpessoais por interação de dois componentes, a saber, o trabalho vivo e o trabalho morto (Peduzzi, 1998).

Segundo Peduzzi (1998), a autonomia e autogoverno dos indivíduos são operacionalizadas na dimensão do trabalho vivo, na qual

ocorre a preservação do espaço de julgamento, decisão, reflexão, integração de saberes específicos para o atendimento ao usuário do serviço de saúde. O trabalho morto, por sua vez, é resultado de um trabalho humano anterior e é composto por todos os outros elementos do processo de trabalho (matéria prima) e pelo modo de atuar dos profissionais e seus saberes específicos já adquiridos anteriormente.

Para Rossi e Silva (2005), o processo de trabalho em saúde constitui-se de um movimento constante entre o trabalho vivo e o morto e que “*ambos são concomitantemente condicionantes e condicionados*”, sendo que o cuidado pertence à dimensão do trabalho vivo, portanto passível de ser criado e recriado. As autoras ressaltam o não aproveitamento destas oportunidades cotidianas de recriação da prática pelos enfermeiros, refletindo a inércia frente às oportunidades de aprendizagem, da busca de novas tecnologias para “o fazer” e novas formas de ser no trabalho. Os autores sugerem alguns fatores contributivos para este posicionamento: a historicidade da profissão de enfermagem marcada pela subalternidade, a subjetividade dos profissionais e os modelos assistenciais e administrativos vigentes nas instituições de saúde.

No momento corporativo atual, verifica-se uma intensificação destas características devido às reestruturações organizacionais discutidas no capítulo anterior. O enfermeiro se vê refém da estrutura organizacional com sua autonomia cada vez mais reduzida e enfrentando dilemas éticos que se confronta com a necessidade de manter-se no emprego para garantir sua subsistência.

Para Lunardi Filho, Lunardi e Spricigo (2001) embora na formação do enfermeiro esteja presente o discurso de formação de profissionais críticos, politizados, criativos, autônomos e competentes, o que se encontra na prática são profissionais que se submetem às determinações superiores e que em seu espaço de atuação realizam ações determinadas por outros (prescrição médica, determinações verbais de supervisores).

Não é raro verificar que em várias situações de trabalho quando um profissional se manifesta, principalmente se for contrário às diretrizes organizacionais, muitas das vezes é visto como alguém que não está

colaborando com a instituição, ou não está comprometido com as metas e diretrizes da equipe. Neste ponto, deve-se considerar que muitos profissionais não possuem habilidades de comunicação assertiva e que, quando se manifestam o fazem de forma inadequada com um tom agressivo ou cínico que por si só encerram qualquer discussão ou tentativa de diálogo. Tal ponto de vista é corroborado pela oferta de inúmeros cursos sobre comunicação para executivos e profissionais de várias áreas de atuação, inclusive para profissionais de enfermagem.

Outro aspecto a ser discutido é a ausência de transparência nas relações entre a empresa e o empregado. A ausência de delimitação de papéis e da especificação clara dos resultados esperados no cuidado à saúde, dentro das organizações hospitalares, gera o conflito na atuação profissional. Enquanto que para o enfermeiro a sua atuação deve ser centralizada no cuidado do cliente, seu bem-estar e satisfação de suas necessidades, muitas das vezes o que se exige destes profissionais é a produtividade no sentido de garantir a rotatividade de pacientes, diminuição de custos com insumos e auxílio à atividade de outros profissionais, especialmente ao profissional médico.

As ações burocráticas realizadas diariamente pelos enfermeiros consomem cada vez mais o seu tempo e os distanciam do gerenciamento do cuidado, o que pode ser verificado pela dificuldade encontrada por estes profissionais para execução da sistematização da assistência de enfermagem. Aliado a este fator, tem-se o número reduzido de profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) que reforça a assistência instrumental em detrimento da assistência individualizada.

O processo de trabalho em enfermagem e as ações de saúde, no modelo atual, estão fundamentados na inter e trans disciplinaridade que somente podem existir na prática do trabalho em equipe. Esta configuração do trabalho exige ações comunicacionais em rede entre equipe multidisciplinar e os usuários, e dos componentes da equipe entre si para o planejamento das ações terapêuticas que satisfaçam as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde (Peduzzi e Ciampone, 2005).

O trabalho em saúde, portanto, possui como premissas básicas a interação (comunicativa) dos profissionais e a integração das ações individuais de cada componente do grupo. À luz destas constatações, pode-se perceber a complexidade da prática profissional do enfermeiro, que se vê diante da tarefa de gerenciar a equipe de enfermagem, composta por profissionais de nível médio e articular ações em parceria com profissionais de nível superior (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas), procurando estabelecer uma comunicação de mão dupla.

Faz-se oportuno comentar, neste contexto, a crença na supremacia do conhecimento e ação intelectual sobre a dimensão técnica e manual. Tal crença, culturalmente desenvolvida e metodicamente alimentada pelos profissionais de ambas as categorias (nível médio e superior) cria a disputa pelo poder na condução do processo de trabalho, pela liderança da equipe de saúde e na elaboração e implementação das ações de saúde, na tentativa de manter o *status quo* do saber médico.

Esta disputa gera ruídos de comunicação que ocasionam a falta de sintonia na execução das ações especializadas reforçando a fragmentação, ausência de autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, descaracterização da equipe multidisciplinar, gerando subgrupos que se tornam instrumento de trabalho de alguns. Deve-se resaltar que a perda da eficiência e eficácia das ações inicialmente propostas frente a este cenário, possui como princípio e fim a exclusão do usuário dos serviços como sujeito responsável pela manutenção de sua saúde.

Outra característica do trabalho em saúde e da enfermagem é a divisão do trabalho no qual cada categoria profissional é responsável pela execução de uma parte da atividade proposta. Peduzzi e Ciampone (2005) destacam que, distintamente de outros trabalhos especializados (por exemplo, relação médico-paciente), o atendimento em enfermagem, contínuo e constante, passou a ser exercido por um conjunto de pessoas exigindo supervisão e coordenação, sob a responsabilidade de uma gerência e pelo trabalho em conjunto, sob a forma de ação grupal. As autoras destacam que o trabalho em saúde e enfermagem é parcelado em várias operações executadas por diferentes sujeitos e se dá em torno da

divisão do trabalho médico. Consideram que tanto as diferentes áreas profissionais da saúde como as diferentes categorias de enfermagem são complementares e interdependentes, tornando o trabalho em equipe uma forma de recompor os diferentes processos. Ressaltam ainda, que embora os profissionais que compõem uma equipe devem coexistir em um mesmo espaço, em uma mesma situação de trabalho, atendendo a uma mesma clientela, sua atuação obrigatoriamente não se traduz em integração de processos de trabalho.

Nesta abordagem, distinguem-se dois tipos de equipe: equipe de integração, que busca a articulação das ações e interação de seus membros, e equipe de agrupamento, na qual ocorre a justaposição de ações sem nenhuma interação gerando o distanciamento dos profissionais (Peduzzi e Campone, 2005).

Segundo as autoras, para que a integração do trabalho em equipe ocorra é necessário integrar as ações executadas por cada um de seus membros e a comunicação é o meio para efetiva concretização do processo.

"[...] para integrar a equipe, não basta tomar isoladamente as intervenções independentemente dos sujeitos que as executam, nem tão pouco tomar a interação dos profissionais como se fossem relações pessoais independentes da situação de trabalho coletivo em que se encontram envolvidas".
Peduzzi, 1998

A integração somente poderá ocorrer na medida em que cada indivíduo tenha o seu espaço de participação, não somente na execução individual das ações, mas nas ações de cada componente do grupo. Para que esta integração ocorra o processo de comunicação ocupa papel fundamental (Campos e Melo, 2002).

Thayer (1976) diz que é "a comunicação que altera (ou poderia fazê-lo), explora, cria ou mantém as relações situacionais entre as funções – tarefas pelas quais é responsável, ou entre sua subseção e qualquer das outras da organização global".

Este processo relacional ocorre não somente em nível individual como também, grupal, departamental e conseqüentemente organizacional.

Na análise da comunicação organizacional devem ser considerados os aspectos relacionais, os contextos, os condicionamentos internos e externos, bem como a complexidade que envolve todo o processo comunicativo com uma visão interpretativa e crítica (Kunsch, 2006).

O excesso de informações, os diversos papéis administrativos e institucionais, reuniões desnecessárias e inúteis, a falta de seleção e de prioridade tornam a comunicação ineficaz. As informações incompletas e parciais, fragmentadas, distorcidas ou sonegadas são mais uma barreira à comunicação eficiente (Kunsch, 2002).

O processo de trabalho da enfermagem como vem sendo desenvolvido, seja no âmbito hospitalar ou comunitário, enfraquece as ações realizadas pelos seus atores ao invés de fortalecê-las devido à ausência de integração das atividades de cada profissional que compõe a equipe, contribuindo para a insatisfação profissional, falta de envolvimento com o trabalho, conflitos interpessoais, stress ocupacional e *burnout*.

Porém, a ação gerencial do enfermeiro possui outras dimensões além da comunicacional. Villa e Mishima (1996) apontam também as dimensões técnica, política e de desenvolvimento da cidadania. Na dimensão técnica encontram-se os aspectos instrumentais do próprio trabalho, a saber, planejamento, coordenação, supervisão entre outros. Na dimensão política o enfermeiro procura articular o trabalho gerencial ao projeto a ser implementado; na dimensão do desenvolvimento da cidadania o gerenciamento busca a implementação de um modelo assistencial que promova a integralização do cuidado e a emancipação dos usuários e trabalhadores.

A articulação entre estas dimensões torna a tarefa gerencial produtiva e participativa, proporcionando o ambiente necessário à execução do planejamento e emancipação dos sujeitos envolvidos no processo, por meio da garantia do exercício de sua autonomia profissional.

A situação oposta conduzirá a opressão e geração de conflitos no interior das equipes de trabalho, comprometendo física, emocional e profissionalmente os integrantes da equipe, além de influenciar negativamente o resultado do processo de trabalho.

2.2. ESTRESSORES OCUPACIONAIS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Como apresentado anteriormente, a ocorrência do *burnout* se deve a uma associação de características pessoais dos profissionais e sua relação com as situações organizacionais que ameaçam a sua saúde física e mental, desencadeando o desgaste emocional.

Aliado a estes fatores pode-se enumerar: o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento à saúde e o excesso de atividades realizadas por eles; a ausência de delimitação de papéis entre as diversas categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem); a falta de reconhecimento público da profissão e mudança do foco da assistência que prioriza a “profissionalização” das ações sem considerar a eficácia e eficiência não permitindo a criação do vínculo afetivo necessário à atividade assistencial (Stacciarini e Tróccoli, 2001; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005).

Segundo Bianchi (2004), os fatores condicionantes ao surgimento do stress ocupacional entre enfermeiros podem ser agrupados em: reconhecimento do estressor, quantidade de estressores, tempo de exposição ao estressor, vivência anterior, idade, gênero, suporte e personalidade. A conjunção destes fatores favorece o surgimento do *burnout*, entretanto deve-se considerar que alguns indivíduos expostos às mesmas condições não o desenvolvem.

Bianchi (1990, 1999), ao analisar o stress entre enfermeiros de centro cirúrgico e hospitalar que atuavam em várias unidades, constatou que todas as áreas de atuação do enfermeiro dentro destas organizações são consideradas estressantes. As áreas consideradas mais estressantes pelos participantes do estudo estavam relacionadas à coordenação das atividades nas unidades e condições de trabalho para o desempenho das atividades dos enfermeiros.

A revisão da literatura sobre os estressores ocupacionais para enfermeiros em várias áreas de atuação indicou os seguintes estressores (Dewe, 1989; Laschinger e Haves, 1997; MacNeese-Smith, 1999; Laschinger *et al* 1999; Lautert *et al*, 1999; Bianchi, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Stacciarini e Tróccoli, 2001; Cotrell, 2001; Aiken *et al*, 2002; Gil-Monte, 2002; Batista, 2002; Guido, 2003; Larrabee *et al* 2003; McVicar, 2003; Vahey *et al*, 2004; Maslach, 2005; Menzani e Bianchi, 2005; Chang *et al*, 2005; O'Brien-Pallas *et al*, 2006; Barnard *et al*, 2006; NIOSH, 2008):

- **Relacionados à atuação profissional** – falta de autonomia; falta de controle sobre o trabalho; conflito de papel; ambigüidade de papéis; insatisfação no trabalho; rotina e monotonia; falta de oportunidade de crescimento na carreira; baixos salários;
- **Relacionados ao ambiente de trabalho** – reestruturação organizacional; falta de suporte organizacional; *powerless**; sobrecarga de trabalho; poucos recursos materiais e humanos; ausência de treinamento para uso de novas tecnologias; pressão no tempo; exposição a riscos ocupacionais e a doenças infecciosas;
- **Relacionados à administração de pessoal** – realização de escalas de trabalho; absenteísmo dos colaboradores; falta de envolvimento da equipe; *turnover* de enfermeiros e técnicos de enfermagem; número reduzido de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem;
- **Relacionados ao relacionamento interpessoal** – conflito com pacientes, familiares, colegas e superiores; conflito com equipe médica e de enfermagem; violência no local de trabalho;
- **Relacionados à assistência prestada** – lidar com a dor, sofrimento e morte; lidar com pacientes gravemente enfermos ou fora de possibilidades terapêuticas; lidar com os sentimentos dos pacientes

* *Powerless* - termo em inglês que designa aquele que é impotente, sem autoridade, ineficiente.

e familiares; fragmentação do cuidado; menor tempo de permanência com o paciente;

- **Relacionados à vida pessoal** - trabalho em turnos; rodízio de horário e de unidade de trabalho; privação do sono.

Stacciarini e Tróccoli (2001) consideram a indefinição do papel profissional como um importante estressor a ser considerado. Em seu estudo, analisaram os estressores de três grupos de enfermeiras que designaram como assistenciais (12), docentes (11) e administrativas (10). Os autores concluíram que alguns estressores são comuns a todos os grupos independente da área de atuação, como por exemplo, o foco da atuação do enfermeiro, seja o paciente ou aluno. Para o grupo de docentes, destaca-se a questão do baixo salário como sendo estressor, condição não apontada nos outros grupos. Para as outras categorias houve semelhança na indicação dos estressores, sendo que as funções administrativas não foram destacadas pelas enfermeiras como sendo fonte de stress, o que vai de encontro à literatura que aponta as funções relacionadas à administração de pessoal e de recursos como estressante.

Outros pesquisadores nacionais analisaram o stress de enfermeiros em diversas especialidades. Aquino (2005), em sua tese de doutorado, analisou o nível de stress de 30 enfermeiras de centro cirúrgico. Neste estudo a população apresentou escore elevado de stress nas atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade e na análise do relacionamento com equipe médica e de enfermagem, o qual foi considerado complexo e gerador de conflitos. Os dados obtidos neste estudo foram convergentes com os de outros pesquisadores (Bianchi, 1990; Bianchi, 1999; Stacciarini e Tróccoli, 2001; Guido, 2003).

Na análise dos sentimentos dos enfermeiros com relação ao trabalho, os participantes do estudo (Aquino, 2005) mostraram alto índice de insatisfação com oportunidades de crescimento e promoção na sua instituição e a forma como os conflitos são resolvidos gerando desprazer no ambiente de trabalho. Os fatores que geraram sofrimento no trabalho destes enfermeiros foram, o sofrimento do paciente e a falta de material necessário

à assistência; os fatores que geraram prazer estavam relacionados à recuperação do paciente e ao conhecimento técnico e científico que detem os enfermeiros.

Sangiuliano (2004), ao analisar o stress na atuação do enfermeiro em um hospital privado da cidade de São Paulo, evidenciou um maior nível de stress na população estudada referente à administração de pessoal. Como recomendação, seu estudo propõe uma revisão nos processos de trabalho a fim de melhorar o relacionamento entre as partes e facilitar a jornada de trabalho.

Batista (2005) em seu estudo sobre o stress entre enfermeiros de unidade de emergência evidenciou que os maiores estressores vividos por eles relacionam-se à ausência de condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro e atividades relacionadas à administração de pessoal. Constatou também que o stress no trabalho do enfermeiro desta unidade é proveniente do processo de trabalho e não algo originário do indivíduo. Quanto ao estado de saúde dos enfermeiros, pode ser avaliado como regular, havendo comprometimento de todo sistema orgânico, sendo os distúrbios cardiovasculares os mais assinalados, seguidos dos distúrbios respiratórios e gastrintestinais.

Chang *et al* (2005) realizaram estudo com 320 enfermeiras australianas utilizando o *Nursing Stress Scale*, o *WAYS* e o *SF-36* (instrumentos para avaliar a qualidade de vida no trabalho). Os resultados apontaram níveis normais de saúde física e níveis mais baixos de saúde mental. Os autores não conseguiram, entretanto, associar a alteração do estado de saúde mental com a profissão, segundo os mesmos, devido ao fato do estudo não ter sido prospectivo. Os estressores mais apontados no estudo foram: a sobrecarga de trabalho; o lidar com a morte e o morrer; conflitos com os médicos; ausência de suporte na instituição e por último, preparação técnica inadequada.

Segundo Albrecht (1988) toda organização, por ser um sistema social, possui uma ecologia humana distinta que influencia os processos cognitivo-emocionais dos indivíduos que nela trabalham. O autor alerta que, a visão de uma organização é diferente para cada grupo de trabalhadores;

enquanto que para os executivos a empresa possui uma conotação econômica, para os trabalhadores, ela possui característica social.

Ou seja, uma organização com ótimo desempenho econômico, na visão de seus dirigentes é uma empresa “muito bem administrada”. Enquanto que, a mesma empresa, na opinião de quem nela trabalha, pode ser vista como um lugar desagradável e desumano.

Como verificado anteriormente, as condições e a organização do trabalho contribuem para o desenvolvimento do stress ocupacional que ao se tornar crônico gera o *burnout*. Como condições do trabalho, entendem-se o ambiente físico, ambiente químico, ambiente biológico, as condições de higiene, de segurança e ergonômicas.

Frente a uma atividade que não traga a satisfação psíquica o sofrimento se instala gerando a insatisfação que, inicialmente é verificada no âmbito profissional, porém com repercussões nas dimensões física, familiar e social.

2.3 *BURNOUT*, INSATISFAÇÃO DO ENFERMEIRO E QUALIDADE DO CUIDADO

Sentir que o trabalho é importante, possuir as condições materiais e emocionais necessárias para exercê-lo com autonomia e segurança, além do reconhecimento público pelo que se faz são qualidades indispensáveis para garantir a motivação, compromisso e produtividade. O desafio mental estimula o profissional psicologicamente frente às tarefas a serem executadas. As pessoas se sentem mais estimuladas e motivadas em atividades que exijam o uso de suas habilidades mentais; se o feedback pelo seu desempenho for positivo, sua satisfação profissional é elevada. Na situação oposta, se a carga mental ultrapassar a competência do indivíduo, o sentimento de frustração e inadequação surgem levando ao stress (Albrecht, 1988).

Por outro lado, o trabalho alienante, aquele que suprime ou neutraliza a atividade mental ou intelectual do trabalhador, exerce impacto negativo no aparelho psíquico levando ao sofrimento e à insatisfação com a atividade, tema tão bem explorado por Dejours (1994).

O “estar satisfeito” com a profissão potencializa o compromisso do indivíduo com a empresa e com os clientes alvos de sua atividade, resultando em eficiência e eficácia. Para Maslach e Leiter (1999b) a eficácia profissional refere-se a um senso de competência profissional e realização e na presença do *burnout* este senso de eficácia diminui; indivíduos que o vivenciam são menos capazes de oferecer cuidados eficientes e humanizados.

Estudo realizado por McNeese-Smith (1999) para avaliar a satisfação e insatisfação de enfermeiras hospitalares com o seu trabalho, indicou que, para estes profissionais, a satisfação envolve as categorias cuidado ao paciente, ambiente, equilíbrio da carga de trabalho, relacionamento com equipe, fatores pessoais, salário e benefícios, profissionalismo, aspectos culturais da enfermeira e estágio na carreira. As áreas que influenciam a insatisfação no trabalho envolvem fatores relacionados ao cuidado com o paciente, tais como sentimento de sobrecarga de trabalho, equipe não colaborativa e situações que geram sentimentos de injustiça.

Este estudo também demonstrou que enfermeiras que executam um trabalho considerado “pobre” ou inadequado, demonstram uma atitude negativa ou estão em *burnout*, geram insatisfação no trabalho de outras enfermeiras e da equipe que querem oferecer um cuidado de qualidade (Quadro 2).

Esta afirmação corrobora a influência do *burnout* de um indivíduo no desempenho da equipe de trabalho, podendo, talvez até ser um dos fatores que contribua para o seu desenvolvimento em colegas de equipe. Desta forma, pode-se concluir que o *burnout* de um indivíduo afeta os seus pares e compromete o trabalho de toda a equipe.

Quadro 2 – Fatores que influenciam a satisfação e insatisfação no trabalho de enfermeiras hospitalares segundo McNeese-Smith (1999).

<i>Satisfação no Trabalho</i>	<i>Insatisfação no Trabalho</i>
1. Cuidado ao paciente <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que ofereceu o melhor cuidado • Reconhecimento do paciente e familiares • Acompanhar o progresso dos pacientes até a alta. • Crença na recompensa emocional ou espiritual 	1. Cuidado ao paciente <ul style="list-style-type: none"> • Sofrer abuso verbal • Constatar a piora do paciente • Ausência de resposta do paciente quanto ao cuidado ou às orientações • Receio de cometer erros
2. Ambiente <ul style="list-style-type: none"> • Salubre e agradável • Diversificação de pacientes, condição e atividades. 	2. Ambiente Não foram listados
3. Não foram listados.	3. Fatores que interferem com o trabalho e no cuidado ao paciente <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de vagas em UTIs • Falta de equipamentos para a assistência • Deficiências de outros departamentos • Aumento da burocracia • Atrasos no atendimento médico
4. Carga de trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio na carga de trabalho, nem a mais nem a menos 	4. Carga de trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de sobrecarga • Cuidado a pacientes muito “pesados” • Muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo • Exaustão no final do período • Falta de pessoal • Receio de cometer um erro
5. Relacionamento com colegas <ul style="list-style-type: none"> • Amizade, harmonia com equipe de enfermagem e com os médicos • Interdependência • Cooperação 	5. Relacionamento com colegas <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados não adequados realizados por colegas de outros departamentos • Tolerância com trabalho mal feito • Atitudes negativas de colegas • Trabalhadores que não seguem as normas. • Críticas não construtivas e fofocas de colegas. • Médicos que censuram enfermeiras • Médicos grosseiros
6. Fatores pessoais <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar próximo de casa • Contribuir financeiramente com a família • Folgar quando necessário • Facilidade em atingir metas pessoais • Possibilidade de assumir suas crenças pessoais e religiosas 	6. Fatores pessoais <ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares
7. Profissionalismo <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado da enfermagem focado no paciente • Oportunidade de raciocínio independente • Oportunidade de fazer parte da organização • Oportunidade de aprendizado em um hospital universitário • Oportunidade de crescimento profissional 	7. Profissionalismo Não foram listados
8. Fatores Organizacionais Não foram listados	8. Fatores organizacionais <ul style="list-style-type: none"> • Ameaças à segurança pessoal • Ausência de equidade • Política • Dispensa ou afastamento temporário
9. Experiência cultural da enfermeira <ul style="list-style-type: none"> • Valor do trabalho duro • Valor de servir a Deus e ao próximo • Sentido de melhorar as condições de vida 	9. Experiência cultural da enfermeira Não foram listados
10. Fase da carreira <ul style="list-style-type: none"> • Mudança pode gerar novas oportunidades • Papel de mentora para iniciantes e novas enfermeiras • Capacidade de focar o trabalho sem responsabilidade familiares • Ganhar maturidade e apreço pelo trabalho 	10. Fase da carreira <ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de cansaço ou <i>burnout</i>

Modificado de McNeese-Smith, 1999.

Embora pareça plausível que o *burnout* afete o desempenho profissional, poucos estudos foram realizados associando os dois universos.

Leiter, Harvie e Frizzle (1998) buscando analisar a correspondência entre o *burnout* da enfermeira e a satisfação do paciente com o cuidado prestado, concluíram que os pacientes internados em unidades nas quais as enfermeiras consideravam seu trabalho mais significativo, estavam mais satisfeitos com todos os aspectos relacionados à sua permanência no hospital. Os pacientes que se encontravam em unidades onde as enfermeiras sentiam-se exaustas, relataram estar menos satisfeitos com os vários componentes do cuidado. Da mesma forma, os pacientes menos satisfeitos encontravam-se internados nas unidades onde as enfermeiras demonstraram intenção de abandonar a profissão.

Resultados semelhantes foram obtidos mais recentemente em estudo desenvolvido por Vahey *et al* (2004) nos Estados Unidos da América. A investigação analisou o efeito do ambiente de trabalho no desenvolvimento do *burnout* entre enfermeiros e os efeitos deste ambiente e do *burnout* na satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem.

Os resultados demonstraram que nas unidades nas quais os enfermeiros indicaram ter melhores condições de trabalho (equipe bem dimensionada, bom apoio administrativo e boas relações com os médicos) os pacientes assistidos indicaram mais do que o dobro de satisfação comparados a outras unidades e os enfermeiros apresentaram níveis de *burnout* significativamente menores. Os autores concluíram que o nível de *burnout* dos enfermeiros também afeta a satisfação dos pacientes com os cuidados prestados, e que melhorias na organização do trabalho destes profissionais reduzem tanto o seu nível de *burnout* quanto a sua intenção de deixar a profissão, bem como aumenta a satisfação dos pacientes com o cuidado prestado.

Levantamento realizado por Aiken *et al* (2002) com 10.319 enfermeiras hospitalares em 303 hospitais da Pennsylvania (EUA), Ontário (Canadá), British Columbia, Inglaterra e Escócia para avaliar a relação entre organização e trabalho hospitalar e qualidade do cuidado prestado

evidenciou níveis elevados de insatisfação profissional e *burnout* de enfermeiros em todos os cinco países participantes.

O percentual de enfermeiras com níveis de *burnout* superiores às médias aceitáveis para profissionais de saúde variou de 54% de enfermeiras da Pennsylvania a 34% na Escócia. A maioria dos enfermeiros de todos os países avaliou a qualidade do cuidado prestado em suas unidades como regular ou fraco. O estudo concluiu que enfermeiros que trabalham em hospitais que oferecem pouco apoio administrativo para o cuidado de enfermagem relataram duas vezes mais insatisfação profissional e apresentaram níveis de *burnout* acima do aceitável para estes profissionais.

As análises estatísticas do estudo demonstraram que a equipe de enfermagem e o apoio organizacional para o cuidado causam um grande impacto na qualidade do cuidado prestado, se considerados individualmente ou em grupo; equipe de enfermagem melhor preparada está associada positivamente à qualidade do cuidado.

Associada à insatisfação no trabalho está o aumento no abandono da profissão, não somente no Brasil, mas também em outros países. Em revisão realizada por Larrabee *et al* (2003) somente nos Estados Unidos a taxa nacional de evasão de enfermeiras hospitalares foi de 12% em 1996, 15% em 1999 e 26,2% em 2000. Este volume de saídas (*turnover*) ocorreu simultaneamente com um declínio de 20% no número de graduandos nos cursos de enfermagem desde 1996 e a mais baixa taxa de enfermeiros desempregados na última década (1%).

O mesmo estudo demonstrou que o maior indicador de intenção de sair da profissão foi a insatisfação profissional e o maior indicador de satisfação profissional foi o *empowerment* psicológico, cujos indicadores foram *hardiness*, estilo de liderança para transformação, colaboração entre médicos e enfermeiros e coesão do grupo.

O *empowerment* psicológico ou interpessoal é um construto motivacional dinâmico manifestado por quatro ações cognitivas: sentido, competência, autodeterminação e impacto. Quando presentes, estas quatro ações formam uma orientação ativa na qual a pessoa deseja e sente-se

capaz de moldar o seu papel e o contexto do trabalho (Larrabee *et al* 2003). Entretanto, para que estas ações ocorram, a organização deve proporcionar o ambiente de *empowerment*.

Kanter (1993) define *empowerment* organizacional como o produto da interação dos empregados com estruturas organizacionais de informação, suporte, recursos e oportunidades que capacitam o empregado a se desenvolver e ser mais eficiente no seu trabalho e assegura que é de responsabilidade dos gerentes criarem este ambiente na organização. A autora sugere que empregados que participam das decisões sobre o seu trabalho sentem-se com mais controle sobre o processo, o que favorece o comprometimento com os resultados. Sua teoria enfatiza que o ambiente de trabalho é o fator determinante mais importante das atitudes e comportamentos dos empregados na organização e que mudanças neste ambiente podem gerar o *empowerment* dos mesmos, mais do que tentativas de mudança de comportamentos individuais.

A rotatividade de empregados pode ser vista como algo benéfico durante a reestruturação organizacional, porém uma alta taxa de saídas ou demissões voluntárias eleva os custos relacionados aos processos de seleção e treinamento e compromete a qualidade dos serviços prestados.

Considerando os efeitos deletérios do *burnout* nas dimensões individual e organizacional, os autores são unânimes em sugerir a realização de intervenções que capacitem os enfermeiros a reconhecer a sua gênese e mecanismos, bem como a utilizar as estratégias de *coping* mais eficazes no seu manejo.

Os estudos sobre a síndrome têm contribuído para elucidar as suas diferentes manifestações e os fatores relacionados à sua ocorrência especificamente nos trabalhadores das áreas assistenciais, dentre elas a da enfermagem. A mensuração do *burnout* nesses grupos auxilia no delineamento da inter-relação entre a dimensão individual e laboral permitindo o planejamento de intervenções focadas nos problemas reais que o produzem.

Como discutido até o momento, o *burnout* é a manifestação da cronificação do stress ocupacional, e a enfermagem é uma profissão que

aglutina os principais fatores para sua ocorrência, seja na dimensão organizacional, devido à estrutura administrativa das instituições hospitalares (normas, burocracia, hierarquização, administração Taylorista); na pessoal, pelas características do profissional (idade, visão humanística da profissão) e na dimensão do trabalho (organização, fragmentação de atividades, trabalho em turnos dentre outros).

Frente a estes indicadores, questiona-se a melhor intervenção para reduzir os estressores ocupacionais e, desta forma, minimizar a ocorrência do stress ocupacional e do *burnout*.

O presente estudo objetiva analisar a participação e resultados de uma intervenção informativa sobre stress e *burnout* e a avaliação dos enfermeiros sobre a mesma, partindo da seguinte questão norteadora: os enfermeiros que se encontram em nível alto de *burnout* buscam participar de um treinamento informativo sobre o tema e o avaliam como significativo?

As hipóteses analisadas foram:

- A informação sobre stress e *burnout* é avaliada pelo enfermeiro como recurso para enfrentamento do stress ocupacional;
- O treinamento informativo é procurado por enfermeiros avaliados como tendo:
 - Baixo escore em competência profissional;
 - Alto escore em desgaste emocional
 - Alto escore em despersonalização

3 PROGRAMAS PARA CONTROLE DO STRESS OCUPACIONAL E DO BURNOUT

O interesse nas conseqüências do stress ocupacional tanto para os trabalhadores quanto para as organizações vem crescendo nos últimos anos, já que o stress está associado ao baixo desempenho, aumento dos custos com seguro saúde, licenças médicas e *burnout* (Williams e Cooper, 1998; Levi, 2005; Sauter e Murphy, 2005).

Sabe-se que o stress ocupacional e o *burnout* surgem da interação entre pessoa e emprego, sendo que a organização do trabalho e as demandas da atividade desempenhada podem favorecer o seu desenvolvimento, considerando as características individuais e cognitivas do trabalhador como visto anteriormente. Ou seja, se as condições de trabalho foram criadas pelo homem, pode-se supor desta forma que ele também possua a condição de modificá-las.

Um ambiente de trabalho estressante expõe o trabalhador ao sofrimento psíquico e propicia o surgimento de problemas de saúde, stress ocupacional e *burnout*. Como um círculo vicioso, o stress ocupacional percebido pelos trabalhadores gera situações de conflito que alimentam a inadequação do clima organizacional para o desempenho saudável e produtivo (Figura 1).

Figura 1 – Influência da organização do trabalho no desenvolvimento do stress e na geração de conflitos, São Paulo - 2008.

O stress é a maior causa de doenças relacionadas ao trabalho e absenteísmo entre trabalhadores da área da saúde afetando a eficiência e a saúde física e mental (HSE, 2008b).

Estudos têm sido realizados na tentativa de indicar qual o tipo de intervenção é mais adequada para prevenção e redução do stress ocupacional.

Segundo a *European Agency for Safety and Health at Work* (2000) os métodos utilizados para o gerenciamento do stress ocupacional são divididos na literatura especializada em três tipos de intervenções: primárias, secundárias e terciárias.

Intervenções primárias são aquelas que buscam alterar a organização do trabalho visando à redução de estressores ocupacionais, tais como modificação do processo de trabalho e alterações ergonômicas. São mais raras na literatura devido em grande parte ao não reconhecimento das organizações sobre os efeitos deletérios do stress ocupacional tanto no âmbito individual como no organizacional.

As intervenções secundárias são focadas no treinamento dos trabalhadores, visando promover a saúde ou desenvolver habilidades psicológicas para enfrentamento dos estressores. Esta categoria de intervenções são as mais comuns por terem o seu enfoque na mudança de comportamento dos trabalhadores frente aos estressores e serem mais fáceis de conduzir no meio empresarial.

Por último, têm-se as intervenções terciárias que buscam oferecer apoio àqueles trabalhadores que foram vítimas do stress ocupacional e *burnout* e já desenvolveram problemas de saúde psíquicos ou físicos. Estas intervenções devem fazer parte de um programa conduzido pelo Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMET) da própria instituição a que pertence. Porém, assim como a implementação de intervenções primárias são de difícil execução, programas de acompanhamento do trabalhador que já apresenta comprometimento de saúde física ou psíquica desencadeado pelo stress e *burnout* são raros.

Em sua revisão van der Klink *et al* (2001) propuseram uma classificação das intervenções para gerenciamento do stress ocupacional

em dois grupos: no primeiro estão as estratégias para a reestruturação organizacional e redefinição de papéis; no segundo, estão englobadas as intervenções relacionadas aos métodos de relaxamento (físico e mental), *biofeedback*, a treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais (assertividade, *hardiness*, auto-estima) visando modificar a resposta do indivíduo aos estressores ocupacionais .

Outra classificação proposta por Ivancevich *et al* (1990) classifica as intervenções em quatro categorias: abordagem cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento, intervenções multi-modais e intervenções focadas na organização.

A abordagem cognitivo-comportamental é uma técnica utilizada para modificar a avaliação cognitiva do indivíduo e consequentemente seu comportamento, baseada no modelo Interacionista de Stress, sendo considerada atualmente como o componente principal dos programas de gerenciamento de stress (Gardner *et al*, 2005).

Nessa técnica, intervenções cognitivas buscam modificar a avaliação primária do indivíduo sobre o estressor (se o evento é estressante ou não) e também sobre a avaliação secundária (como a pessoa enfrentará esta situação). A intervenção no comportamento do indivíduo visa ensiná-lo e fortalecê-lo em recursos de *coping*.

As técnicas de relaxamento englobam o controle da respiração, meditação, yoga, musicoterapia, visualização criativa e terapia do humor. Intervenções multimodais utilizam técnicas de relaxamento associadas a módulos educacionais que ensinam ao indivíduo como reconhecer o stress e o *burnout*, as estratégias de *coping* mais eficazes, características de personalidade mais resistentes ao stress (*hardiness*, resiliência) e habilidades de comunicação interpessoal (assertividade).

As intervenções focadas na organização buscam modificar processos de trabalho e oferecem alternativas de gerenciamento do ambiente laboral.

A literatura oferece uma gama variada de estratégias para controle do stress ocupacional e do *burnout* em sua maioria com foco no indivíduo (secundárias). A seguir serão apresentados os programas para

redução do stress e *burnout* divulgados na literatura consultada e os resultados obtidos.

3.1 PROGRAMAS PARA REDUÇÃO DE STRESS E *BURNOUT*

O objeto de qualquer programa de gerenciamento de stress não é fazer com que os participantes eliminem o stress. Ao invés, a meta do treinamento deveria ser educar as pessoas sobre a natureza e o impacto do stress e assegurar que elas possuem uma variedade de habilidades intra e interpessoais para utilizar construtivamente contra o stress (Meichenbaum, 1988).

Os estudos sobre qualidade de vida no trabalho têm contribuído para alertar os dirigentes das instituições quanto à importância de melhorar as relações pessoais e a organização do trabalho no ambiente organizacional, visando minimizar o impacto dos estressores ocupacionais e o conseqüente adoecimento e comprometimento do processo produtivo.

Albrecht (1988) sugere um método duplo de abordagem para se reduzir o nível de stress e mantê-lo em níveis compatíveis com a saúde e a realização humana. Um método é o educacional, o outro é o técnico. O método educacional visa a ensinar o indivíduo algumas qualidades que o auxiliem a reduzir seus níveis de stress e reatividade aos estressores, mantendo o equilíbrio físico e emocional. O método técnico refere-se à reformulação dos processos de trabalho e ambiente organizacional, buscando o equilíbrio das variáveis da satisfação geral e estressores no trabalho dentro da zona de conforto, pessoalmente definida em termos de pressão, stress e desafio.

Intervenções para o controle do stress e redução do *burnout* focados no indivíduo visam promover características pessoais que facilitem o enfrentamento dos estressores, tais como treinamento em assertividade,

hardiness, resiliência, comunicação e relacionamento interpessoal e autoestima, sendo os mais difundidos na literatura (Sauter e Murphy, 2005).

3.1.1 Eficácia das intervenções para controle do stress ocupacional e *burnout*

As revisões sobre o tema nos últimos anos têm demonstrado que a maioria dos estudos não apresenta rigor metodológico necessário para que sejam replicados em ambientes diferentes (Kompier e Kristensen, 2003).

Autores como van der Klink *et al* (2001) ressaltam que as avaliações dos programas deveriam analisar a satisfação do empregado, os estressores ocupacionais, análise de absenteísmo e condições de saúde para analisar sua eficácia.

Porém, a condução de estudos que analisem indicadores como taxa de absenteísmo associado ou não a condições de morbididade está na dependência direta da participação da alta administração das instituições que autorizem a divulgação de tais dados para os pesquisadores.

A eficácia dos programas para gerenciamento do stress é de difícil comprovação devido às lacunas metodológicas e avaliações inadequadas, tais como, a participação voluntária dos empregados e ausência de avaliações longitudinais (European Agency for Safety and Health at Work, 2000). Uma das vantagens de intervenções para redução do stress ocupacional é que buscam modificar a percepção de estressores comuns a todos que participam do programa, anulando os efeitos negativos da ausência de seleção dos participantes.

Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) as intervenções chamadas “tipo único” apresentam vários vieses que podem prejudicar a avaliação de sua efetividade. Os autores sugerem um planejamento a partir do diagnóstico situacional e que envolva a instituição de forma a conciliar as ações focadas tanto na organização do trabalho quanto na capacitação do indivíduo no enfrentamento dos estressores ocupacionais.

Entretanto, a grande maioria das intervenções proposta na literatura possui foco no indivíduo e foram desenvolvidas para populações de gerentes e executivos de várias atividades, em detrimento das focadas na organização.

Com relação à eficácia das intervenções para redução do stress ocupacional com foco no indivíduo, van der Klink *et al* (2001), em sua meta-análise de estudos realizados no período de 1977 – 1996, utilizando várias técnicas, concluíram que: intervenções cognitivo-comportamentais foram significativamente mais eficazes do que as que utilizavam somente relaxamento e tendem a ser mais eficazes que técnicas multi-modais; técnicas cognitivo-comportamentais parecem ser mais eficazes para melhorar a percepção de qualidade de vida no trabalho, melhora os recursos psicológicos para enfrentamento do stress e reduzem as queixas relacionadas à sua presença; intervenções focadas no indivíduo devem ser a primeira escolha de intervenção quando há a percepção de stress por parte dos trabalhadores.

O fato deste tipo de intervenção ser mais difundida baseia-se no desconhecimento dos dirigentes das companhias e instituições da natureza transacional do stress ocupacional e no receio de que mudanças no contexto do processo de trabalho possam trazer prejuízos de ordem financeira e aumento de custos (Kompier *et al*, 1998).

Kompier e Kristensen (2003) na revisão sobre intervenções para gerenciamento do stress enumeram cinco características que dificultam o desenvolvimento de intervenções com foco na organização: [1] *as atitudes e os valores do gerenciamento empresarial*, os quais culpam as características individuais dos trabalhadores e sua vida familiar como causas de absenteísmo, baixa produtividade, ausência de comprometimento no trabalho, adoecimento físico e psicológico dentre outras; [2] *explicação de eventos sociais por fatores psíquicos individuais*, tradicionalmente focados pela psicologia e medicina do trabalho; [3] *estressores inerentes ao trabalho*, considerando que algumas atividades profissionais são mais estressantes que outras dificultando a redução do stress ocupacional; [4] *dificuldade em conduzir estudos de intervenção e de avaliação metodologicamente válidos*

em um contexto organizacional turbulento, a execução de intervenções pode contribuir para atrasos nos processos organizacionais primários e expor a empresa a pesquisadores externos sendo que os dados coletados e divulgados podem comprometer a sua imagem; [5] *segregação da denominação da pesquisa de stress*, a maioria dos estudos avaliam os resultados referentes ao indivíduo (estado de ânimo, ansiedade, queixas de saúde) em detrimento das avaliações de resultados (produtividade, taxas de absenteísmo por doença ocupacional, acidentes ocupacionais).

Traçando um paralelo com as instituições de saúde, pode-se perceber que estas condições também estão presentes e aliadas a outras, como um número reduzido de pessoal de enfermagem, a uma estrutura hierárquica rígida, a um processo de trabalho descontinuado e alienante, a “pressão do tempo” e ao receio de “abrir as portas” a questionamentos externos.

Este comportamento organizacional nas instituições de saúde caracteriza um paradoxo que exige reflexão; se por um lado busca-se oferecer o cuidado à saúde dos clientes, por outro contribui para o adoecimento dos profissionais que lá atuam. Parafraseando, Horta (1979) ao inverso tem-se “gente ‘doente’”, cuidando de gente”. Quando esta ilustre enfermeira proferiu esta frase, não poderia ter sido mais feliz, pois retrata a importância da humanidade, das virtudes, fraquezas, condições físicas, emocionais enfim, todo o universo que é o ser humano e que não pode ser negligenciado na relação entre cuidador e o ser “cuidado”.

Intervenções para o gerenciamento de stress entre profissionais de enfermagem vêm sendo conduzidas há décadas, embora em número reduzido se comparado a outros grupos profissionais. Todos os métodos oferecem benefícios e limitações, porém pode-se concluir que são efetivos na redução tanto do stress ocupacional quanto do *burnout*, embora haja limitações para que sejam reproduzidos em ambiente diferentes (Meichenbaum, 1996; Healy e McKay, 2000; Judkins e Ingram, 2002; Lin *et al*, 2004; Chang *et al*, 2005).

Para melhor compreensão serão apresentados estudos considerando o foco da abordagem, ou seja, centrados no indivíduo

(gerenciamento do stress ocupacional) e na organização (modificação dos estressores ocupacionais) exclusivamente para enfermeiros e equipe de enfermagem.

3.1.2 Estratégias com foco no indivíduo

Como visto anteriormente, as estratégias de gerenciamento do stress focadas no indivíduo englobam programas de relaxamento, educativos, treinamento em *hardiness* e assertividade, musicoterapia, meditação, exercícios e massagem.

Claus e Bailey (1980) sugerem um módulo de treinamento para enfermeiros composto por exercícios, técnicas de relaxamento, dieta, massagem, desenvolvimento de habilidades de comunicação, autoconfiança e técnica de trabalho em grupo, resolução de conflitos, intervenção em crise, ética, conhecimento e habilidades adequadas ao ambiente físico da unidade.

Bailey (1980) relatou sua experiência em um programa de gerenciamento de stress pelo desenvolvimento de estratégias de *coping* usando relaxamento progressivo, dessensibilização sistemática, meditação transcendental, regulação autógena, treinamento de inoculação de stress. O autor também defende a criação de um serviço especializado para o atendimento de profissionais de saúde em local de trabalho.

Newlin (1984) implementou um programa educacional sobre stress para enfermeiros atuantes em uma unidade de cuidados intensivos. A autora aplicou um questionário inicial para mensurar a percepção dos enfermeiros quanto ao stress vivido, os sintomas físicos e emocionais vivenciados no trabalho e o interesse em participar do programa. Dos 36 enfermeiros que participaram do questionamento inicial, 57% indicaram estar vivenciando o stress e 27% indicaram grande dificuldade em ir ao trabalho. Oitenta e cinco por cento dos enfermeiros indicaram estar interessados em participar do programa, porém somente seis participaram. A análise do programa demonstrou que os participantes consideraram-no eficaz e contribuiu para a redução do stress ocupacional pelo uso de estratégias de *coping* aprendidas.

Webster (1986) elaborou um programa para treinamento de enfermeiras de centro cirúrgico com estratégias que promoviam o fortalecimento da auto-estima e da auto-imagem, como elemento essencial para a redução da ansiedade, para evitar o stress e aumentar a satisfação pessoal e profissional.

Taylor (1991) analisou um programa de intervenção que incluiu exercícios e musicoterapia. O nível de stress foi avaliado utilizando-se a escala de Stress Percebido, a qual evidenciou uma redução de seus níveis quando comparado à análise pré-intervenção.

Kwandt (1992) testou o efeito de um programa enfocando o humor e relaxamento com uma única sessão de três horas. O stress foi avaliado com o *Psychiatric Nurse's Occupational Stress Scale* que demonstrou uma redução do nível de stress mais significativa no grupo abordado com técnicas de relaxamento do que no grupo de humor.

Tsai e Crockett (1993) ministraram um programa de relaxamento em uma amostra aleatória de enfermeiras em Taiwan, após a aplicação da versão chinesa do *Nurse Stress Checklist* e com um grupo controle. Os resultados demonstraram redução estatisticamente significativa dos níveis de stress entre os enfermeiros que participaram do treinamento.

Ravazi *et al* (1993) aplicaram um programa educacional sobre stress a um grupo de enfermeiras belgas e compararam os resultados a um grupo controle que não recebeu nenhuma intervenção. O nível de stress foi mensurado pela *Nursing Stress Scale*. Os autores concluíram que o programa foi eficaz na redução do stress ocupacional.

Lee e Crockett (1994) analisaram um programa de treinamento em assertividade com enfermeiras em Taiwan. Os autores utilizaram a *Perceived Stress Scale* para mensurar os níveis de stress e uma intervenção em um grupo controle foi realizada. Os resultados demonstraram uma maior redução de stress entre o grupo tratamento do que o controle, sendo estatisticamente significativa.

Carson, Cavagin e Bundark (1999) compararam a aplicação de um programa educacional a um grupo de enfermeiras inglesas com um grupo controle. O grupo controle recebeu uma apostila sobre gerenciamento

de stress e respondeu os mesmos instrumentos do grupo intervenção, a saber, *DeVilliers Carson Leary Stress Scale* e o *Maslach Inventory Burnout* (MIB). O grupo controle apresentou maior redução no nível de stress do que o grupo que recebeu a intervenção, embora este último tenha apresentado redução no nível de stress e *burnout*, porém sem significância estatística.

Judkins e Ingram (2002) ministraram um módulo educacional sobre stress e *hardiness* a 31 enfermeiras gerentes e avaliaram-no como eficaz para a redução do stress ocupacional e aumento do *hardiness*. As autoras ressaltam que indivíduos com altos níveis de compromisso são mais envolvidos com o trabalho e mais receptivos às mudanças organizacionais, o que contribui para redução do stress ocupacional.

Lambert V, Lambert C e Yamase (2003), em uma visão geral sobre stress ocupacional e *hardiness*, sugerem estratégias para o gerenciamento de stress baseado no desenvolvimento dos três componentes de *hardiness*: compromisso, controle e desafio.

Em revisão bibliográfica com análise crítica realizada por Mimura e Griffiths (2003) foram identificados 11 artigos sobre gerenciamento de stress entre enfermeiras, entre ensaios controlados e de *cohort* publicados desde 1990 a 2002. A revisão apontou que intervenções focadas em técnicas cognitivas apresentaram eficácia, porém, com fraca evidência; três intervenções baseadas em exercícios, música e relaxamento foram potencialmente eficazes; uma intervenção de suporte educacional é questionável, mas possivelmente efetiva; e duas não apresentaram consistência metodológica após análise crítica. Um estudo focando intervenções organizacionais (mudança de modelo assistencial de enfermagem) não apresentou resultados significativos. As autoras concluem que parece haver maiores evidências de eficácia de intervenções focadas no indivíduo do que na organização do trabalho para redução do stress ocupacional entre enfermeiras. Nenhum dos artigos analisados apresentou a significância clínica das mudanças do nível de stress das enfermeiras, concentrando-se somente na significância estatística.

Lin *et al* (2004) avaliaram o efeito de um programa de treinamento em assertividade em um grupo de estudantes de enfermagem e

medicina (N=69) e no desenvolvimento da assertividade, na melhora da auto-estima e comunicação interpessoal em um estudo longitudinal. Concluíram que a assertividade e auto-estima do grupo experimental apresentaram melhora significativa após o treinamento embora a comunicação interpessoal não tenha sido alterada.

Entretanto, este estudo não investigou a relação entre as características pessoais a serem desenvolvidas com presença ou não do *burnout*, o que impede que sejam feitas afirmações relativas à sua eficácia na redução de seus níveis.

Yung *et al* (2004) aplicaram um treinamento com técnicas de relaxamento físico e visualização criativa visando melhorar a saúde mental de enfermeiros gerentes em Hong Kong. Dos 65 enfermeiros participantes, 17 participaram do treinamento com técnicas de relaxamento físico, 18 com visualização criativa e 35 no grupo controle. A avaliação do estado mental foi feita com a versão chinesa do *Strait-Trait Anxiety Inventory* e do *General Health Questionnaire* uma vez antes das sessões e quatro vezes após até um mês de completado o treinamento. A análise estatística demonstrou que houve diferenças significativas entre os três grupos na ansiedade-estado durante as coletas pós-treinamento, sendo que o grupo controle apresentou nível significativamente maior de ansiedade-estado do que os demais (grupos de intervenção). Os autores concluíram que o método foi eficaz na redução da ansiedade dos enfermeiros.

Cohen-Katz *et al* (2005) analisaram qualitativa e quantitativamente os efeitos do programa *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) na redução do stress e do *burnout* de 27 enfermeiros em um hospital escola da Philadelphia (EUA). Os autores utilizaram o *Maslach Burnout Inventory*, *Brief Symptom Inventory* e *Mindfulness Attention Awareness Scale* e também um questionário para avaliação do programa. Os resultados obtidos demonstraram que o programa foi uma estratégia eficaz para a redução do *burnout*. Os participantes do grupo intervenção apresentaram redução significativa nas dimensões de desgaste emocional e despersonalização além de melhora na sua percepção de realização pessoal.

Chang *et al* (2005) recomendam programas de educação sobre stress e estratégias de *coping* para minimizar os efeitos negativos do stress mental das enfermeiras, em particular, intervenções que se concentrem em estratégias de *coping* individuais.

Na avaliação de estratégias de gerenciamento de stress focados no indivíduo, Murphy (1984) listou vantagens e desvantagens de sua adoção. As vantagens assinaladas foram: [1] podem ser implementadas de forma rápida sem maiores interrupções na rotina de trabalho; [2] podem ser planejadas para as necessidades individuais do grupo profissional e também contribuem para o controle de problemas extra-profissionais; [3] podem fazer parte do programa de aconselhamento profissional. O autor concluiu que a maior desvantagem de tais programas é que não são planejados para reduzir ou eliminar estressores e sim para capacitar os participantes a enfrentá-los.

Na análise dos estudos apresentados, percebe-se que há dificuldades em comparação, pois, como foi comentado, cada autor utiliza de questionários diferentes, com estratégias de abordagem do stress também diversificadas, muito embora alguns tenham usado o MIB. Essa realidade é encontrada entre outros estudos realizados sobre stress e *coping* no trabalho, não sendo particular e específica da enfermagem.

3.1.3 Estratégias focadas no ambiente organizacional

Estratégias de gerenciamento de stress para enfermeiros com intervenções no ambiente laboral também são encontradas na literatura consultada, embora sejam escassas.

Berg, Hansson e Hallberg (1994) testaram o efeito da introdução do *primary nursing* ou enfermeiro de referência (uma metodologia de trabalho da enfermagem que requer ambas as mudanças organizacionais e gerenciais), em dois grupos. O nível de stress foi avaliado por três escalas, a

versão suíça do *Maslach Inventory Burnout* (MIB) e a *Strain in Nursing Care Scale*, desenvolvida pelos pesquisadores. A análise do nível de stress após a intervenção demonstrou acentuada redução do nível de stress no grupo que recebeu a intervenção, entretanto os dados não foram significativos, devido, principalmente, à pequena amostra de enfermeiros.

Melchior *et al* (1996) também utilizaram como estratégia a aplicação do *primary nursing*. O *burnout* também foi avaliado pela *Maslach Inventory Burnout* (MIB). A análise dos resultados demonstrou nível de stress estável no pré e pós-tratamento em ambos, grupo controle e grupo tratamento, não indicando alterações significativas.

Encontra-se na literatura pesquisadores que têm desenvolvido estudos enfocando o modelo de *empowerment* de Kanter como forma de desenvolver um comportamento de liderança dos enfermeiros e reduzir o stress ocupacional e *burnout*.

Pesquisas demonstram uma ligação entre o comportamento de liderança e *empowerment* com redução do stress ocupacional entre enfermeiros (Laschinger e Havens 1997; Laschinger *et al*, 1999). Laschinger e Havens (1997) utilizaram o *Chandler Conditions of Work Effectiveness Scale*, o *Job Activities Scale*, o *Organizational Relationships Scale* e o *Lyons Job Tension Index* em uma amostra de 62 enfermeiros da Carolina do Norte (EUA). A análise de correlação demonstrou que a percepção de *empowerment* no trabalho estava forte e negativamente associada à tensão no trabalho ou à saúde mental ocupacional, confirmando a teoria de Kanter na qual a ausência de *empowerment* no trabalho leva à frustração dos trabalhadores e consequentemente ao stress ocupacional. A mais expressiva correlação ocorreu entre tensão no trabalho e o acesso aos recursos, seguida de acesso ao suporte administrativo. Os autores concluíram que a criação de um ambiente de trabalho que ofereça um senso de poder aos enfermeiros é uma estratégia organizacional que promete a redução do stress ocupacional.

Proctor *et al* (1998) analisaram os efeitos de um treinamento estruturado e oferecimento de apoio administrativo a um grupo de enfermeiros em hospitais ingleses, buscando introduzir uma mudança organizacional. Um

grupo controle não recebeu intervenção. Para mensurar o nível de stress foi utilizado o *Occupational Stress Indicator*. Os resultados demonstraram que o nível de stress aumentou em todas as subescalas do instrumento após intervenção. Os autores também aplicaram o *General Health Questionnaire* que demonstrou os mesmos resultados do primeiro instrumento.

Cottrell (2001) utilizou uma intervenção baseada no modelo de supervisão clínica a 31 enfermeiros atuantes em saúde mental no interior da Inglaterra. Este modelo enfatiza ações que mobilizem o suporte social, promovam maior autonomia e controle, auxilie na resolução de problemas e facilite a conscientização do trabalho interpessoal, através de maior contato entre os gerentes e líderes de enfermagem com a equipe. A intervenção baseia-se em suporte (administrativo), educação e supervisão, esta última com a finalidade de auxiliar o profissional na escolha da melhor ação e atitude frente a uma situação, de forma ética e assertiva. Os resultados demonstraram uma elevação da satisfação profissional dos enfermeiros, redução do nível de stress e aumento do conhecimento técnico e redução de conflitos interpessoais.

Sarmiento *et al* (2004) analisaram a percepção de *empowerment* de um grupo de 89 professores de um curso de graduação de enfermagem e o *burnout* em um estudo descritivo e correlacional utilizando o *Maslach Burnout Inventory Educator Survey*, *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire*, *Job Activies Scale*, *Organizational Relationship Scale* and *Global Satisfaction Questionnaire*. Os resultados indicaram que os docentes se encontravam em níveis moderados de *empowerment* bem como em *burnout*. O *empowerment* foi significativamente relacionado a todas as três dimensões do *burnout*, porém mais fortemente ao desgaste emocional e despersonalização.

Como pode ser verificada, a condução de estudos empíricos com foco na organização apresenta um longo caminho a ser percorrido. Ficou patente que, pela escassez de estudos e de resultados, a abordagem no âmbito organizacional se traduz pela intervenção em setores e em esferas organizacionais que muitas vezes são impedidas pela alta administração, o que também ocorre em outras profissões.

Dentre as estratégias apresentadas na literatura sobre o tema encontra-se o *Inoculation Stress Program* ou inoculação de stress, classificada como intervenção focada no indivíduo e que foi objeto desta investigação.

3.2 INOCULAÇÃO DE STRESS

O termo **inoculação de stress** faz uma analogia à técnica de imunização, na qual um agente infeccioso atenuado é 'inoculado' em um organismo com o objetivo de imunizá-lo contra este agente.

Segundo Janis (1985), o programa de inoculação de stress busca oferecer recomendações e confiança ao indivíduo a fim de prepará-lo para enfrentar os perigos e perdas. Para a autora, qualquer preparação comunicativa pode ser considerada como uma ação de inoculação de stress se for capaz de aumentar no indivíduo sua tolerância para eventos subseqüentes.

Ações comunicativas com esta finalidade são desenvolvidas em um único momento e de forma rápida (cerca de 10 minutos) antes de uma prova, cirurgia ou outra situação estressante.

O Programa de Inoculação de Stress (PIS) foi idealizado numa tentativa de integrar a pesquisa dos fatores cognitivos e emocionais nos processos de *coping* com a tecnologia emergente da terapia cognitivo comportamental proposto por Meichenbaum e Deffenbacher (1988).

O PIS tem sido utilizado como tratamento básico para auxiliar indivíduos a enfrentar exposição a estressores e como recurso preventivo para exposições futuras e parte dos pressupostos de que o stress, como experiência individual, é freqüentemente endêmico, institucional e inevitável; é de natureza transacional e que há necessidade de se trabalhar não somente com o indivíduo como também, em algumas ocasiões, ir além de intervenções individuais ou como o grupo e adotar um foco baseado na

comunidade (Janis, 1985).

Os participantes são encorajados a ver a ameaça e provocações como problemas a serem resolvidos e identificar aqueles aspectos de suas ações e reações que possam ser modificados e aqueles que não o podem. Eles são ensinados a como adaptar as estratégias de *coping*, o foco no problema ou foco na emoção para perceber as demandas de uma situação estressante e a fragmentar estressores mais gerais em específicos, com metas de *coping* a curto, médio e longo prazo. Nesta fase a resposta ao stress do participante é re-conceitualizada para uma situação específica (ansiedade, raiva entre outras).

O período de intervenção varia de 20 minutos, para preparar pacientes para cirurgia (Langer, Janis e Wolfer, 1975) a 40 horas, com sessões de uma hora / semana ou a cada duas semanas e, na maioria dos casos, o PIS engloba oito a 15 sessões, conduzidas num período de três a 12 meses. O PIS é uma técnica amplamente utilizada no tratamento de pacientes psiquiátricos ou indivíduos com doenças crônicas (Moore e Altmaier, 1981). Em grupos profissionais, há estudos desenvolvidos com professores, enfermeiras, policiais entre outros.

O PIS é uma estratégia de fácil aplicação, de baixo custo e que se apresenta eficaz em vários contextos, não sendo necessária formação terapêutica em técnicas cognitivo-comportamentais podendo ser ministrada por profissional com conhecimentos básicos de stress, *burnout* e *coping* (Lazarus, Folkman, 1984).

Meichenbaum e Deffenbacher (1988) descreveram o PIS em três passos:

1. Educacional ou fase de conceitos – Nesta fase deve-se abordar o indivíduo quanto à natureza de seus problemas enumerando as características negativas das situações que provocam a ansiedade e características positivas, que são tranquilizadoras, e que podem contribuir para o desenvolvimento de formas mais eficazes de gerenciar a situação. O principal objetivo desta fase é auxiliar o indivíduo a elaborar conceitos sobre seus sintomas e sentimentos

frente aos estressores e a buscar alternativas de ação, colocando-o no controle;

2. Treinamento ou repetição – Tem por objetivo ensinar o indivíduo a desenvolver habilidades de *coping* mais eficazes e que reduzam a excitação emocional em situações estressantes.
3. Exposição a estressores - Envolve a aplicação das novas habilidades adquiridas em uma série de situações imaginárias ou já vivenciadas pelo indivíduo e ainda aquelas em que eles estejam vivenciando durante o programa.

A informação acerca de como lidar antecipadamente com um evento estressante leva o indivíduo a aprimorar as estratégias de *coping*. A combinação da previsão de eventos adversos que poderiam ser vivenciados associada a recomendações sobre quais as estratégias de *coping* seriam mais eficazes provou ser efetiva para vários grupos de pessoas (Janis, 1985).

West, Horan e Games (1984) aplicaram o PIS a 60 enfermeiros que atuavam em unidade de terapia intensiva e utilizaram o *State-Trait Anxiety Inventory*, a *Rathus Assertiveness Schedule*, o *Job-Related Tension Index*, o *Maslach Burnout Inventory* e o *Life Satisfaction Index* para avaliação dos resultados. Os enfermeiros foram divididos em subgrupos, a saber: a) grupo placebo; b) grupo educacional; c) grupo treinamento em *coping* e educacional; d) grupo exposição aos estressores e educacional; e) grupo que recebeu todas as fases do PIS. Os autores concluíram que houve melhora significativa no pós-teste na avaliação de todos os instrumentos para os enfermeiros que participaram do grupo “c”.

Bianchi (1990) concluiu que um programa de inoculação de stress aplicado a um grupo de enfermeiras de centro cirúrgico mostrou-se como uma das alternativas adequadas para a diminuição ou eliminação dos fatores estressantes à atuação do enfermeiro neste ambiente.

Indubitavelmente, propostas de intervenções para o gerenciamento de stress focadas no indivíduo são encontradas em maior número na literatura em detrimento de ações com foco na organização.

Como discutido anteriormente, este tipo de intervenção organizacional apresenta um grau de dificuldade maior para ser efetivada, graças à crença dos gestores de que o stress ocupacional e o *burnout* ocorrem devido a características pessoais de vulnerabilidade do empregado e que programas para sua redução e prevenção trariam um maior custo às empresas.

Tal comportamento pode estar relacionado ao desconhecimento das causas e repercussões organizacionais do stress ocupacional e do *burnout* por parte do empregador e do empregado e, especialmente, dos custos envolvidos na presença da síndrome. Outra hipótese a ser considerada é o estilo da administração não participativa, centralizadora e, em alguns casos assediadora, que caracteriza a administração nas instituições hospitalares, especialmente em nosso país.

Portanto, a opção por um tipo de estratégia pelo pesquisador deve considerar tais condições, analisar a viabilidade de sua execução sem perder de vista os objetivos da pesquisa. Desta forma, busca-se conciliar a necessidade da investigação com as condições mínimas necessárias à sua execução.

Baseado nestas considerações utilizou-se neste estudo uma intervenção que conciliasse estas necessidades e que fosse reconhecida no meio acadêmico, o programa de inoculação de stress.

Pode-se constatar que vários estudos realizados nas últimas décadas apontam a enfermagem como sendo uma profissão estressante tendo sido identificados vários estressores ocupacionais ligados à profissão.

Faz-se necessário ressaltar que a abordagem individual do stress é capaz de fornecer bons resultados, melhorando efetivamente as relações interpessoais. Entretanto não se pode menosprezar o valor e a influência que o ambiente exerce sobre o trabalhador.

Em resumo, o stress é uma condição básica para a vida. A forma como os estressores são avaliados pelo indivíduo, como dano ou perda, ameaça ou desafio, é que dará o tom da resposta neuro-imuno-endócrina, originando as manifestações físicas e psicológicas, visando o retorno à homeostase. Quanto maior o repertório cognitivo do indivíduo

melhor as respostas de *coping* frente ao estressor.

Este capítulo teve por finalidade demonstrar como o ambiente de trabalho torna-se um local de luta, pois coloca o indivíduo frente a frente com várias fontes de stress: a organização do trabalho e a interação pessoal diária, especialmente para as enfermeiras que vivenciam um processo de trabalho fragmentado, gerenciando as diversas categorias profissionais, com poucas recompensas e sem *feedback* positivo de seus pacientes; ambientes que não oferecem condições de realização pessoal ou profissional; baixos salários e alta exigência; ausência de autonomia, processos comunicacionais falhos entre tantas outras.

Frente a este quadro, o objetivo deste estudo é oferecer e analisar um programa de treinamento para capacitar as enfermeiras a reconhecer seu stress e os mecanismos de *coping* que já utilizam e os que poderão ser utilizados no processo de trabalho visando a enfrentar o stress e, desta forma, conseguir uma melhor adaptação.

Considerando que o stress vivenciado pela pessoa altera a sua percepção, dificulta a análise da situação e a busca pela melhor estratégia de enfrentamento, a questão que norteia este estudo é: será que o enfermeiro que se considera estressado e ou se encontra em *burnout* participa de um treinamento informativo sobre stress e o avalia como significativo?

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, correlacional com delineamento transversal e abordagem quantitativa (Gil, 1996).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Foi realizado contato com as Diretoras Assistenciais de duas instituições hospitalares para apresentação do projeto e autorização da pesquisa (Apêndice A). As duas instituições hospitalares possuem características distintas considerando sua estrutura física, dimensionamento de recursos humanos e especialização. Entretanto, ambas são gerenciadas pelo mesmo grupo de gestores ligados à uma organização filantrópica e no momento da coleta de dados, passavam por uma reestruturação administrativa. Este estudo não teve por objetivo comparar os resultados coletados distintamente em cada uma das instituições.

A instituição A possui 43 leitos, atende pacientes particulares e com cobertura de convênios médicos (15,00%) e também do convênio SUS (85,00%). Sua equipe de enfermagem é composta por 17 enfermeiros, distribuídos nos turnos da manhã (07), vespertino (06) e noturno (04), trabalhando com carga horária de 36 horas/semanais, entre enfermeiros assistenciais e administrativos e não pratica a política de rodízio de unidade como norma institucional. Possui uma enfermeira que responde pelo cargo de Diretora Assistencial, sendo responsável pelos departamentos de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e assistência social.

Caracteriza-se como hospital de pequeno porte, média complexidade, especializado em oncologia e desenvolve pesquisas para prevenção e tratamento do câncer nas especialidades de ginecologia e mastologia, onde oferece um programa de residência médica. Além destas especialidades, realiza tratamentos em urologia, pele e anexos, gastroenterologia e de doenças de cabeça e pescoço. Possui 43 leitos distribuídos em duas unidades de internação, Unidade de Terapia Intensiva

e Pronto Atendimento além de possuir um ambulatório para consultas e pequenos procedimentos. Por ser especializada em oncologia, a instituição oferece tratamento ambulatorial para quimioterapia anti-neoplásica, radioterapia e de medicina nuclear.

A instituição *B* possui 215 leitos, atende pacientes particulares e com cobertura de convênios médicos exclusivamente, e emprega 128 enfermeiros atuando nos turnos da manhã (50), tarde (50) e noturno (28) em regime de 36 horas/semanais para enfermeiros assistenciais e 40 horas para os administrativos. Também não pratica rodízio de unidades ou horário como norma institucional.

Caracteriza-se como hospital geral, de grande porte, oferecendo atendimento a todas as especialidades inclusive em obstetrícia, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatológica e Pronto Atendimento. A Diretoria Assistencial é de responsabilidade de uma enfermeira que dirige 126 enfermeiros para a cobertura dos quatro turnos de trabalho, folgas e férias. Os enfermeiros exercem funções assistenciais e administrativas, sendo que para as unidades consideradas de atendimento crítico há um enfermeiro que responde pela supervisão e outros pela assistência durante o turno de trabalho. A instituição possui o Serviço de Educação Continuada, chefiado por uma enfermeira que se somando à Diretora Assistencial totalizam 128 enfermeiros.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por todos os enfermeiros atuantes nas duas instituições onde se realizou a coleta de dados em todos os turnos de trabalho segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro atuante na instituição há pelo menos um ano independente da área de atuação.
- Concordar em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Os instrumentos para coleta de dados foram entregues para 17 enfermeiros da primeira instituição (instituição A) e para 128 da segunda (instituição B) em envelopes lacrados (totalizando 145 enfermeiros). Na primeira instituição sete (41,00%) enfermeiros devolveram o envelope com os instrumentos e na segunda, 107 (83,59%) devolveram. Dos instrumentos devolvidos da instituição A, **três** enfermeiros indicaram não ter disponibilidade para participar do treinamento, embora indicassem interesse, sendo excluídos do estudo devido ao não preenchimento correto dos instrumentos.

A amostra foi acidental, já que a inclusão dos participantes foi feita mediante o preenchimento correto dos instrumentos devolvidos e a concordância dos sujeitos (**N=111**) em participar. A amostra do estudo foi subdividida em dois grupos, a saber:

- i. **Grupo** não participante do treinamento – composto por **79** enfermeiros que participaram da pesquisa sobre identificação do *burnout*, mas não participaram do treinamento.
- ii. **Grupo Treinamento** – composto por **32** enfermeiros que participaram do treinamento.

Para a amostra participante do treinamento ($n=32$), o poder amostral foi determinado considerando-se o coeficiente de correlação intraclassa sob H_0 ($ICC = 0,51$) e sob H_1 ($ICC = 0,81$) na amostra, fixando-se erro do tipo I em 5%, número de observações por indivíduo igual a seis (6) e o tamanho amostral de 32 indivíduos, obtendo-se um poder de **0,85 (85,00%)**.

4.4 INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados por meio da aplicação dos instrumentos apresentados a seguir. Todos os instrumentos, exceto o MIB (*Maslach Inventory Burnout*), foram elaborados pela pesquisadora exclusivamente para o presente estudo.

4.4.1 Instrumento para caracterização da instituição (Apêndice C)

Este instrumento teve por objetivo coletar os dados que caracterizassem de forma sucinta as instituições participantes do estudo e constou de sete questões estruturadas, a saber: forma de financiamento ou entidade mantenedora, número de leitos, número de enfermeiros por período, carga horária semanal dos enfermeiros, perfil da clientela atendida e rodízio de enfermeiros entre as unidades de internação. O instrumento foi aplicado exclusivamente à Diretora Assistencial de ambas as instituições.

4.4.2 Instrumento de identificação do Participante (Apêndice D)

Este instrumento foi composto por 16 questões semi-estruturadas com o objetivo de levantar dados referentes às características sócio-demográficas e sócio-ocupacionais da amostra, a saber: sexo, idade, estado civil, número de filhos, tempo de formado, cursos de pós-graduação, cargo que ocupa na instituição, área de atuação na instituição e opção nesta área, turno de trabalho, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na unidade, rodízio de unidade ou de horário, faixa salarial, trabalho em outro emprego, área e turno de atuação em outro emprego e participação em entidades de classe. O instrumento foi aplicado a todos os enfermeiros atuantes nas duas instituições, independentemente de sua participação no treinamento sobre stress.

4.4.3 Maslach Inventory Burnout - MIB (Anexo A)

O *Maslach Inventory Burnout* (MIB) versão HSS (*Human Services Survey*) foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, traduzido e validado em português por Lautert, 1995.

Este inventário busca abranger as três dimensões do *burnout* (desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional). Sua construção partiu de duas dimensões, desgaste emocional e despersonalização, sendo que a terceira dimensão, incompetência profissional surgiu após estudo desenvolvido com centenas de pessoas entre uma ampla gama de profissionais. É um questionário auto-aplicável, tipo Likert, no qual o indivíduo assinala uma das alternativas: “nunca”, “algumas vezes ao ano”, “algumas vezes ao mês”, “algumas vezes na semana” e “diariamente” (com valores que variam de zero a quatro) que melhor retrate a sua experiência diária no trabalho.

Inicialmente, o inventário possuía 47 itens que foram aplicados em uma amostra de 605 sujeitos de várias ocupações profissionais. Dez fatores emergiram e, por meio de uma avaliação criteriosa, foram eliminados seis deles, juntamente com 24 itens que não possuíam peso fatorial superior a 0,40. Após aplicação em uma nova amostra de 420 sujeitos com perfil igual ao anterior, os mesmos quatro fatores emergiram, sendo que somente três destes apresentaram significância empírica (Maslach e Jackson, 1981).

Atualmente o inventário é composto por 22 itens distribuídos em três sub-escalas, a saber:

- Desgaste Emocional (DE) – composta por nove (09) questões: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20;
- Despersonalização (DP) – composta por cinco (05) questões: 5, 10, 11, 15 e 22;
- Incompetência Profissional (INP) – composta por oito (08) questões: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21.

Altas pontuações em exaustão emocional e despersonalização, associadas à baixa pontuação em INP indicam que o indivíduo está em *burnout* (Benevides-Pereira, 2002b). Vale lembrar que a pontuação da dimensão INP possui escore reverso, ou seja, quanto maior o escore nesta dimensão melhor a percepção do indivíduo sobre a sua eficácia profissional.

Os pontos de corte para as dimensões desgaste emocional e despersonalização foram obtidos pelo percentil 75 e para incompetência profissional pelo percentil 25, já que este possui escore reverso, conforme a validação do MIB no Brasil realizada por Lautert (1995).

Desta forma, o ponto de corte para cada dimensão do *burnout* na amostra do estudo apresentou-se como se segue:

- Desgaste emocional (percentil 75):
 - Baixo/moderado nível – escores de 0 a 16
 - Alto nível – escores de 17 a 30
- Despesonalização (percentil 75):
 - Baixo/moderado nível – escores de 0 a 6
 - Alto nível – escores de 7 a 12
- Incompetência profissional (percentil 25, escore reverso):
 - Baixo/moderado nível – escores de 23 a 32
 - Alto nível – escores de 5 a 22.

A avaliação da consistência interna dos escores dos domínios do MIB por meio do Alfa de *Cronbach* permite verificar se as questões foram compreendidas e se os dados são minimamente confiáveis. A consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta um Alfa de *Cronbach* que vai desde 0,71 até 0,90 e os coeficientes de teste e reteste vão de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês.

O Quadro 3 apresenta os valores de confiabilidade (Alfa de *Cronbach*) do MIB em estudos já realizados.

Quadro 3 – Confiabilidade do *Maslach Inventory Burnout* em estudos realizados, segundo Benevides-Pereira, 2002 (Cap.2).

Dimensões	Brasil NEPASB (atual GEPEP)	Gil-Monte & Peiró	Holanda	EUA
DE	0,84	0,86	0,88	0,90
DP	0,57	0,58	0,70	0,79
INP	0,76	0,72	0,80	0,71

DE = desgaste emocional; DP = despersonalização; INP=incompetência profissional

Rodrigues (2006) em seu estudo sobre *burnout* e estilos de *coping* em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos obtiveram os seguintes valores de Alfa de *Cronbach*: domínio DE, 0,878; domínio DP, 0,517 e domínio INP de 0,805.

Em estudo realizado por Gil-Monte (2002) sobre a influência do gênero sobre o *burnout* em profissionais de enfermagem, foram obtidos os seguintes valores de Alfa de *Cronbach*: domínio DE, 0,870; domínio DP, 0,590 e domínio INP de 0,690.

Valores entre 0,70 e 0,90 são considerados altos e valores abaixo de 0,70 são considerados de baixa consistência interna. Entretanto, na literatura encontram-se autores que consideram valores $\geq 0,50$ como sendo de boa consistência interna. Nunnally (1978), por exemplo, considera o valor de 0,70 uma confiabilidade aceitável. Os resultados da análise de confiabilidade do MIB para o presente estudo no grupo total e no grupo participante do treinamento são apresentados no Quadro 4.

Os valores do Alfa de *Cronbach* para os domínios DE (pré-teste); DE e DP (pós-teste) estão dentro dos níveis aceitáveis, segundo a literatura. Quanto ao ICC, apenas o do DE é considerado excelente. Estes resultados demonstram que o instrumento apresentou uma boa confiabilidade interna para os domínios DE e DP. O domínio INP foi o que apresentou índice mais baixo, assemelhando-se aos resultados obtidos em estudos norte-americanos.

Quadro 4 – Confiabilidade do *Maslach Inventory Burnout* para o grupo não participante (n=79) e participante do treinamento (n=32). São Paulo, 2008.

DOMÍNIOS	Alfa de Cronbach Pré-teste	Alfa de Cronbach Pós-teste	ICC	IC 95%
Participante				
DE	0,87	0,90	0,82	0,626 - 0,911(p<0,001)
DP	0,66	0,80	0,51	-0,004 - 0,761(p=0,026)
INP	0,62	0,62	0,52	0,020 - 0,767(p=0,022)
Não Participante				
DE	0,87	---		
DP	0,71	----		
INP	0,68	----		

Ao contrário das experiências do NEPASB (Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de *Burnout*) atual GEPEP (Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Estresse e *Burnout*) do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – Paraná (Brasil) e dos estudos de Gil-Monte e Peiró (1997) e Rodrigues (2002), a dimensão DP apresentou um bom Alfa de Cronbach no presente estudo.

4.4.4 Instrumento de Percepção de stress e interesse na participação no treinamento (Apêndice E)

Este instrumento foi composto de duas partes: a primeira, por sete questões semi-estruturadas e foi aplicado no início da coleta de dados para identificar a percepção pessoal de stress e sintomas apresentados. As questões 1 e 2 foram dicotômicas, ou seja, o respondente assinalou “sim” ou “não”.

A primeira questão versou sobre a percepção pessoal de “sentir-se estressado”; a segunda, questionou o respondente sobre se este sentimento o desestimulava a ir ao trabalho. A terceira questão solicitou ao respondente que indicasse a presença de algumas condições e sintomas

que ele (a) mais frequentemente experimenta em seu trabalho, a saber: dores de cabeça, dores nas costas, tensão muscular no pescoço e ombros, fadiga, preocupação, depressão, agitação, impaciência, raiva, frustração, fumar compulsivamente, comer compulsivamente, chorar e outras (aberta).

As questões de número quatro a sete foram dicotômicas (sim e não) sendo que a questão de número quatro questionou o respondente se ele (a) gostaria de saber mais sobre stress; a questão cinco, se o respondente acreditava que se soubesse mais sobre stress e de como trabalhar com ele se sentiria mais satisfeito em ir ao trabalho; a questão seis, se o respondente gostaria de ajuda para aprender a se sentir menos estressado no trabalho e a última questionou-o se participaria de um treinamento informativo de stress caso ele fosse oferecido na instituição.

A segunda parte do instrumento constou do conteúdo resumido do treinamento, a informação de que será ministrado no turno de trabalho, além de convite à participação, onde o respondente deveria assinalar “sim” ou “não” e o período de trabalho.

4.4.5 Instrumento de Avaliação da Intervenção (Apêndice G)

Trata-se de um questionário contendo duas questões abertas e sete fechadas com o objetivo de avaliar a aplicabilidade dos conceitos aprendidos durante o treinamento no âmbito pessoal, profissional e familiar, além do próprio conteúdo apresentado e a forma de apresentação.

As questões fechadas (de número um a sete) foram tipo *Likert* com uma pontuação que variou de 1 (nunca) a 5 (sempre), onde cada respondente assinalou o número da escala correspondente à sua avaliação sobre a questão posta. Estas questões abordaram o conteúdo do treinamento, a aplicação dos conceitos e estratégias na vida profissional e pessoal, a carga horária total e semanal, o horário do treinamento, os recursos audiovisuais e as estratégias de ensino. As questões abertas (três) questionaram o respondente sobre a importância de se abordar o stress entre enfermeiros e graduandos de enfermagem, se havia utilizado conscientemente alguma estratégia de *coping* aprendida no treinamento e

pedia para que descrevesse a situação além de sugestões para o sucesso dessa abordagem informativa.

Este instrumento foi aplicado aos participantes no último dia de treinamento.

4.4.6 Instrumento de Avaliação de Não Participação no treinamento (Apêndice H)

Este instrumento buscou identificar os motivos da não participação no treinamento para aqueles sujeitos que indicaram interesse em participar no questionário inicial (Apêndice E). Constou de uma pergunta aberta na qual foi solicitado ao respondente justificar o(s) motivo(s) pelo(s) qual (is) não participou do treinamento.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA

O projeto de pesquisa foi apresentado às diretorias assistenciais de ambas as instituições que autorizaram a execução da pesquisa após aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa aos quais foi submetido, sendo aprovado sem restrições por meio do protocolo nº 0002.0.027.000-07 (FR122675). Na realização do estudo foram obedecidos os preceitos éticos em pesquisa contidos na Resolução do CONEP 196/96, por meio da autorização dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A partir da aprovação do projeto foi realizada reunião entre a pesquisadora e a diretora assistencial da instituição A para: (1) definir a estratégia de distribuição dos instrumentos para a população de enfermeiros da instituição e (2) estabelecer o fluxo e prazos para retorno dos instrumentos. Na instituição B a reunião contou com a presença da enfermeira da educação continuada, além da Diretora Assistencial, para

estabelecimento dos mesmos passos. Após consenso sobre o fluxo operacional a ser seguido, a pesquisadora obteve a autorização para iniciar a coleta de dados. Para garantir o sigilo dos dados, os instrumentos foram encaminhados em envelope lacrado com a solicitação que seu respondente também o retornasse lacrado. A coleta de dados foi operacionalizada em três fases, a saber: **coleta pré-treinamento, implementação do treinamento e coleta pós-treinamento.**

I. Coleta pré-treinamento - As primeiras enfermeiras a responderem os instrumentos foram as Diretoras Assistenciais, incluindo o instrumento de caracterização da instituição (Apêndice C) e o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice B). A seguir, os instrumentos (Apêndices B, D, e E) foram entregues aos enfermeiros de ambas as instituições e a coleta foi operacionalizada como se segue:

1. **Distribuição dos instrumentos** - Os envelopes foram entregues aos enfermeiros de todos os turnos (145 no total), sendo que na instituição A, as supervisoras realizaram a entrega e na instituição B, o serviço de educação continuada encaminhou os envelopes lacrados para as lideranças das unidades e estas, aos enfermeiros. Esta fase ocorreu em períodos distintos, sendo que na primeira instituição se deu em maio de 2007 e na segunda em julho de 2007;
2. **Retorno dos instrumentos** - Foi dado um prazo de três semanas para retorno dos envelopes;
3. **Identificação dos interessados** - Após retorno dos envelopes a pesquisadora identificou os enfermeiros interessados em participar do treinamento informativo e seu turno de trabalho;
4. **Estabelecimento do cronograma do treinamento e divulgação** - o cronograma do treinamento foi elaborado pela pesquisadora e diretora assistencial da instituição A, e na instituição B pela pesquisadora e enfermeira da educação continuada. A divulgação do treinamento foi realizada em ambas as instituições por meio de avisos em murais e comunicação direta dos enfermeiros supervisores de área e em reuniões

administrativas.

II. Implementação do treinamento – O treinamento foi ministrado pela pesquisadora em todos os turnos e os enfermeiros interessados receberam autorização e liberação das lideranças responsáveis para participarem durante seu horário de trabalho. Alguns participantes preferiram vir fora do seu turno e inclusive, no período de suas férias. O treinamento foi realizado em seis (06) semanas para cada grupo, com carga horária total de 12 horas e encontros semanais de duas (02) horas. Uma apostila com o conteúdo do treinamento foi disponibilizada aos participantes. A aplicação do treinamento propriamente dito ocorreu como se segue:

1. **Na instituição A**, o treinamento foi oferecido somente no período matutino devido ser este o período de trabalho dos interessados, entre os meses de junho e julho de 2007;
2. **Na instituição B**, o treinamento foi oferecido nos quatro turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno par e ímpar) em horários determinados pelo setor de educação continuada e consecutivamente, a saber: a) primeiro para o período matutino; b) o segundo, no período vespertino e c) e d) nos períodos noturnos (par e ímpar respectivamente) nos meses de setembro a dezembro de 2007;
3. **Conteúdo** - O conteúdo do programa versou sobre: conceito de stress e impacto na saúde; estressores comuns no trabalho de enfermeiro – controláveis e não-controláveis; manifestações de stress; conceito de *burnout*; conceito e estratégias de *coping* – adaptativo e não-adaptativo; comunicação verbal, não-verbal e característica de assertividade no trabalho; processo de trabalho em enfermagem; trabalho em equipe e técnicas de relaxamento, dieta e exercícios físicos como auxiliares na redução do stress.
4. **Estratégia de ensino** - Uma apostila com o conteúdo do treinamento, desenvolvida pela pesquisadora, foi disponibilizada para os participantes e o conteúdo foi ministrado por meio de apresentação multimídia, relato de casos pelos participantes e discussão sobre as estratégias de *coping* utilizadas, exercícios

teóricos, relaxamento e visualização criativa (Apêndice F). Os custos da elaboração da apostila, impressão de cópias e encadernação foi de responsabilidade da pesquisadora. Vale ressaltar que na instituição B foi oferecido *coffebreak* pela Educação Continuada em todos os encontros, por iniciativa da enfermeira do setor além de emitir certificados de participação aos enfermeiros.

III. Coleta pós-treinamento - Foi realizada com o grupo de enfermeiros que participou do treinamento utilizando o MIB (Anexo A) e Instrumento de Avaliação do Programa sobre Stress (Apêndice G). Para conhecer os motivos da não participação de enfermeiros foi aplicado o instrumento de justificativa para a não participação (Apêndice H) após término do programa (Figura 2).

Figura 2 - Diagrama da operacionalização da coleta de dados, São Paulo - 2008

4.7 ANÁLISE DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Neste estudo foi realizada análise exploratória, descritiva e estatística dos dados, compreendendo:

4.7.1 Análise descritiva das variáveis

a) **Frequências absolutas / porcentagens** – para as *variáveis sócio-demográficas* (idade, sexo, estado civil, número de filhos, tempo de formado, pós-graduação) e *variáveis sócio-ocupacionais* (cargo, unidade, opção, turno de trabalho, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na unidade, rodízio de unidade, salário, segundo emprego, área de atuação, turno, entidade de classe, interesse no treinamento); *caracterização do conhecimento sobre stress; percepção de stress; condições (sinais ou sintomas) de stress; interesse em participar do treinamento, avaliação do treinamento e justificativa de não participação.*

b) **Medidas de tendência central** (média, mediana, moda, mínimo, máximo e quartis) para os domínios do MIB.

c) **Classificação dos escores de *burnout*** em cada dimensão (baixo / moderado, alto) para a amostra.

d) **Classificação dos domínios de *burnout***, segundo a participação ou não no treinamento.

e) **Categorização das questões abertas,**

4.7.2 Análise de confiabilidade do teste-reteste

Foi avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclassa (ICC ou coeficiente de reprodutibilidade “R”) e também, pelo coeficiente de

correlação de concordância de *LIN*. Os valores do ICC variam de 0 a 1; quando o **ICC é igual a 0**, o estudo não é reprodutível (ou seja, há uma grande variabilidade intra-indivíduo, mas não há variabilidade inter-indivíduo). Quando o **ICC é igual a 1**, o estudo é reprodutível ao máximo (ou seja, não há variabilidade intra-indivíduo, mas há uma grande variabilidade inter-indivíduo). A interpretação dos valores do ICC resumido encontra-se no Quadro 5.

Quadro 5 – Interpretação da reprodutibilidade de um estudo segundo o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), São Paulo - 2008

VALORES DO ICC	INTERPRETAÇÃO
$0,4 \leq \text{ICC} < 0,75$	Satisfatória
$0 < \text{ICC} < 0,4$	Pobre
$\text{ICC} \geq 0,75$	Excelente

Fonte: Szklo, Nieto, 2000

O coeficiente de correlação de concordância foi proposto por *LIN* para avaliar a reprodutibilidade de medidas, ou seja, a concordância entre duas avaliações obtidas de um método ou instrumento ou ensaio. A reprodutibilidade de medidas expressa o grau de semelhança entre pares de medidas, que é avaliado pelo coeficiente de correlação de concordância.

O coeficiente de correlação de concordância de *LIN* pode ser representado graficamente da seguinte maneira: traçam-se duas linhas, sendo a primeira a bissetriz do primeiro quadrante que é uma linha de 45 graus com origem no ponto zero do cruzamento dos eixos X e Y e a segunda, a reta de regressão que melhor ajusta os dados de interesse, isto é, os valores do MIB no teste-reteste.

O coeficiente de correlação de concordância avalia o quanto os pares de observações caem sobre uma de linha de 45 graus com origem no ponto zero do cruzamento dos eixos x e y (bissetriz do primeiro quadrante).

Inclui também medidas de precisão e acurácia. A precisão mede o quanto cada observação se afasta da melhor reta ajustada aos dados. A

acurácia mede o quanto a melhor linha de ajuste aos dados se desvia da linha de 45 graus. Quando o **valor da medida de precisão** está próximo de 1 ou -1, os dados estão na proximidade da melhor linha de ajuste dos dados. Quando o **valor da medida de acurácia** está próximo de 1 ou -1, a melhor linha de ajuste dos dados está próxima da bissetriz.

Desse modo, existe concordância quando os dados apresentam perfeita relação linear e os valores são semelhantes em todo o intervalo de variação dos dados.

4.7.3 Medidas de associação nas tabelas de contingência

Para a análise estatística dos dados referentes ao grupo de enfermeiros que participou do treinamento, foram utilizados os seguintes testes:

- **Coefficiente de Correlação de Spearman** – na análise da relação entre os escores de *burnout* no pré-teste e no pós-teste. A interpretação deste coeficiente pode ser verificada no Quadro 6.

Quadro 6 – Interpretação do coeficiente de correlação de Spearman, São Paulo - 2008

Valores do Coeficiente de Correlação e de phi	Interpretação
-1,0----- >-0,7	Forte associação negativa
-0,7----- -0,3	Fraca a moderada associação negativa
-0,3----- 0,3	Fraca ou nula associação
+0,3 ---- +0,7	Fraca a moderada associação positiva
> 0,7 -----+1,0	Forte associação positiva

- **Coefficiente phi (Φ) e a estimativa de risco (odds-ratio)** – foram utilizados para analisar: a relação entre a classificação dos escores em cada dimensão do *burnout* (baixo / moderado e alto) e a participação no treinamento considerando a amostra; a relação entre os itens do instrumento de percepção do stress e interesse em participar do treinamento e a relação entre a classificação dos

escores de *burnout* em cada dimensão e as variáveis sócio-demográficas e sócio-ocupacionais considerando da amostra.

- **Coeficiente de contingência** – para analisar a relação entre a classificação dos escores de *burnout* em cada dimensão (baixo / moderado e alto) e as variáveis sócio-demográficas e sócio-ocupacionais da amostra.

4.7.4 Medidas de magnitude do efeito (*Effect Size*)

O termo *effect size* (ES) tornou-se mais popular em décadas passadas na literatura educacional e mais recentemente nas outras áreas. O ES é um termo usado para descrever uma família de índices que mede a magnitude do efeito de uma intervenção e outras. Diferencia-se dos testes de significância estatística porque essas medidas estão voltadas para o significado dos resultados, permitindo que os pesquisadores exercitem a sua capacidade de avaliar a significância prática dos resultados esperados.

Por sua vez, a significância estatística está relacionada à seguinte questão: os resultados do teste estatístico estão ou não de acordo com o nível do critério estabelecido, isto é, o valor do nível de significância (por exemplo, $\alpha=0,05$). Portanto, a significância estatística avalia a probabilidade de se cometer um erro do tipo 1(α), enquanto o ES mostra a significância prática. Entre as inúmeras definições de ES, a maioria inclui descritores, tais como, a **diferença padronizada** (efeito do tipo *d*, como, por exemplo, *d* de *Cohen*, *d* de *Glass*, *d* de *Hedges*), **variância contabilizada** (*r*) e **medidas da força de associação** (*odds-ratio* ou razão de chances) (Conboy, 2003).

Em estudos cujo delineamento é do tipo pré-pós, a descrição magnitude do efeito também pode ser realizada por meio do **índice de mudança confiável** (*reliable change index* - **RCI**) (Conboy, 2003). Após uma

intervenção, espera-se uma melhora do paciente / treinando em relação ao seu estado anterior, isto é, a mudança observada tem magnitude suficiente para ser confiável ou representa apenas um erro de medida. As diferenças de médias (efeito do tipo d) não são suficientes para responder a tal indagação. Por isso, Jacobson e Truax (1991) propuseram o **RCI** que é uma função do erro-padrão da diferença e da confiabilidade do instrumento. A fórmula para o cálculo do RCI é:

$$\text{RCI} = x_2 - x_1 / \text{SE}_{\text{dif}}, \text{ onde:}$$

x_1 é o escore no tempo1 (pré-teste) e x_2 é o escore no tempo2 (pós-teste) do mesmo indivíduo.

$\text{SE}_{\text{dif}} = \text{SD}_1 \times \sqrt{(1-r)}$, onde SD_1 é o desvio-padrão do pré-teste e r = coeficiente de confiabilidade do instrumento.

$$x_2 - x_1 / \text{SE}_{\text{dif}} \geq 1,96$$

Quando o RCI é maior do que 1,96, é improvável que o pós-teste seja devido ao erro aleatório e a mudança é confiável ($p < 0,05$).

Assim, $x_2 - x_1 / \text{SE}_{\text{dif}} > 1,96$

$$x_2 - x_1 \geq 1,96 \cdot \text{SE}_{\text{dif}} \text{ ou } \text{RCI} \geq 1,96 \cdot \text{SE}_{\text{dif}} \text{ (ponto de corte)}$$

Estes resultados mostram que uma **diferença igual ou maior do que $1,96 \cdot \text{SE}_{\text{dif}}$** entre as duas avaliações mostra uma mudança confiável, sendo este o ponto de corte para o RCI neste estudo. O RCI é uma medida para avaliar a magnitude da mudança do escore, que é necessária para ser considerada estatisticamente confiável e não é devida ao erro aleatório de medição.

Para Jacobson e Truax (1991) a significância clínica é a determinação de uma mudança no estado clínico do indivíduo, que se

desloca do intervalo disfuncional para o intervalo funcional, ao mesmo tempo em que se considera ter havido mudança confiável. Estes autores propuseram três métodos para calcular o ponto de corte da variável de interesse. Neste trabalho, adotou-se o método A: quando o indivíduo desloca-se mais do que dois desvios-padrão (2 DP) da média do grupo disfuncional, empregando-se o programa Pearl, elaborado por Chris Evans.

Em estudos com variáveis categóricas, a descrição magnitude do efeito também pode ser realizada por meio do coeficiente *Phi*, coeficiente *V* de *Crámer*, o coeficiente *lambda* de *Goodman / Kruskal* e a razão de chances (*odds ratio*).

Em todas as análises inferenciais foi calculado o P-Value associado à hipótese de nulidade (*H₀*) adotada em cada teste. O P-Value mede a evidência a favor de *H₀* e, desse modo, um grande P-Value corresponde a uma grande evidência a favor de *H₀*. Neste estudo, toda diferença cujo P-Value foi inferior a 0,05 será considerada estatisticamente significativa. Convém observar que o P-Value corresponde à probabilidade de se observar um valor superior ao amostrado, dado que a hipótese nula é verdadeira, assim, o P Value varia de 0 a 1.

Na elaboração do relatório, foram utilizados os softwares: *MSOffice Word* versão 2003 para redação, o *Software Package for the Social Sciences (SPSS)* for *Windows Release 13.0* para gerenciamento do banco de dados e execução dos cálculos estatísticos, elaboração e edição de gráficos e na elaboração das tabelas.

4.8 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

As variáveis sócio-demográficas e caracterização da organização serão apresentadas em forma de tabelas e quadros, e a correlação das variáveis dependentes e independentes nas três etapas de coleta de dados serão apresentadas em gráficos e figuras.

5 RESULTADOS

Buscando facilitar a compreensão dos dados, os resultados serão apresentados em duas etapas. Na primeira serão apresentados os dados referentes à:

- a) caracterização sócio-demográfica da amostra;
- b) análise descritiva dos dados sobre percepção da presença de stress, condições (sinais e sintomas) de stress percebido, interesse na participação do treinamento;
- c) análise descritiva dos escores nas dimensões do *burnout*;

Na segunda etapa serão apresentados os resultados das análises de associação e correlação, a saber:

- a) Análise da associação entre percepção individual de stress e participação no treinamento;
- b) Análise da associação entre participação no treinamento e as variáveis sócio-demográficas e sócio-ocupacionais.
- c) Análise da associação e correlação entre as dimensões do *burnout* e participação no treinamento e com as variáveis sócio-demográficas sócio-ocupacionais;
- d) Análise da significância clínica pós-treinamento (*Effect Size*) para as três dimensões do *burnout*;
- e) Avaliação do treinamento pelos participantes e justificativas para a não participação.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo **111** enfermeiros pertencentes às duas instituições (quatro da instituição **A** e 107 da **B**). Desta população, **30** (27,20%) enfermeiros indicaram não ter interesse em participar do

treinamento e **81** (72,97%) indicaram estar interessados. Entretanto, somente **32** enfermeiros participaram efetivamente do treinamento.

Desta forma, os resultados apresentados a seguir consideraram os dois grupos, a saber, grupo não participante (n=79) e grupo participante, doravante chamado grupo treinamento (n=32).

Na análise da Tabela 1 verifica-se a predominância de enfermeiros do sexo feminino (98 – 88,28%), o que tradicionalmente caracteriza a profissão de enfermagem. Quanto ao estado civil, a maioria era casada (55 – 49,54%) e sem filhos (60 – 54,05%). A faixa salarial predominante é acima de R\$3.000,00.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo (n=111), segundo as características demográficas para o grupo treinamento e o grupo não participante do treinamento, São Paulo - 2008

Variáveis	Grupo não participante		Grupo treinamento	
	N	%	N	%
Gênero				
Feminino	72	91,13	26	81,25
Masculino	7	8,86	6	18,75
Estado civil				
Solteiro	35	44,30	12	37,50
Casado	38	48,10	17	53,12
Viúvo	1	1,26	1	3,12
Separado/divorciado	4	5,06	2	6,25
Não respondeu	1	1,26	--	--
Número de Filhos				
Nenhum	47	59,49	13	40,62
Um	12	15,18	6	18,76
Dois ou mais	19	24,05	13	40,62
Faixa salarial (R\$)				
≤2.001 a 3.000	30	37,97	11	65,62
> 3.001,00	49	62,02	21	34,38
Total	79	100,00	32	100,00

Na análise das Tabelas 2 e 3, verifica-se a predominância de enfermeiros na faixa etária dos 30 a 39 anos (39,63%) com média de 35 anos. Os dados apresentados levam a considerar que a maioria da população é composta por profissionais com experiência na profissão (nove anos de formado, em média); supostamente adaptados à cultura organizacional (cinco anos de trabalho na instituição, em média) e três anos consecutivos de trabalho na mesma unidade, o que lhes dá condições para

participar do estudo e oferecerem indicadores confiáveis de sua percepção do trabalho na profissão de enfermeiro.

Tabela 2 – Distribuição da população do estudo (n=111) segundo a idade, tempo de formação e atuação profissional, São Paulo - 2008

Variáveis	Grupo sem Treinamento		Grupo Treinamento	
	N	%	N	%
Faixa etária (anos)				
20 – 29	26	32,91	9	28,13
30 – 39	31	39,24	13	40,64
40 – 49	20	25,31	7	21,87
50 – 59	2	2,53	3	9,36
Tempo de formado (meses)				
Até 60	39	49,36	13	40,64
69 – 120	20	25,31	6	18,74
132 – 240	13	16,45	8	25,00
264 – 360	7	8,88	5	15,62
Tempo trabalho na instituição (meses)				
12 – 26	34	43,06	8	25,00
27 – 54	12	15,18	9	28,13
55 – 120	22	27,84	9	28,13
121 – 240	11	13,92	6	18,74
Tempo trabalho Unidade (meses)				
≤12	27	34,17	7	21,87
13 – 24	19	24,04	10	31,25
25 – 48	13	16,45	6	18,74
49 – 80	7	8,88	4	12,50
≥81	12	15,18	4	12,50
Missing	1	1,28	1	3,14
Total	79	100,00	32	100,00

Tabela 3 - Medidas de tendência central segundo a idade, tempo de formação e na atuação profissional da população do estudo (n=111), São Paulo - 2008.

Variáveis	Média (dp)	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	35(8,13)	33	22	55
Tempo de formado (anos)	9 (7,6)	6,13	1	30
Tempo trabalho na instituição (anos)	5 (4,2)	3,91	1	19
Tempo na unidade (anos)	3 (3,2)	1,8	1	19

*dp = desvio padrão

Na análise da Tabela 4, pode-se perceber que a maioria dos participantes tanto do estudo (65) quanto do treinamento (25) são enfermeiros assistenciais, o que se justifica pelo maior número de enfermeiros que ocupam este cargo.

Tabela 4 - Distribuição da população do estudo, segundo as características sócio-ocupacionais, São Paulo – 2008

VARIÁVEIS	Grupo Sem Treinamento		Grupo treinamento	
	N	%	N	%
Cargo ocupado				
Enf. Assistencial	65	82,27	25	78,12
Chefe Departamento	8	10,15	6	18,76
Supervisor de área	2	2,53	1	3,12
Gerente de área	3	3,79	--	--
Diretor de área	1	1,26	--	--
Turno de trabalho				
Integral	14	17,72	9	28,13
Matutino	20	25,32	2	6,24
Vespertino	20	25,32	1	3,12
Noturno	25	31,64	20	62,51
Rodízio de horário				
Sim	29	36,70	9	28,13
Não	50	63,30	23	71,87
Segundo emprego				
Sim	26	32,91	9	28,13
Não	53	67,09	23	71,87
Turno no 2º emprego				
Não trabalha	53	67,08	23	71,87
Integral	2	2,53	4	12,5
Matutino	4	5,09	--	--
Vespertino	12	15,18	1	3,12
Noturno	8	10,12	3	9,36
Sábados	--	--	1	3,12
TOTAL	79	100,00	32	100,00

Vale ressaltar que para o grupo treinamento, a maior participação dos enfermeiros foi no período noturno (20); isto se deveu à participação ativa do supervisor de um dos plantões noturnos que permaneceu na retaguarda dando suporte às equipes de enfermagem das unidades a que pertenciam os enfermeiros que participaram do treinamento.

A maioria dos enfermeiros de ambos os grupos (69,7% para o grupo não participante do treinamento e 30,3% para o grupo treinamento) não possui segundo emprego e não realiza rodízio de horário, conforme informação das Diretorias Assistenciais de ambas as instituições.

A Tabela 5 apresenta os dados relativos às áreas de atuação dos enfermeiros de ambos os grupos. A maioria deles atua em Clínica Médico - Cirúrgica (27 – 24,32%), seguida por Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI) (13 – 11,71%) e UTI pediátrica (11 – 9,90), portanto enfermeiros assistenciais conforme dados já apresentados.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros, segundo as áreas de atuação nos hospitais, São Paulo – 2008

Áreas de atuação	Grupo sem treinamento		Grupo com treinamento	
	N	%	N	%
CL. Méd.Cirúrgica	17	21,52	10	31,25
UTI adulto	11	13,93	2	6,25
UTI neo/pediátrica	9	11,40	2	6,25
CC/CME	8	10,13	--	--
PS Adulto	5	6,33	2	6,25
Oncologia/TMO	5	6,33	3	9,37
Maternidade/Obstetrícia	5	6,33	--	-
Não respondeu	4	5,07	--	--
Auditoria	3	3,80	--	--
Pediatria	3	3,80	4	12,50
Diretoria	3	3,80	2	6,25
Berçário	1	1,26	--	--
SCIH	1	1,26	1	3,12
Hemodinâmica	1	1,26	--	--
PS Infantil	1	1,26	2	6,25
Folguista	1	1,26	2	6,25
CAAD	1	1,26	2	6,25
Total	79	100,00%	32	100,00%

No grupo treinamento a maioria dos enfermeiros atuava nas Clínicas Médico-cirúrgicas (10 – 31,25%), seguido pelos da Clínica Pediátrica (4 – 12,50%) e da Oncologia / TMO (transplante de medula óssea) (3 – 9,37%).

Em relação às áreas de especialização nota-se que a maioria dos participantes do grupo sem treinamento não possui especialização (23 – 29,11%) enquanto que para o grupo treinamento a maioria (9 – 28,10%) indicou possuir mais que uma especialização dentre elas em administração hospitalar (Quadro 7). Cinco enfermeiros deste grupo (15,60%) possuem especialização em terapia intensiva, porém somente duas (6,30%) atuam na área.

Quadro 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a especialização, São Paulo - 2008

Especialidade	Grupo sem treinamento	Grupo Treinamento
Nenhuma	23	7
ADM + outras	19	9
UTI Adulto	12	5
Obstetrícia	8	1
Emergência e P.S.	7	1
Oncologia	7	2
Pediatria/Neonatologia	6	--
Cl.Médico-Cirúrgica	6	2
Mestrado /MBA	5	1
UTI Infantil	4	1
AMD/Gestão Enf	3	2
CCIH	3	--
CC	2	--
Auditoria	2	--
Terminalidade	1	1

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS SOBRE PERCEPÇÃO DA PRESENÇA DE STRESS, CONDIÇÕES (SINAIS E SINTOMAS) DE STRESS PERCEBIDO E INTERESSE NA PARTICIPAÇÃO DO TREINAMENTO

Como comentado anteriormente, os 111 (100,00%) enfermeiros indicaram estar interessados em participar, entretanto somente 32 (28,82%) participaram do treinamento informativo.

Com relação à percepção de stress, os dados da Tabela 6 demonstram que 12 (15,18%) enfermeiros não participantes do treinamento indicaram sentir-se estressados; no grupo treinamento este percentual foi de 40,62% (13 enfermeiros). Quando questionados se este sentimento / condição o desestimula a ir para o trabalho, 64 (81,02%) dos enfermeiros do grupo não participante do treinamento e 21 (65,63%) do grupo treinamento responderam que sim. Os demais dados referentes aos sintomas ou condições mais freqüentes enfrentados durante o trabalho também se encontram na mesma tabela.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros quanto a percepção de stress e condições mais freqüentes enfrentadas durante seu trabalho, São Paulo – 2008

Variáveis	Grupo não participante		Grupo treinamento	
	N	%	N	%
Percepção de stress				
Sim	12	15,18	13	40,62
Não	67	84,81	19	59,37
Desestímulo para o trabalho				
Sim	64	81,02	21	65,63
Não	15	18,98	11	34,37
Dor de cabeça				
Sim	40	50,63	17	53,13
Não	39	49,36	15	46,87
Dores de estômago				
Sim	17	21,51	9	28,13
Não	62	78,48	23	71,87
Dores nas costas				
Sim	30	37,97	13	40,63
Não	49	62,03	19	59,37
Tensão muscular pescoço e ombros				
Sim	48	60,75	16	50,00
Não	31	13,92	16	50,00
Fadiga				
Sim	11	13,92	9	28,13
Não	68	86,08	23	71,87
Preocupação				
Sim	40	50,63	15	46,87
Não	39	49,36	17	53,13
Depressão				
Sim	1	1,26	5	15,62
Não	78	98,73	27	84,38
Agitação				
Sim	24	30,37	13	40,63
Não	55	69,62	19	59,37
Impaciência				
Sim	21	26,58	12	37,50
Não	58	73,41	20	62,50
Raiva				
Sim	3	3,79	5	15,62
Não	76	96,20	27	84,38
Frustração				
Sim	13	16,45	9	28,13
Não	66	83,54	23	71,87
Fumar compulsivamente				
Sim	2	2,53	4	12,50
Não	77	97,47	28	87,50
Comer compulsivamente				
Sim	6	7,60	4	12,50
Não	73	92,40	28	87,50
Chorar				
Sim	4	5,06	3	9,37
Não	75	94,93	29	90,63
TOTAL	79	100,00	32	100,00

Ao analisar a Tabela 6, destaca-se a divergência das respostas de ambos os grupos com relação à percepção de stress; 67 (84,81%) dos enfermeiros do grupo não participante do treinamento responderam não se perceberem em stress. Para o grupo treinamento, 19 (59,37%) enfermeiros indicaram a mesma resposta. Entretanto, na questão em que se pergunta se o stress é um fator de desmotivação para ir ao trabalho, 64 (81,02%) e 21 (65,63%) enfermeiros responderam que sim, no grupo não participante e grupo treinamento, respectivamente.

Com relação aos sintomas no ambiente de trabalho, a maioria dos enfermeiros indicou dores de cabeça, tensão muscular no pescoço e ombro e preocupação com frequência maior ou igual a 50,00% no grupo que não participou do treinamento. Para o grupo treinamento, a maioria indicou dor de cabeça e tensão muscular no pescoço e ombro.

5.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ESCORES NAS DIMENSÕES DO *BURNOUT*

O MIB foi aplicado aos dois grupos, participantes e não do treinamento. Os resultados dos escores para as três dimensões (desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional) para o grupo não participante do treinamento estão representados na Tabela 7 e Figura 3.

Tabela 7 – Distribuição dos escores do MIB para os enfermeiros não participantes do treinamento, São Paulo - 2008

Dimensões	Grupo não participante	
	N	%
DE		
Baixo/moderado	69	87,34
Alto	10	12,65
DP		
Baixo/moderado	63	79,74
Alto	16	20,26
INP		
Baixo/moderado	61	77,21
Alto	18	22,79
Total	79	100,00

DE=Desgaste emocional; DP=Despersonalização; INP=incompetência profissional

Figura 3 – Escores das três dimensões do *burnout* no grupo que não participou do treinamento (n=79), São Paulo - 2008

A maioria dos enfermeiros que não participou do treinamento, não se encontrava em *burnout*, apresentando escores baixo / moderado nas três dimensões do MIB (Figura 5).

Como pode ser visualizado na Tabela 8, o escore médio para o **desgaste emocional** foi de **12,50**, para a **despersonalização** foi de **4,12** e para a **incompetência profissional** foi de **25,17** para a amostra total de participantes do estudo.

Tabela 8 - Medidas de tendência central dos domínios do *Maslach Inventory Burnout* para a população do estudo (n=111), São Paulo - 2008

Dimensões	Média (dp*)	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 75
DE	12,50(6,22)	12,00	7	0	30	16,00
DP	4,12(3,47)	4,00	4	0	20	6,00
INP	25,17(4,17)	25,00	24	13	32	29,00**

d

p= desvio padrão; ** Percentil 25 (escore reverso)

Os resultados da avaliação das três dimensões do *burnout* para o grupo treinamento pré e pós-treinamento são apresentados na Tabela 9. Os dados indicam que as dimensões despersonalização e incompetência profissional apresentaram pequena alteração percentual.

A Tabela 9 demonstra que os enfermeiros do grupo treinamento apresentaram escore baixo / moderado nas três dimensões do *burnout*, em sua maioria. Pode-se perceber, entretanto, que em ambos os grupos houve uma frequência maior de enfermeiros com alto nível para dimensão da incompetência profissional se comparada às demais dimensões.

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros do grupo treinamento segundo as dimensões do MIB, São Paulo – 2008

Dimensões	Pré-treinamento		Pós-treinamento	
	N	%	N	%
DE				
Baixo/moderado	27	84,40	27	84,40
Alto	5	15,60	5	15,60
DP				
Baixo/moderado	27	84,40	29	90,60
Alto	4	12,50	3	9,40
INP				
Baixo/moderado	18	56,30	19	59,40
Alto	14	43,80	12	37,50
Total	32	100,00	32	100,00

A Tabela 10 apresenta as medidas de tendência central para os enfermeiros do grupo treinamento no pré e pós-treinamento. A média para as três dimensões do MIB no pré-treinamento foram DE = 12,56, DP = 4,03 e INP = 23,24 e para o pós-treinamento foi de DE = 12,34, DP = 3,41 e INP = 23,22.

Tabela 10 - Medidas de tendência central dos domínios do Inventário Maslach de *Burnout* no pré e pós-treinamento (n=32), São Paulo - 2008

Domínios	Média (dp)*	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Pré-teste					
DE	12,56 (6,69)	12,00	7	2	30
DP	4,03 (3,24)	4,00	4	0	14
INP	23,24 (4,29)	24,00	22	13	32
Pós-teste					
DE	12,34 (6,48)	12,50	3	1	26
DP	3,41 (2,30)	3,00	3	0	10
INP	23,22 (6,37)	24,00	27	2	32

dp=desvio padrão; Legenda: DE=Desgaste emocional;
DP=Despersonalização; INP=Incompetência profissional

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO INDIVIDUAL DE STRESS E PARTICIPAÇÃO NO TREINAMENTO

Na Tabela 11 são apresentados os resultados referentes à medida de associação entre percepção de stress, sinais e sintomas e participação no treinamento.

Tabela 11 – Associação entre sinais e sintomas de stress e participação no treinamento, São Paulo - 2008

VARIÁVEIS	$\Phi (p)$	Odds ratio
Stress percebido	0,276 (0,004)*	3,82
Depressão	0,288 (0,002)*	14,44
Raiva	0,207 (0,029)*	4,70
Fumar compulsivamente	0,200 (0,035)*	5,50

*Estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

O estudo apresentou associação fraca, porém positiva e significativa entre participação no treinamento e sentimentos / sintomas presentes, segundo os respondentes, a saber:

- **Stress percebido** ($\Phi = 0,276$, $p=0,004$). O *odds-ratio* de 3,82 indica que a chance da presença de stress é cerca de **3,82 vezes mais provável** entre os que participaram do treinamento do que entre os não participantes;
- **Percepção de depressão** ($\Phi = 0,288$, $p=0,002$). O *odds-ratio* de 14,44 indica que a chance da percepção de presença de depressão é cerca de **14,44 vezes mais provável** entre os que participaram do treinamento do que entre os não participantes;
- **Raiva** ($\Phi = 0,207$, $p=0,029$). O *odds-ratio* foi de 4,691, indicando que a chance da **presença de raiva** é cerca de **4,69 vezes mais provável** entre os que participaram do treinamento do que entre os não participantes.
- **Fumar compulsivamente** ($\Phi = 0,200$, $p = 0,035$). O *odds-ratio* de 5,50 indica que a chance de fumar compulsivamente é cerca de **5,50 vezes mais provável** entre os que participaram do treinamento do que entre os não participantes.

5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE A PARTICIPAÇÃO NO TREINAMENTO E AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Houve associação fraca, mas positiva e significativa entre **treinamento e interesse pelo treinamento** ($\Phi = 0,343$, $p < 0,001$) indicando que o interesse pelo treinamento está associado com a participação no treinamento.

5.6 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DE *BURNOUT* EM CADA DIMENSÃO (BAIXO / MODERADO E ALTO) E A PARTICIPAÇÃO OU NÃO NO TREINAMENTO

Esta análise demonstrou **associação fraca**, mas **positiva e significativa entre participação no treinamento** e o domínio **INP** ($\Phi = 0,195$, $p = 0,040$), indicando que a presença de alto nível de incompetência profissional está associada com a **participação no treinamento**.

O risco relativo para a não participação no treinamento, comparando MIB (alto nível) / MIB (baixo/moderado) foi de **0,745**. O risco relativo para a participação, comparando MIB (alto nível) / MIB (baixo/moderado) foi de **1,835**. O *odds-ratio* foi de **2,463**, ou seja, a chance de nível alto de *burnout* é cerca de **2,46** vezes mais provável entre os que participaram do treinamento do que entre os não participantes.

5.7 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DE *BURNOUT* EM CADA DIMENSÃO (BAIXO /MODERADO E ALTO) E AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Foram realizadas análises de associação entre a classificação dos escores do MIB em cada dimensão e as variáveis sócio-demográficas sendo que os resultados serão apresentados considerando as associações positivas para ambos os grupos, como se segue.

5.7.1 Associação entre as variáveis sócio-demográficas e o domínio desgaste emocional (DE)

A análise da associação entre a dimensão do **desgaste emocional** e variáveis sócio-demográficas foi fraca, porém positiva e significativa para algumas delas, a saber:

- **Tempo na unidade** ($cc = 0,361$, $p = 0,019$) significando que o desgaste emocional está associado com o tempo de trabalho na unidade, **no grupo que não participou do treinamento**, ou seja quanto o maior o tempo de trabalho na unidade maior a associação de ocorrência do desgaste emocional do enfermeiro.
- **Interesse pelo treinamento** ($\Phi = 0,230$, $p = 0,041$). Isto significa que o desgaste emocional está associado com o interesse pelo treinamento, **no grupo que não participou do treinamento**.

5.7.2 Associação entre variáveis sócio-demográficas e o domínio despersonalização (DP)

A análise de associação neste domínio mostrou-se positiva e significativa para:

- **Cargo ocupado** (coeficiente de contingência = $0,374$, $p = 0,027$). Isto significa que a despersonalização está associada com o cargo, **no grupo que não participou do treinamento**, com associação fraca;
- **Unidade de trabalho** (coeficiente de contingência = $0,645$, $p = 0,01$) demonstrando que a despersonalização está associada com a unidade de trabalho, **no grupo que participou do treinamento, com associação moderada**.
- **Rodízio de horário** ($\Phi = 0,259$, $p = 0,022$). Isto significa que a despersonalização está associada com o rodízio, no grupo que **não participou do treinamento com associação fraca**. O *odds-ratio* de **5,40** significa que a chance de **DP alto** é cerca de **5,40** vezes mais provável entre aqueles que realizam rodízio de horário considerando os que **não participaram do treinamento**.
- **Segundo emprego** ($\Phi = 0,314$, $p = 0,006$). Isto significa que a despersonalização está associada com o segundo emprego, **no grupo que não participou do treinamento**, com fraca associação. A chance de **MIB DP alto** é cerca de **4,79** vezes

mais provável entre aqueles com segundo emprego considerando o grupo que **não participou do treinamento**.

5.7.3 Associação entre variáveis sócio-demográficas e o domínio incompetência profissional (INP)

A análise de associação neste domínio mostrou-se positiva e significativa para:

- **Gênero** ($\Phi = 0,241$, $p = 0,032$; *odds-ratio* de 5,080); isto significa que a incompetência profissional está associada ao gênero, **no grupo que não participou do treinamento**, porém com fraca associação. A chance de **MIB IN_P alto** é **cerca de 5** vezes mais provável entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino, considerando os que **não participaram do treinamento**.
- **Número de filhos** ($cc = 0,442$, $p = 0,020$). Isto significa que a incompetência profissional está associada com o número de filhos, **no grupo que participou do treinamento**, com fraca associação.
- **Pós-graduação** ($\Phi = 0,364$, $p = 0,040$; *odds-ratio* = 6,020). Isto significa que a reduzida competência profissional está associada com a pós-graduação, **no grupo que participou do treinamento**. A chance de **MIB IN_P alto** é cerca de **6,0** vezes mais provável entre aqueles que não possuem pós-graduação do que entre aqueles com pós-graduação, considerando os **que participaram do treinamento**.
- **Segundo emprego** ($\Phi = 0,412$, $p = 0,020$). O domínio incompetência profissional está associado com segundo emprego, **no grupo que participou do treinamento**. A chance de **MIB IN_P alto** é cerca de **10,0 vezes** mais provável entre aqueles que possuem segundo emprego do que entre aqueles

não possuem, considerando os que **participaram do treinamento**.

5.8 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO DE *SPEARMAN* PARA OS TRÊS DOMÍNIOS DO MIB

A correlação entre os escores do pré e pós-treinamento foi **estatisticamente significativo ao nível de 5 %**, nos testes bicaudais, para o domínio **DE** ($r = 0,692$, $p < 0,001$), domínio **DP** ($r = 0,392$, $p = 0,042$) e domínio **INP** ($r = 0,453$, $p = 0,009$) indicando que à medida que aumentam (ou diminuem) os escores do pré-teste, aumentam (ou diminuem) os escores do pós-teste. O nível de significância adotado nessa análise foi de 0,001. O p-descriptivo foi menor do que 0,001 apenas para o domínio **DE**.

5.9 ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA PELO COEFICIENTE DE CONCORDÂNCIA DE LIN NOS TRÊS DOMÍNIOS DO MIB

A análise de concordância de Lin foi realizada buscando medir a acurácia e a precisão das variâncias entre os escores nas três dimensões do MIB no pré e pós-teste.

5.9.1 Análise da correlação de concordância de Lin para o domínio desgaste emocional

A análise com o Coeficiente de Correlação de Concordância de Lin não demonstrou diferença significativa entre as médias e as variâncias do **DE** no pré e pós-teste.

Para a dimensão **DE** o coeficiente de correlação de concordância foi de **0,691** (moderado), não se aproximando da concordância perfeita (1). A precisão foi de **0,692** demonstrando que os dados estão afastados da melhor reta de ajuste dos dados. A acurácia foi de **0,998**,

indicando que a melhor reta de ajuste dos dados encontra-se afastada da bissetriz do primeiro quadrante (Figura 4).

Figura 4 – Gráfico de dispersão da correlação de concordância no domínio desgaste emocional entre o pré e pós-treinamento, São Paulo - 2008

5.9.2 Análise da correlação do coeficiente de concordância de Lin e o domínio despersonalização

No domínio **DP** a análise demonstrou que **não houve diferença significativa** entre as médias e as variâncias do DP pré e pós-treinamento. O coeficiente de correlação de concordância do DP foi de 0,334 (baixo), não se aproximando da concordância perfeita (1). A **precisão** foi de **0,362**, mostrando que os dados estão muito afastados da melhor reta de ajuste dos dados. A **acurácia** foi de **0,920**, indicando que a melhor reta de ajuste dos dados encontra-se afastada da bissetriz do primeiro quadrante. A baixa concordância pode ser explicada pela baixa medida de precisão, expressando a grande distância entre os dados e a melhor reta de regressão (Figura 5).

Figura 5 – Gráfico de dispersão da correlação de concordância no domínio despersonalização entre o pré e pós-treinamento, São Paulo - 2008

5.9.3 Análise do coeficiente de concordância de Lin e o domínio incompetência profissional

No domínio **INP não se observou diferença significativa** entre as médias e as variâncias dos escores no pré e pós-treinamento. O coeficiente de correlação de concordância do INP foi de 0,350 (baixo), não se aproximando da concordância perfeita (1). A **precisão** foi de **0,381**, mostrando que os dados estão muito afastados da melhor reta de ajuste dos dados. A **acurácia** foi de **0,918**, indicando que a melhor reta de ajuste dos dados encontra-se afastada da bisetriz do primeiro quadrante (Figura 6).

Figura 6 - Representação gráfica da correlação de concordância no domínio incompetência profissional entre o pré e pós-treinamento, São Paulo - 2008

A baixa concordância pode ser explicada pela baixa medida de precisão, expressando a grande distância entre os dados e a melhor reta de regressão embora seja suficiente para expressar a baixa-moderada concordância.

5.10 MEDIDAS DE *EFFECT SIZE* (SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA E CLÍNICA)

5.10.1 Análise da *effect size* para o domínio Desgaste Emocional

Para a análise do RCI neste domínio foi utilizada a seguinte fórmula:

$$x_2 - x_1 / SE_{dif} = RCI > 1,96$$

$$x_2 - x_1 > 1,96 \cdot SE_{dif}$$

Ou seja, no domínio DE qualquer $x_2 - x_1$ deve ser maior que 6,68 (valor aproximado para 7,0)

Jacobson e Truax (1991) propuseram um gráfico de dispersão para representar o RCI. Como pode ser visto na Figura 8, a área entre **A** e **C** representa a diferença dos escores entre 7 e -7. Resultados posicionados entre estes valores mostram que as mudanças entre o pré e o pós-treinamento podem ser devidas ao erro de medida aleatório. A linha **B** corresponde à mudança zero. Resultados à direita da linha **C** correspondem aos escores que são mais baixos no pós-teste e ao mesmo tempo a magnitude da diferença (pós-pré) é maior do que 7 (baixo escore no DE indica melhora) o que indica melhora confiável. Indivíduos nesses escores apresentaram mudança confiável positiva.

Resultados à esquerda da linha **A** são aqueles que apresentaram escores mais altos no pós-teste do que no pré-teste. Isto indica deterioração no MIB DE e é impossível que seja devida a erro de medida aleatório. A esta condição denomina-se deterioração confiável, mostrando que o instrumento pode ter algum problema. As linhas **A** e **C** representam as mudanças nos escores necessárias para produzir um $RCI > 1,96 \cdot SE_{dif}$ (Figura 7).

Figura 7 – Gráfico de dispersão do RCI para a dimensão desgaste emocional no pós-treinamento, São Paulo - 2008

O ponto de corte para **significância clínica** foi calculado empregando-se o método de Jacobson e Truax (1991), o qual para o **DE** foi de **14** para esta amostra ($n=32$). Para a análise da significância clínica, foi traçada uma linha pontilhada paralela ao eixo X (que representa o ponto de corte) e uma linha contínua paralela ao eixo Y (Figura 8).

Figura 8 – Representação gráfica do RCI para a dimensão DE do MIB nas avaliações do pré e pós-teste, São Paulo - 2008

Os pontos abaixo da linha tracejada representam indivíduos com escores iguais ou menores do que 14 (ponto de corte) no pós-teste. A área sob a linha tracejada, localizada à direita da linha vertical apresenta indivíduos com escores maiores que 14 no pré-teste e menores que 14 no pós-teste. Estes indivíduos apresentam **significância clínica positiva**, representando **9,4%** do grupo (representados pelos números 3, 10 e 25).

A área sob a linha tracejada localizada à esquerda da linha vertical, mostra indivíduos com escores ≤ 14 no pré e pós-teste, permanecendo no intervalo do nível **baixo / moderado** do DE, não apresentando mudanças clinicamente significativas. Porém, indivíduos sob a linha tracejada e abaixo da linha C ao mesmo tempo apresentaram **melhora confiável e significância clínica**, totalizando **3,1%**, representado pelo número 3 (Figuras 7 e 8).

De acordo com o gráfico acima, pode-se concluir que:

- 12,5% dos indivíduos mostraram deterioração (piora) confiável (representados pelos números 6, 8, 12 e 18): houve um aumento de 7 ou mais em relação ao pré-teste;
- 6,3% apresentaram melhora confiável (representados pelos números 3 e 25): houve diminuição de 7 ou mais em relação ao pré-teste;
- 9,4% não mudaram em relação ao pré-teste (mudança zero, representados pelos números 7, 24 e 28);
- 71,8% apresentaram mudanças positivas ou negativas (estão dentro do intervalo de confiança), mas não são estatisticamente confiáveis.

5.10.2 Análise do *effect size* no domínio Despersonalização

Para os cálculos da magnitude do efeito no domínio DP foi utilizada a fórmula:

$$x_2 - x_1 / SE \text{ dif} = RCI > 1,96$$

$$x_2 - x_1 > 1,96 \cdot SE \text{ dif}$$

No domínio DP, qualquer $x_2 - x_1$ deve ser maior que 5,23 (aproximado para 5).

Na representação gráfica dos dados do domínio despersonalização (Figura 9) a área entre **A** e **C** representa a diferença dos escores entre 5 e -5. Resultados que caem dentro desse limite mostram que as mudanças entre o pré e o pós-teste podem ser devidas ao erro de medida aleatório. A linha **B** corresponde à mudança zero. Resultados à direita da linha **C** são aqueles escores que são mais baixos no pós-teste e ao mesmo tempo a magnitude da diferença (pós e pré) é maior do que 5 (baixo escore no DP indica melhora), isto é, melhora confiável. Indivíduos nesses escores

apresentaram mudança confiável positiva. Resultados à esquerda da linha **A** são aqueles que apresentaram escores mais altos no pós-teste do que no pré-teste. Isto indica deterioração no MIB DP e é improvável que seja devida a erro de medida aleatório.

Figura 9 – Gráfico de dispersão para a dimensão despersonalização do *burnout* nas avaliações pré e pós-treinamento, São Paulo - 2008

O ponto de corte para **significância clínica** (calculado segundo Jacobson e Truax (1991) utilizando-se o método C) para o DP foi **5,9** nesta amostra. Para a representação gráfica, traçam-se uma linha tracejada paralela ao eixo X, que representa o ponto de corte, e uma linha paralela ao eixo Y. Os pontos abaixo da linha tracejada representam indivíduos com escores iguais ou menores do que 5,9 (ponto de corte) no pós-teste.

A área sob a linha tracejada e localizada à direita da linha vertical apresenta indivíduos com escores maiores que 5,9 no pré-teste, mas no pós-teste tem escores menores que 5,9. Estes indivíduos apresentam

significância clínica positiva, representando **21,9% (7/32)** do grupo (representados pelos números 1, 14, 16, 25, 28, 29 e 30).

A área sob a linha tracejada localizada à esquerda da linha vertical, mostra indivíduos com escores $\leq 5,9$ no pré e pós-teste, permanecendo no intervalo do nível baixo / moderado da dimensão do DP. Assim, não apresentam mudanças clinicamente significativas.

Indivíduos localizados sob a linha tracejada e abaixo da linha **C** ao mesmo tempo apresentaram **melhora confiável e significância clínica**, totalizando **9,4%** do grupo (representados pelos números 1, 14 e 16).

Figura 10 - Gráfico de dispersão da dimensão DP do MIB nas avaliações do pré e pós-teste, São Paulo - 2008

De acordo com o gráfico, indivíduos localizados acima da linha tracejada e à esquerda da linha verde ao mesmo tempo apresentaram **deterioração** totalizando **9,4%** do grupo (representados pelos números 4, 8 e 9).

Na análise da Figura 10, pode-se concluir que:

- 3,1% mostraram deterioração (piora) confiável e significância clínica negativa (representado pelo número 8): houve um aumento de 5 ou mais em relação ao pré-teste;
- 9,4% apresentaram melhora confiável (representados pelos números 1, 14 e 16): houve diminuição de 5 ou mais em relação ao pré-teste;
- 9,4% não mudaram em relação ao pré-teste (mudança zero, representadas pelos números 10, 22 e 32);
- 78,1% apresentaram mudanças positivas ou negativas (estão dentro do intervalo de confiança), mas não são estatisticamente confiáveis.

5.10.3 Análise da significância clínica para o domínio Incompetência Profissional

Para este domínio, qualquer diferença entre pré e pós-teste deverá ser maior que sete (7), segundo a fórmula:

$$x_2 - x_1 / SE \text{ dif} = RCI > 1,96$$

$$x_2 - x_1 > 1,96 . SE \text{ dif}$$

Na representação gráfica (Figura 11), a área entre **A** e **C** representa a diferença dos escores entre 7 e -7. Resultados que localizados dentre desse limite mostram que as mudanças entre o pré e o pós-teste podem ser devidas ao erro de medida aleatório. A linha **B** corresponde à mudança zero. Resultados à direita da linha **A** são aqueles escores que são mais altos no pós-teste e ao mesmo tempo a magnitude da diferença (pós e pré) é maior do que 7 (alto escore no INP indica melhora) indicando melhora

confiável. Resultados à direita da linha **C** são aqueles que apresentaram escores mais baixos no pós-teste do que no pré-teste, indicando deterioração no MIB INP e é improvável que seja devida a erro de medida aleatório (deterioração confiável).

Figura 11 – Gráfico de dispersão do RCI para a dimensão INP do *burnout* nas avaliações pré e pós-treinamento, São Paulo - 2008

O ponto de corte para a **significância clínica** foi calculado, empregando-se o método de Jacobson e Truax (1991). O ponto de corte para a significância clínica para o **INP**, segundo o método A, foi **25** para esta amostra. A representação gráfica da significância clínica é realizada traçando-se uma linha pontilhada, paralela ao eixo do X que representa o ponto de corte e uma linha paralela ao eixo do Y no gráfico de RCI conforme apresentado na Figura 12.

Figura 12 - Gráfico de significância clínica para a dimensão INP do MIB nas avaliações pré e pós-teste, São Paulo, 2008

Na Figura 12 os pontos acima da linha tracejada representam indivíduos com escores iguais ou maiores do que 25 (ponto de corte) no pós-teste. A área acima da linha tracejada, localizada à esquerda da linha vertical, apresenta indivíduos com escores menores do que 25 no pré-teste, mas no pós-teste têm escores maiores. Estes **indivíduos apresentam significância clínica positiva**, representando 15,6% (5/32) do grupo (indivíduos representados pelos números 5, 10, 13, 26 e 32).

A área acima da linha tracejada, localizada à direita da linha vertical, mostra indivíduos com escores maiores do que 25 no pré e pós-teste, permanecendo no intervalo do nível baixo / moderado do INP. Assim, não apresentam mudanças clinicamente significativas. Mas, indivíduos acima da linha tracejada e acima da linha A ao mesmo tempo, apresentaram **melhora confiável e significância clínica**, totalizando 3,1 % do grupo (representado pelo número 26).

Os pontos abaixo da linha tracejada representam indivíduos com escores menores do que 25 (ponto de corte) no pós-teste. A área sob a linha tracejada, localizada à direita da linha vertical, apresenta indivíduos com

escores maiores que 25 no pré-teste, mas no pós-teste têm escores menores que 25. Estes indivíduos apresentam **significância clínica negativa**, representando 9,4 % do grupo (representados pelos números 6, 8 e 18).

A área sob a linha tracejada, localizada à esquerda da linha vertical, mostra indivíduos com escores menores que 25 no pré e pós-teste, permanecendo no intervalo do nível alto do INP. Assim, não apresentam mudanças clinicamente significativas. Mas, indivíduos sob a linha tracejada e abaixo da linha C ao mesmo tempo apresentaram **deterioração confiável e significância clínica negativa**, totalizando 6,3 % do grupo (indivíduos representados pelos números 8 e 6).

Na análise da Figura 12 pode-se concluir que:

- 12,5 % mostraram deterioração (piora) confiável (representados pelos números 6, 8, 25 e 27): houve uma diminuição de 7 ou mais em relação ao pré-teste.
- 3,1 % apresentaram melhora confiável (representado pelo número 26): houve aumento de 7 ou mais em relação ao pré-teste.
- 18,8 % não mudaram em relação ao pré-teste (mudança zero, representados pelos números 1, 3, 16, 19, 24 e 28).
- 65,6 % apresentaram mudanças positivas ou negativas (estão dentro do intervalo de confiança), mas não são estatisticamente confiáveis.

O Quadro 8 apresenta os resultados resumidos da análise da significância clínica para os três domínios do MIB.

Quadro 8 – Resultados da análise de significância clínica para os três domínios do MIB após o treinamento do grupo treinamento, São Paulo - 2008

Domínios Fases	DE	DP	INP
Mudança 0	7, 24, 28	10, 22, 32	1, 3, 16, 19, 24 e 28
Mudanças +/-	71,8%	78.1%	65,6%
Melhora confiável	3, 25	1, 14 e 16	26
Significância clínica positiva	3, 10 e 25	1, 14, 16, 25, 28, 29 e 30	5, 10, 13, 26 e 32
Significância clínica negativa	-----	---	6, 8 e 18
Melhora confiável e significância clínica positiva	3	1, 14 e 16	26
Deterioração confiável	6, 8, 12 e 18	4, 8 e 9	6, 8, 25 e 27
Deterioração confiável e significância clínica negativa	-----	8	6, 8

Nota: os números representam os enfermeiros do grupo treinamento.

5.11 AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO PELOS PARTICIPANTES E JUSTIFICATIVAS DE NÃO PARTICIPAÇÃO

Após o treinamento, foi aplicado um instrumento de avaliação para que os participantes pudessem expor sua opinião e indicassem a aplicabilidade dos conceitos discutidos.

5.11.1 Avaliação do treinamento pelos participantes

O Quadro 9 apresenta os resultados da avaliação do treinamento pelos enfermeiros relacionados ao conteúdo e apresentação.

Quadro 9 - Avaliação do treinamento sobre stress pelos participantes, São Paulo - 2008

Indicadores	1	2	3	4	5
Conteúdo abordado	- -	--	--	11(34,4%)	21(65,6%)
Carga horária total	- -	2(6,24%)	5(15,6%)	13(40,6%)	12(37,5%)
Carga horária semanal	- -	1(3,12%)	8(25,0%)	7(21,9%)	16(50,0%)
Horário	- -	1(3,12%)	7(21,9%)	7(21,9%)	17(53,1%)
Recursos didáticos	- -	--	1(3,12%)	11(34,4%)	20(62,5%)
Estratégia de ensino	- -	--	--	3(9,4%)	29(90,6%)

O treinamento foi avaliado com nota máxima pelos participantes com relação ao conteúdo, recursos didáticos e estratégia de ensino em sua maioria. Quanto à carga horária total, semanal e horário houve uma indicação de inadequação por parte dos enfermeiros com 21,84%, 28,12% e 25,12% respectivamente, considerando as notas dadas, 2 e 3 em conjunto.

Quanto à aplicabilidade dos conceitos e estratégias de enfrentamento ao stress e *burnout* apresentadas, 84,40% dos participantes indicaram notas 4 e 5 para aplicabilidade na vida pessoal; as mesmas pontuações foram obtidas para 81,30% dos enfermeiros na avaliação de aplicabilidade na vida profissional; 84,49% na interação com outros

profissionais; 81,30% com colegas de trabalho; 84,40% na interação com o paciente; 78,10% na interação com o familiar do paciente e 75,00% na interação com os superiores (Quadro 10).

Quadro 10 - Aplicabilidade dos conceitos e estratégias apresentados no treinamento, na vida pessoal e profissional segundo os participantes, São Paulo - 2008

Áreas	Aplicabilidade				
	1	2	3	4	5
Na vida pessoal	2 (3,24%)	---	3 (6,26%)	8 (25,00%)	19 (59,40%)
Na vida profissional	1 (3,12%)	1 (3,12%)	4 (12,50%)	15 (46,90%)	11 (34,40%)
Interação com demais profissionais	1 (3,12%)	1 (3,12%)	3 (6,26%)	16 (50%)	11 (34,40%)
Interação com colegas de trabalho	1 (3,12%)	1 (3,12%)	4 (12,50%)	15 (46,90%)	11 (34,40%)
Interação com o paciente	2 (3,24%)	---	3 (6,26%)	17 (53,10%)	10 (31,30%)
Interação com familiar do paciente	2 (3,24%)	1 (3,12%)	4 (12,50%)	16 (50,00%)	9 (28,10%)
Interação com superiores	1 (3,12%)	1 (3,12%)	6 (18,80%)	15 (46,90%)	9 (28,10%)

As respostas obtidas nas questões abertas do mesmo instrumento são apresentadas no Quadro 11.

Quadro 11 - Apresentação das respostas às questões abertas da avaliação do treinamento pelos enfermeiros, São Paulo - 2008

Respostas às questões abertas
<p>Q1. Importância da abordagem do tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A totalidade dos participantes (100,00%) indicou ser o tema relevante para a enfermagem desde a formação e em qualquer fase da vida profissional.
<p>Q2. Utilização de alguma estratégia de <i>Coping</i> aprendida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onze enfermeiros (34,37%) disseram ter utilizado alguma estratégia de <i>coping</i> discutida no treinamento; ▪ Dezesesseis (50,00%) indicaram ter somente refletido sobre a situação estressante; ▪ Cinco (15,63%) não responderam esta questão.
<p>Q3. Sugestão para intervenção - As sugestões mais indicadas pelos enfermeiros foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferta do treinamento para a equipe de enfermagem (9 – 28,08%); ▪ Realizar o mesmo treinamento dentro de um ano e avaliar a utilização das técnicas apreendidas (1 – 3,12%); ▪ Mais atividades práticas (1 – 3,12%); ▪ Oferta de apoio psicológico para os profissionais de saúde e manutenção de um espaço zen na instituição (2 – 6,24%); ▪ Oferecer o treinamento fora do hospital (1 – 3,12%); ▪ Dezoito enfermeiros (56,25%) não indicaram sugestões.
<p>Q4. Críticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga horária diária elevada (1 – 3,12%); ▪ Oferecer o treinamento em outros horários (1 – 3,12%); ▪ As aulas foram poucas e espaçadas (2 – 6,24%); ▪ Vinte e oito (87,5%) enfermeiros não responderam esta questão.

Todos os enfermeiros que participaram do treinamento (100,00%) indicaram ser importante a discussão do tema desde a formação universitária e durante a vida profissional, sendo que 11 enfermeiros (34,37%) indicaram ter usado alguma estratégia de enfrentamento abordada no treinamento durante o período de sua participação.

A questão número dois também solicitou ao participante descrever uma situação na qual utilizou conscientemente uma estratégia de enfrentamento do estressor de forma bem sucedida. A partir desta descrição, foram identificados os tipos de estratégias que foram mais utilizadas pelos enfermeiros neste período. Deve-se ressaltar que houve a citação de somente 11 ocorrências de uso das estratégias abordadas, o que pode significar que não foi amplamente usado pelo grupo participante do treinamento:

- Fuga e esquiva (cinco ocorrências):

“Após uma situação estressante fiz um alongamento e saí para dar uma volta”;

“Quando enfrentei a situação saí para respirar e caminhar; voltei bem mais calma”;

“Durante uma discussão no trabalho procurei ouvir, desviando meus pensamentos”;

“Tive um desentendimento com um colega de trabalho que passei a evitar para não me estressar”;

“Estou passando por situações difíceis na minha família, que é muito complicada; então resolvi fugir da situação me afastando das pessoas que me estressavam”;

- Aceitação (duas ocorrências):

“Entendi que como enfermeira os outros me trarão “problemas” para que eu dê a solução e com isso parei de sofrer”;

“Passei a compreender melhor as situações, avaliar as atitudes, alinhar meus valores e decidir sobre os rumos que irei tomar”;

- Reavaliação positiva (três ocorrências):

“Busco pensar e analisar a situação; em uma situação estressante respirei fundo e percebi que estava ansiosa devido a mudança que estava passando. Aguardei a resolução do problema e reduzi a ansiedade”.

“Estou mais observadora, busco analisar a situação e trabalhar as emoções antes de agir”;

“Comecei a aguardar o momento certo para falar e aprendi a dizer não quando percebo que não poderei realizar o serviço no momento”.

- Resolução de problemas (uma ocorrência):

“Estou buscando analisar a situação por vários ângulos e evitar me colocar na defensiva, sair da zona de conforto e traçar metas. Frente a uma situação busquei identificar as causas do problema que me estressava

e a partir daí foram elaboradas aulas para as pessoas em questão e o processo educativo se mostrou eficiente; senti um desafio prazeroso “.

Pelas descrições dos enfermeiros verifica-se que as estratégias mais citadas por eles para enfrentamento dos estressores são focadas na emoção com sete (7) ocorrências.

5.11.2 Justificativa para não participação no treinamento

Os enfermeiros participantes do presente estudo (n=111) indicaram interesse em participar do treinamento, porém 79 (71,17%) não participaram. Considerando que o treinamento foi oferecido em todos os turnos de trabalho e com autorização das Diretorias de Enfermagem para participarem foi aplicado um instrumento para identificar os motivos da não participação no programa. Os resultados obtidos encontram-se na Figura 13.

Figura 13 – Justificativas dos enfermeiros para não participação no treinamento, São Paulo - 2008

A Figura 13 demonstra que 31 (39,24%) enfermeiros devolveram o formulário preenchido, sendo que 14 (17,72%) justificaram sua não participação devido ao fato de não terem um substituto nos horários do treinamento; 10 (12,65%) indicaram falta de tempo, três (3,79%) indicaram estar em férias ou folgas, dois (2,53%) indicaram estar com problemas pessoais, um (1,26%) esqueceu de participar e um (1,26%) já havia estudado o tema em treinamento de pós-graduação.

DISCUSSÃO

Manter a saúde física e mental do trabalhador no complexo ambiente do trabalho vivenciado atualmente é mais que um desafio; é uma necessidade de saúde pública, haja vista o aumento da incidência de doenças psíquicas como a depressão, ansiedade patológica, o *burnout* dentre outras. Tal quadro é ainda mais preocupante quando o profissional envolvido é o da área da saúde; justamente aquele a quem as pessoas recorrem para auxiliá-las em um dos momentos mais difíceis, que é o da perda momentânea, ou não, da saúde física ou mental.

Os estudos demonstram que o stress é inerente à profissão da enfermagem; entretanto, enquanto alguns enfermeiros estão propensos a desenvolver o *burnout* há aqueles que parecem estar imunes a esta síndrome. Pesquisadores de várias disciplinas buscam identificar as condições ambientais e individuais que interferem na gênese do *burnout*. Muitos destes fatores já identificados vêm sendo analisados e colocados à prova na tentativa de se estabelecer o nexos causal e as estratégias de redução do stress ocupacional.

Entretanto, a literatura especializada em nosso meio é escassa na descrição de estratégias para redução do stress ocupacional e *burnout* para enfermeiros. Neste estudo buscou-se avaliar uma intervenção para redução do *burnout* entre enfermeiros de duas instituições hospitalares bem como os fatores facilitadores e dificultadores para sua execução.

Na análise da caracterização sócio-demográfica da amostra (n=111), pode-se perceber a predominância do sexo feminino (98 – 88,28%), a do estado civil casada (55 - 49,59%), sem filhos (60 – 54,05%) e com faixa salarial acima de R\$ 3.000,00 (70 – 63%).

Quanto ao gênero, os dados vêm ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais que caracterizam a profissão de enfermagem como predominantemente feminina (Bianchi, 1990; Chaves, 1994; Lautert, 1995; Bianchi, 1999; Peniche, 2001; Anabuki, 2001; Gil-Monte, 2002; Lee *et al*, 2003; Gómez, 2005; Rodrigues, 2006; Patrick e Lavery, 2007).

No presente estudo, do grupo não participante do treinamento, 72 (91,13%) enfermeiros eram do sexo feminino e sete (8,86%) do sexo masculino. No grupo treinamento (n=32), dos enfermeiros participantes, 26 (81,25%) eram do sexo feminino e seis (18,75%) do masculino.

A variável “gênero” não tem sido apresentada na literatura consultada como um bom preditor de *burnout*, embora haja uma crença de que ele seja mais elevado nas mulheres devido à dupla jornada que exercem (cuidar da família e atividade profissional) (Rossi, 2005).

Os estudos apontam uma pequena, mas consistente diferença entre os sexos no domínio despersonalização, na qual os homens pontuam escores mais alto que as mulheres, e estas por sua vez pontuam escores mais altos em desgaste emocional. Entretanto, tais resultados podem sofrer interferências relacionadas aos estereótipos já que há profissões que são predominantemente masculinas ou femininas, como no caso da enfermagem (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002; Gil-Monte, 2002; Maslach, 2005).

Com relação ao estado civil o estudo demonstrou que houve pequena diferença entre enfermeiros casados (38 – 48%) e solteiros (35 – 44%) no grupo não participante do treinamento. Para o grupo treinamento, a diferença na frequência foi maior, a saber, 17 (53%) enfermeiros eram casados e 12 (37,5%) solteiros. Entretanto, **não houve diferenças significativas na associação do estado civil e as três dimensões do *burnout*.**

A condição de ter um relacionamento afetivo estável tem sido apontada na literatura como um fator que contribui para o não desenvolvimento do *burnout*, especialmente entre os casados (Maslach *et al* 2001). Os níveis de *burnout* mais elevados são encontrados mais entre os solteiros do que entre os casados (Maslach, 2005), entretanto, como comenta Benevides-Pereira (2002b), a qualidade do relacionamento deve ser considerada nesta relação.

O suporte social é um mecanismo de *coping* efetivo (Ceslowitz, 1989) para o enfrentamento dos estressores ocupacionais. Em revisão realizada por Tai *et al* (1998) o suporte social oferecido por cônjuges estava

relacionado a níveis mais elevados de auto-estima, menor humor depressivo e melhor qualidade de vida para enfermeiros.

O número de enfermeiros casados e aqueles sem filhos (47 – 59,49%) no grupo não participante do treinamento demonstram a tendência em adiar a maternidade / paternidade para buscar sua realização profissional, manter-se atualizados na sua área de atuação e obter a estabilidade econômica. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (Stacciarini e Tróccoli, 2001; Guido, 2003).

O fato de ter uma família, para alguns, é uma motivação a mais para enfrentamento das dificuldades cotidianas, especificamente as financeiras. A mulher, hoje, compõe a renda familiar responsabilizando-se pelos gastos com saúde e educação dos filhos do ensino médio até o superior. Entretanto, tais compromissos podem obrigar a mulher a se manter em um emprego ou atividade frustrante em benefício do bem estar da família, levando ao desgaste emocional.

A maioria dos enfermeiros do estudo se encontrava na faixa dos 30 – 39 anos (39,63%) com média de 35 anos de idade, nove (9) anos de formado, cinco (5) de trabalho na instituição e três (3) de trabalho na unidade hospitalar (Tabelas 2 e 3). Os achados foram semelhantes aos obtidos por Vahey *et al* (2004) ao analisar a correlação entre *burnout* do enfermeiro e satisfação do paciente.

A idade tem sido correlacionada ao *burnout* em diferentes estudos que demonstram uma tendência maior em populações com menos de 30 anos (Ferreira, 1998; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Vahey *et al*, 2004; Maslach, 2005; Patrick e Lavory, 2007). Enfermeiros mais jovens são menos experientes o que gera maior insegurança nas tomadas de decisões, maior dependência do auxílio da equipe e de superiores, além de não terem desenvolvido mecanismos de *coping* efetivos frente aos estressores ocupacionais.

Para Ferreira (1998), indivíduos com mais idade tendem a ser menos ansiosos frente aos estressores ocupacionais por tomarem uma postura mais ponderada na avaliação e por já terem desenvolvido

estratégias de *coping* mais adaptativas devido à experiência de vida e profissional.

Concorda-se com Ferreira, pois considerando a média de idade dos recém-formados em enfermagem, assim como em muitas outras profissões no país, têm-se enfermeiros formados aos 22 anos, caso não tenha havido reprovação em nenhuma série dos dois níveis educacionais anteriores. Portanto, verifica-se a formação de um profissional que abarca duas dificuldades consideráveis e que, provavelmente, o predispõe ao stress e *burnout*: a inexperiência profissional na enfermagem, e em alguns casos nenhuma experiência de trabalho anterior (de acordo com o perfil do jovem atual que permanece sob a tutela dos pais até a estabilidade econômica), e por ser muito jovem e em grande parte das vezes, pode ser imaturo emocionalmente frente às demandas emocionais que a atividade em enfermagem o deixará exposto.

Um outro fator contributivo para níveis de stress e *burnout* mais elevados nos enfermeiros iniciantes é a ausência de suporte social dentro da organização. O ingresso na vida organizacional gera expectativas muitas das vezes irrealistas, que frente ao universo do trabalho pode gerar frustração. Nesta fase, o apoio oferecido pelo Serviço de Educação Continuada aos novos enfermeiros é de fundamental importância, além do apoio da equipe de trabalho e especialmente dos enfermeiros da instituição.

Infelizmente, sabe-se que os Serviços de Educação Continuada (SEC), tão atuantes no passado, estão deixando de existir em nosso meio em muitas instituições. Atualmente estão sendo incorporados pelos Departamentos de Recursos Humanos com propostas interessantes na sua apresentação, mas há necessidade de uma análise no decorrer dessa mudança para avaliar as repercussões positivas e negativas para os indivíduos e para a organização.

O tempo médio de trabalho na unidade três (3) anos juntamente com a análise da média do tempo de trabalho na instituição, cinco (5) anos, reforçam a característica de *turnover* (rotatividade) alta entre os enfermeiros. O *turnover* é definido como um processo de saída voluntária da instituição ou solicitação de transferência voluntária do trabalhador do seu posto inicial

de trabalho para outra unidade ou departamento dentro da mesma organização (O'Brien-Pallas, 2006).

A alta rotatividade e a falta de profissionais de enfermagem é um problema de caráter mundial (Tai *et al*, 1998; Aiken, 2002; Vahey *et al*, 2004; Hurst e Koplin-Baucum, 2005; O'Brien-Pallas *et al*, 2006).

A rotatividade de trabalhadores é benéfica quando proporciona o crescimento da organização através da renovação de idéias e introdução de novas práticas (Aiken *et al*, 2002). Em linguagem popular seria como injetar “sangue novo” nas artérias da instituição. Entretanto, a rotatividade voluntária é prejudicial na medida em que causa uma ruptura na equipe de enfermagem, que a organização pretende manter, e quando ocorre em uma frequência alta proporciona descontinuidade do cuidado, redução da produtividade e aumento os riscos adversos na assistência (Tai *et al*, 1998; O'Brien-Pallas *et al*, 2006).

A escassez de profissionais de enfermagem é consequência da renovação insuficiente da força de trabalho (envelhecimento das enfermeiras, abandono da profissão, aposentadorias e tendência de redução de formandos em cursos de enfermagem), associada aos fatores organizacionais que dificultam a maximização da produtividade dos enfermeiros. Nos Estados Unidos da América (EUA) há uma tendência de queda na formação de enfermeiros, sendo que desde 1996 a taxa de declínio de graduandos em enfermagem atingiu 20% e a taxa de desemprego para enfermeiros atingiu 1% na última década (Larrabee *et al*, 2003).

O ritmo da rotatividade de enfermeiros prevista para os anos 2000 nos EUA é de 21,30% e no Reino Unido a situação não é muito diferente. O impacto financeiro da alta rotatividade também é elevado; o custo da rotatividade de enfermeiros para as organizações é em média de US\$21,514 para uma taxa de rotatividade de 9,50%, considerando os custos diretos e indiretos (Buchan, 2002; O'Brien-Pallas *et al*, 2006).

Minore *et al* (2005) em seu estudo demonstraram que o *turnover* afetou negativamente um número de tratamentos significativos e a orientação para alta de pacientes sob cuidados de enfermeiros que

indicaram intenção de abandonar a profissão. Leiter *et al* (1998) indicou que a satisfação do paciente era afetada negativamente quando os enfermeiros expressaram intenção de sair da instituição.

Dentre os fatores que levam ao *turnover*, pode-se citar: sobrecarga de trabalho, escassez de profissionais de enfermagem, deterioração da qualidade do cuidado, stress ocupacional e *burnout*, escala de trabalho não flexível, fatores demográficos, condições do ambiente de trabalho, insatisfação com a profissão (Leiter, Harvie e Frizzle, 1998; Tai *et al*, 1998; Aiken, Clarke e Sloane, 2001; Larrabee *et al*, 2003; O'Brien-Pallas *et al*, 2006). Dentre os fatores organizacionais que reduzem o *turnover* e aumentam a retenção de enfermeiros se encontram os estilos de administração participativa, desenvolvimento de carreira e oportunidades educacionais (Leiter, Harvie e Frizzle, 1998; Larrabee *et al*, 2003).

Os resultados apresentados anteriormente referem-se a estudos realizados na América do Norte e Europa, e infelizmente, não temos dados nacionais sobre a taxa de *turnover* na enfermagem. Porém, empiricamente pode-se supor que o quadro em nosso País não seja muito diferente, haja vista, a troca de experiência durante encontros, seminários e congressos de enfermagem aonde o tema é amplamente discutido.

O custo do *turnover* também é elevado. Segundo Marsal (2008)*, em palestra proferida no VI Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem, o custo do *turnover* de profissional de enfermagem pode chegar a R\$15.000,00 em seis meses, considerando uma remuneração mensal de R\$1.000,00.

O stress e *burnout* têm sido associados ao *turnover* e intenção de abandono da profissão em vários estudos o que reforça a necessidade de desenvolver pesquisas que associem stress, *turnover*, qualidade e custos da assistência, visando a fundamentar estas relações e propor um plano de ação em nível nacional para promover a retenção de enfermeiros nas instituições de saúde.

*Marsal CA. Gestão de Pessoas: qualidade e sustentabilidade. Palestra proferida no VI Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem - Sociedade Brasileira de Gerenciamento em Enfermagem (SOBRAGEN), em 21 agosto de 2008. Campos do Jordão, São Paulo.

Com relação aos cargos ocupados, 90 (81,8%) enfermeiros atuavam como assistenciais; 14 (12,61%) como chefes de departamento (administrativos); três (2,70%) como supervisores, três (2,70%) como gerentes de área e um (1%) como diretor de área.

Quanto ao turno de trabalho, 23 (20,72%) enfermeiros atuavam em turno integral (oito horas diárias), 22 (19,81%) no período matutino; 21 (18,91%) no período vespertino e 45 (40,54%) no período noturno. Setenta e três (65,76%) enfermeiros indicaram não realizar rodízio de horário e 76 (68,46%) não possuem outro vínculo empregatício (Tabela 4).

Na categorização dos cargos exercidos pelos enfermeiros, tradicionalmente atribui-se a denominação enfermeiro assistencial àquele que trabalha à beira do leito, em unidades hospitalares, ambulatoriais e centros de saúde, prestando cuidados diretos ao paciente. Enfermeiro administrativo, por sua vez, executa a função de gerente da unidade e de outros serviços. Entretanto, são raros os serviços de saúde no Brasil que possuem esta distinção tanto na teoria quanto na prática exceto em unidades de atendimento a pacientes críticos, em que a complexidade do cuidado exige um maior número de enfermeiros assistenciais.

Na maior parte das instituições o enfermeiro assistencial também exerce funções administrativas delegando ações e supervisionando a equipe de enfermagem, assumindo ambas as atividades. O duplo papel na atuação do enfermeiro, assistencial e administrativo, tem sido alvo de estudos e apontado como um dos fatores de risco para o stress ocupacional e *burnout* (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Chang *et al*, 2005).

Em revisão da literatura de 1985 - 2003 realizada por McVicar (2003), 11 estudos apontaram a sobrecarga de trabalho e a pressão do tempo como os maiores estressores no ambiente de trabalho para enfermeiros.

A maioria dos participantes do estudo trabalha no período diurno, onde há maior sobrecarga do trabalho hospitalar, e não possui outro vínculo empregatício. Este achado pode estar relacionado ao fato das instituições onde ocorreu a pesquisa serem de financiamento privado e

provavelmente oferecerem uma melhor remuneração aos seus colaboradores quando comparadas às instituições de financiamento público.

Na análise das áreas de atuação, a maioria dos enfermeiros (27 -24,32%) atua em unidades de clínica médico-cirúrgica, seguida pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto (13 - 11,71%) e UTI infantil (11 – 10%) (Tabela 5).

As unidades de internação médico-cirúrgicas são caracterizadas pela alta rotatividade de pacientes, devido ao menor tempo de permanência o que também é um fator gerador de stress para o enfermeiro. Atualmente, a assistência de enfermagem nestas clínicas é realizada em curto período de tempo; o contato do enfermeiro com o paciente está se tornando cada vez menor, impedindo a criação do vínculo assistencial tão necessário para a criação e manutenção do ambiente do cuidado e em especial em instituições de financiamento privado. Os convênios médicos podem ser obstáculos, à medida que impõem, cada vez mais, um período de internação mais curto.

O cuidar exige mais que um leito, um paciente e a equipe; exige disponibilidade, afetividade, conhecimento recíproco entre cliente e o profissional, cordialidade, enfim humanidade. Com a transformação do ambiente hospitalar em uma unidade que atua como uma linha de produção a essência do cuidado se perde, criando um ambiente inóspito tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Os motivos desta transformação podem ser encontrados na análise das mudanças no mundo do trabalho já discutidas anteriormente, na qual a gestão de custos na assistência à saúde obriga os enfermeiros a gastar mais tempo com a contabilidade do cuidado do que com a assistência propriamente dita.

Esta lógica capitalista do processo de trabalho em saúde e enfermagem necessita ser revista, pois como verificado na relação de custos com absenteísmo e licenças médicas de profissionais, o desgaste físico e emocional da equipe repercute diretamente na qualidade do cuidado e no aumento do custo operacional. Haja vista o aumento do tempo de internação de pacientes ou de re-internações devido a úlceras de pressão ou outras lesões causadas pelo inadequado gerenciamento de riscos e ausência de planos de contingência na assistência de enfermagem.

Verifica-se no estudo que 23 (29,11%) enfermeiros do grupo não participante do treinamento não possuíam especialização e nove (28,11%) do grupo treinamento indicaram possuir mais que uma. As especialidades mais indicadas pelos demais enfermeiros foram Administração Hospitalar e Unidade de Terapia Intensiva.

Constata-se que cerca de 1/3 dos enfermeiros do grupo que não participou do treinamento não possuía especialização e no grupo treinamento a condição foi inversa, indicando que o treinamento foi procurado por enfermeiros especialistas.

Nas instituições campo de estudo não há plano de carreira; entretanto, na instituição B a Diretoria Assistencial oferece condições mais favoráveis para os enfermeiros que buscam dar continuidade à sua formação tais como, flexibilidade de horário, liberação para atividades educacionais, incentivo à pesquisa, oferecimento de curso de metodologia de pesquisa dentre outros.

Grande parte dos enfermeiros do grupo treinamento já usufruiu ou ainda usufrui destes incentivos. Este talvez seja um dos motivos de sua maior participação no treinamento.

Considerando a percepção de stress (Tabela 6), 67 (84,81%) enfermeiros que não participaram do treinamento e 19 (59,37%) do grupo treinamento disseram não se sentir estressados. Entretanto, ao serem questionados se o stress os desestimula a ir ao trabalho, 64 (81,02%) enfermeiros do grupo não participante e 21 (65,63%) enfermeiros do grupo treinamento indicaram resposta afirmativa.

Ao analisar este achado, pode-se supor que: [1] os enfermeiros não foram sinceros ao responder a primeira questão ou [2] embora estejam vivenciando o stress ocupacional, não se percebem como estressados ou [3] mesmo não se percebendo como estressados, sentem-se desestimulados a ir ao trabalho e associam esta desmotivação a outras condições que não o stress ou *burnout*.

Das suposições apresentadas, há trabalhos na literatura consultada que corroboram com a designação de que o profissional está desestimulado no trabalho, embora os níveis de stress e *burnout* entre

enfermeiros tenham se apresentado entre baixo e moderado em grande parte de estudos nacionais e internacionais (Kahill, 1988; Lautert, 1995; Carson *et al*, 1999; Hall, 2001*; Batista, 2005; Rodrigues, 2006; Patrick e Lavery, 2006; Barnard *et al*, 2006).

Na análise dos sintomas e condições percebidas pelos enfermeiros no seu trabalho, dores de cabeça, tensão muscular de pescoço e ombros e preocupação foram indicados com uma frequência maior que 50,00% pelo grupo não participante do treinamento. Para o grupo treinamento, os sintomas de dores de cabeça e tensão muscular de pescoço e ombro foram os mais indicados.

Vários são os sintomas físicos relacionados ao stress, sendo que as manifestações musculares são as que mais acometem os indivíduos nesta condição, devido à tensão muscular indicando que o indivíduo se mantém na fase de alerta. A dor de cabeça referida pelos enfermeiros pode estar relacionada também a tensão muscular ou ao bruxismo. Entretanto, os dados coletados são insuficientes para estabelecer precisamente a causa destas manifestações.

As médias dos escores das dimensões do MIB para os enfermeiros do estudo foram: DE de 12,50 (desvio padrão (dp) = 6,22); DP de 4,12 (dp = 3,47) e INP de 25,17 (dp = 5,00). A maioria dos enfermeiros que não participaram do treinamento encontrava-se com escores baixo / moderado de *burnout* (Tabelas 7 e 8) de acordo com os pontos de corte estabelecido para a amostra, a saber, 16,00 para DE, 6,00 para DP e 22,00 para INP.

As médias de escores para as três dimensões do MIB são semelhantes às obtidas por Lautert (1995), Barnard *et al* (2006) e Rodrigues (2006).

Lautert (1995), ao analisar o *burnout* em uma população de 341 enfermeiros de dois hospitais no Rio Grande do Sul, obteve as médias de 14,15 e 13,62 para DE, de 4,58 e 4,47 para DP e de 24,69 e 24,98 em INP.

Barnard *et al* (2006) obtiveram escores médios de 19,92 para DE, 3,32 para DP e 33,89 para INP que foram considerados entre baixo e moderado nível para a amostra de 101 enfermeiros australianos.

* Hall E. *Nurse burnout in a high stress health care environment: prognosis better than expected?* [unpublished document] 05/2001. Department of Management, School of Business, University of Otago, Dunedin – New Zealand (lditzel@business.otago.ac.nz)

Rodrigues (2006) em seu estudo sobre *burnout* entre enfermeiros que atuam em oncologia, obtiveram média de 14,41 para DE, 4,86 para DP e 25,40 para INP concluindo que os enfermeiros encontravam-se com nível baixo / moderado de *burnout*.

Porém, alguns estudos apresentaram escores mais elevados nas três dimensões como o de Leiter, Harvie e Frizzle (1998) que obtiveram escores de 23,01 para DE, 6,38 para DP e 36,81 para INP, para a população canadense.

Vahey *et al* (2004) ao analisar o *burnout* em uma população de 820 enfermeiros em 20 hospitais nos EUA, obtiveram as médias de 24,30 para DE, 7,4 para DP e 36,6 para INP, significativamente mais elevadas, sendo que os enfermeiros apresentaram valores médios das variáveis, idade (34,6 – dp=9,5 anos), anos de formado (9,6 – dp=8,7) e anos de trabalho na unidade (3,6 – dp=4,0) semelhantes ao presente estudo.

Inúmeras pesquisas nos últimos anos vêm sendo realizadas com o objetivo de identificar o nível de *burnout* entre enfermeiros e suas associações com características sócio-demográficas (Maslach, 1985; Lautert, 1997; Gil-Monte, 2002); áreas de atuação dos enfermeiros (Chiriboga e Bailey, 1986; Lautert, 1995; Rodrigues, 2006) estressores ocupacionais e ambiente organizacional (Hall, 2001; Barnard *et al*, 2006; Patrick e Lavory, 2007); estratégias de *coping* (Ceslowitz, 1989; Payne, 2001; Quattrin *et al*, 2006; Rodrigues, 2006); satisfação do paciente e qualidade do cuidado (Vahey *et al*, 2004; Leiter, Harvie e Frizzle, 1998; Aiken *et al*, 2002) e satisfação profissional (Rosa e Carlotto, 2005; Faragher, Cass e Cooper, 2005).

Grande parte destes estudos demonstra que os enfermeiros encontram-se com níveis baixos / moderados de *burnout*, embora atuem em condições e ambientes consideradas altamente estressantes (Lautert, 1995; Hall, 2001; Rodrigues, 2006).

As várias constatações de nível baixo e moderado de stress e *burnout* entre enfermeiros contradizem as evidências que demonstram ser a enfermagem uma profissão altamente estressante, com vários fatores de risco associados. Estes resultados levam ao questionamento sobre os

motivos pelos quais alguns enfermeiros submetidos a estressores ocupacionais desenvolvem o *burnout* e outros submetidos às mesmas condições de trabalho, seguem imunes a ele.

Na análise dos motivos desta constatação, Kahill (1988), em sua revisão de pesquisas publicadas entre 1974 – 1984, concluiu que a análise da influência das características pessoais no processo de *burnout* foram negligenciadas e que estudos longitudinais utilizando várias técnicas para coleta de dados (entrevistas estruturadas, aplicação de instrumentos validados e observação em campo) poderiam indicar os fatores relacionados.

Visser *et al* (2003) ao analisar os níveis de stress e *burnout* entre 1.435 médicos alemães de várias especialidades, constataram que apesar de 55% da amostra ter apresentado alto ou muito alto nível de stress ocupacional, 81% apresentaram alto nível de satisfação no trabalho. O estudo demonstrou uma correlação inversa entre stress ocupacional e satisfação no trabalho. Os participantes do estudo apontaram a segurança no emprego, valorização profissional, estímulo intelectual, comunicação adequada e suporte social de colegas de trabalho como fatores de satisfação. O estudo apontou que a relação do stress ocupacional e satisfação é um preditor da exaustão emocional, sendo que, quando o nível de stress é alto e a satisfação profissional baixa, os escores nesta dimensão são elevados.

Na enfermagem, a correlação entre a satisfação no trabalho e *burnout* foi evidenciada em vários estudos (McNeese-Smith, 1999; Aiken *et al*, 2002; Larrabee *et al*, 2003; Vahey, 2004) indicando que a satisfação no trabalho dos enfermeiros é um fator que reduz a ocorrência de *burnout*. O suporte social e equilíbrio entre demandas do trabalho e do lar, além da satisfação no trabalho também são fatores considerados protetores contra o *burnout* enquanto que, ausência de suporte administrativo, processos de comunicação falhos, ausência de orientação e de *feedback* dos superiores são considerados fatores de risco para enfermeiros que atuam em saúde mental (Cottrell, 2001).

Para Hall (2001) as características individuais tais como, assertividade, *hardiness*, resiliência, estratégias de *coping* bem sucedidas, a satisfação com o trabalho e outras características de personalidade parecem interferir na avaliação dos estressores e em consequência na ocorrência de repercussões orgânicas e psicológicas.

Kanter (1993) considera que a estrutura do ambiente de trabalho determina as atitudes e comportamentos dos empregados nas organizações. Sua teoria fundamenta-se na relação entre acesso ao poder e oportunidades, considerados por ela como determinantes estruturais. O poder deriva da capacidade de acessar e mobilizar apoio, informações e recursos de sua posição; a oportunidade refere-se às expectativas de crescimento e avanço nas posições dentro da organização.

A associação do poder e oportunidade leva à eficácia e ao comprometimento. O empregado participa mais ativamente das atividades da organização e são mais comprometidos quando são imbuídos de autoridade. Por outro lado, empregos que são freqüentemente rotineiros, com pouca visibilidade e estão fora do trabalho central da organização levam à ineficácia, gerando no empregado comportamentos contraproducentes para o alcance das metas organizacionais.

Estudos de Laschinger e Wilson (1994), Laschinger e Havens (1997) e Laschinger *et al* (1999) têm demonstrado que o *empowerment* psicológico e organizacional repercute positivamente na percepção de stress ocupacional, aumenta a satisfação no trabalho, aumenta o compromisso e reduz o *burnout*. Entretanto, considerando o presente estudo, não há dados suficientes que possam relacionar as médias dos escores do MIB obtidas com o *empowerment* dos enfermeiros ou com as características de personalidade.

Os enfermeiros do grupo treinamento, em sua maioria, também apresentaram escores entre baixo / moderado, para o pré e pós-treinamento (Tabela 9).

Os resultados das médias dos escores para o grupo treinamento foram semelhantes, sendo que a média dos escores para as três dimensões do MIB no pré-treinamento foi de 12,56 (dp=6,69) para DE, 4,03 (dp = 3,24)

para DP e 23,24 (dp = 4,29) para INP; no pós-treinamento as médias foram, 12,34 (dp = 6,48) para DE, 3,41 (dp = 2,30) para DP e 23,22 (dp = 6,37) para INP (Tabela 10).

Nas análises de associação entre o resultado das dimensões do *burnout* e características sócio-demográficas, foi encontrada **associação fraca, porém positiva e significativa entre o gênero masculino e o domínio incompetência profissional no grupo que não participou do treinamento ($\Phi = 0,241$, $p = 0,032$)**. A chance de MIB no domínio incompetência profissional alto é cerca de **cinco (5) vezes** mais provável entre os enfermeiros do sexo masculino que não participaram do treinamento do que aqueles que participaram. O estudo não demonstrou associação do gênero com as demais dimensões do *burnout*.

O domínio **incompetência profissional** se caracteriza pelo sentimento de inadequação profissional que se manifesta com padrões negativos relacionados ao próprio indivíduo, como baixa estima, isolamento, depressão, e a sua atividade ocupacional como baixa produtividade, ineficácia, incapacidade de suportar pressões, absenteísmo, intenção de sair do emprego, insatisfação, falta de compromisso no trabalho e *turnover* (Lautert, 1995; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Maslach, 2005).

Para Gil-Monte (2002), houve um crescimento da população masculina na enfermagem nas últimas décadas devido à maior oferta de emprego e ao tempo relativamente curto para formação, considerando seu país de origem (Espanha). Em seu estudo, Gil-Monte correlacionou gênero, sobrecarga de trabalho, relacionamento interpessoal, *burnout* e inclinação para o absenteísmo e concluiu que os homens apresentam escores mais elevados em despersonalização, relação interpessoal prejudicada e inclinação para o absenteísmo, e as mulheres em desgaste emocional.

Na análise da relação entre as dimensões do *burnout* e gênero, este autor identificou relação significativa entre DE e DP para ambos os sexos; a relação entre INP e DP não foi significativa para a amostra masculina e sim para a feminina sugerindo que esta relação pode estar sendo mediada pelo gênero, já que estudos nos quais a amostra é formada por uma maior porcentagem de mulheres e menor de homens obtém-se

relação significativa, ao passo que no caso inverso a relação tende a não ser significativa.

No presente estudo, embora a maioria fosse composta por enfermeiros do sexo feminino, foi identificada a associação entre MIB INP alto e sexo masculino no grupo não participante do treinamento (*odds-ratio* de 5,08) o que não corrobora os achados de Gil-Monte (2002).

Uma possível explicação seria o posicionamento masculino frente à própria profissão de enfermagem, tradicionalmente feminina, com características de subordinação e dependência, estrutura altamente hierarquizada, relações conflituosas entre equipes e a visão, muitas das vezes preconceituosa, que o público em geral possui do homem que atua como enfermeiro. Além destes fatores, as poucas oportunidades de progressão na carreira em instituições hospitalares levam a frustração no trabalho que é culturalmente mais sentido pelos homens.

Tal achado conduz à reflexão sobre o modelo de *burnout* proposto por Gil-Monte *et al* (1998). Neste modelo os autores propõem que a síndrome tem início com o desenvolvimento de atitudes negativas sobre o trabalho, ausência de realização e inadequação profissional (incompetência profissional), aliado ao desgaste emocional progredindo para as atitudes e sentimentos negativos para com as pessoas que são os recebedores de seus cuidados e seus colegas de trabalho (despersonalização). Este modelo supõe uma concepção teórica alternativa a outros modelos para explicar a gênese do *burnout* e embora tenha tido confirmação empírica em diferentes estudos, ainda é uma teoria que necessita maiores investigações.

Para o grupo treinamento, 13 (40,62%) enfermeiros indicaram não ter filhos e o mesmo percentual indicou ter dois ou mais. Para este grupo, verificou-se **associação fraca, porém positiva e significativa entre o número de filhos ($\Phi = 0,442$; $p=0,020$) e incompetência profissional**, ou seja, os escores em incompetência profissional foram maiores para os enfermeiros que tinham filhos. Não houve associação significativa entre as demais dimensões do *burnout* e o fato de ter filhos.

A literatura disponível, até o momento, também não é conclusiva considerando a associação entre ter filhos e nível de *burnout*. Alguns autores

sugerem que a paternidade torna o profissional mais equilibrado, facilitando o *coping* com os estressores ocupacionais, porém os dados ainda são escassos (Benevides-Pereira, 2002b).

Neste estudo **não** houve associação estatisticamente significativa entre idade e dimensões do MIB em ambos os grupos, sendo resultados semelhantes aos obtidos por Lautert (1995). Esta autora, ao analisar as correlações entre as dimensões do MIB e variáveis sócio-demográficas em dois grupos de enfermeiros hospitalares, não encontrou correlação entre idade, tempo de formado e tempo de atuação na instituição e as dimensões desgaste emocional e reduzida realização profissional; na dimensão despersonalização, seu estudo apresentou correlação baixa e inversamente proporcional com a idade indicando que quanto mais baixa a idade, maiores os escores de despersonalização.

Estudo realizado por Patrick e Lavory (2007), a idade apresentou associação negativa com desgaste emocional e despersonalização, indicando que à medida que a idade dos enfermeiros aumenta os níveis destas duas dimensões do *burnout* diminuem.

Considerando o tempo de formado, a média dos participantes do presente estudo foi de nove (9) anos, com desvio padrão de 7,6. O estudo demonstrou não haver associação estatisticamente significativa entre as dimensões do *burnout* e o tempo de formado. Tal resultado corrobora os obtidos em outros estudos que foram inconclusivos na análise da relação entre tempo de profissão e o *burnout* (Lautert, 1995; Benevides-Pereira, 2002b).

A análise de associação entre o **tempo de unidade** e a **dimensão desgaste emocional** mostrou-se fraca, porém positiva e significativa ($\Phi = 0,361$; $p = 0,019$) para o grupo que não participou do treinamento. Ou seja, quanto maior o tempo na unidade de atuação maior o desgaste emocional.

Para Freudenberg (1974), a síndrome começa a se manifestar durante o primeiro ano na instituição, entretanto, a este fator deve-se somar o tempo de profissão, pois o profissional recém-admitido poderá já ser

portador da síndrome, com maior ou menor grau, desenvolvida em outros ambientes laborais.

A experiência adquirida na atividade profissional traz maior segurança ao profissional e permite maior autonomia; entretanto, o início em um novo ambiente exige esforço de adaptação ao ambiente físico, estrutura administrativa e no relacionamento interpessoal para formação de laços de confiança. Deste modo, pode-se supor que quanto menor o tempo de atuação na unidade, maior a demanda emocional sofrida pelo enfermeiro que deverá dispor de energia extra para a adaptação ao ambiente, às pessoas e ao trabalho.

No presente estudo as seguintes categorias apresentaram associação fraca, porém positiva e significativa na dimensão **despersonalização** e **cargo ocupado** ($\Phi = 0,374$; $p = 0,027$); **rodízio de horário** ($\Phi = 0,259$; $p = 0,022$) e **segundo emprego** ($\Phi = 0,314$, $p = 0,006$) no grupo que não participou do treinamento.

A associação positiva e significativa entre a dimensão despersonalização e características sócio-ocupacionais citadas acima demonstra a influência do ambiente laboral e econômico no comportamento dos enfermeiros.

A despersonalização (ou dimensão do ceticismo) caracteriza o componente interpessoal do *burnout* e geralmente se desenvolve em resposta à exaustão emocional com finalidade auto-protetora, isto é, se o profissional sente que está sobrecarregado, começa a diminuir sua performance, com o risco de desumanizar a sua assistência. Caracteriza-se pela tentativa que o profissional faz de distanciar-se dos recebedores de seus cuidados, ignorando as qualidades que os tornam únicos. Para estes profissionais, já esgotados, as demandas dos pacientes (clientes) são mais fáceis de gerenciar quando os consideram objetos impessoais do próprio trabalho, agindo de forma cínica e indiferente as suas necessidades (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

No presente estudo, a associação positiva entre o cargo ocupado e despersonalização atinge os profissionais atuantes como enfermeiros assistenciais, já que este é o cargo ocupado pela maioria dos

enfermeiros (65 – 82,27%) no grupo não participante do treinamento. Este resultado é preocupante haja vista ser a atuação assistencial uma atividade de contato direto com o paciente (cliente) e responsável, em grande parte pela qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

Frente a este resultado, pode-se supor que os estressores que os enfermeiros desta amostra possam estar enfrentando sejam o stress de função, ou ambigüidade de papéis e a sobrecarga de trabalho. A sobrecarga de trabalho tem sido o melhor preditor da dimensão desgaste emocional do *burnout* e relaciona-se tanto a quantidade quanto a qualidade do trabalho a ser executado que ultrapassam as condições de executá-lo, devido à insuficiência de recursos materiais, humanos, tecnológicos e mesmo de tempo (Maslach, 2005).

O stress na função é uma consequência da discrepância entre a percepção do indivíduo sobre as características de uma função específica e o que está sendo conseguido realmente por ele que executa atualmente esta função (Lambert V e Lambert C, 2001).

Quando as expectativas da função são maiores do que efetivamente se consegue desenvolver, surge o stress e o *burnout*. O stress na função e em particular a sobrecarga de trabalho têm sido apontadas como maiores preditores de *burnout* e como o principal motivo do abandono da profissão entre enfermeiros (Dewe, 1989; MacNeese-Smith, 1999; Lautert, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Gil-Monte, 2002; Aiken *et al*, 2002; McVicar, 2003; Vahey *et al*, 2004; Chang *et al*, 2005; O'Brien-Pallas *et al*, 2006).

Com relação ao rodízio de horário, o *odds-ratio* de 5,40 indica que a chance de escores mais elevados em despersonalização (DP) é 5 vezes mais provável para os enfermeiros que realizam o rodízio, considerando o grupo não participante do treinamento (n=79). Na categoria segundo emprego, para o mesmo grupo, a chance de escore alto para DP é cerca de 4,7 vezes mais provável.

Para o grupo que participou do treinamento houve associação moderada, positiva e significativa entre unidade de trabalho e despersonalização (coeficiente de contingência = 0,645, p= 0,01)

demonstrando que a despersonalização está associada a unidade de trabalho.

Uma grande variedade de estudos tem relacionado os setores de trabalho hospitalar ao stress entre enfermeiros, tais como em centro cirúrgico (Bianchi, 1990; Guido, 2003; Aquino, 2005), unidades abertas e fechadas (Bianchi, 1999), unidade de emergência (Batista, 2005), unidades de terapia intensiva (Ferreira, 1998; Gutierrez, 2005), *burnout* entre enfermeiros que atuam em unidades de oncologia (Rodrigues, 2006; Barnard *et al*, 2006).

Lautert (1997) identificou médias mais altas em despersonalização entre enfermeiros atuantes no setor de emergência, seguidas pelos enfermeiros em cargos de Chefia e pelos que atuam em unidades de terapia intensiva. Médias elevadas de desgaste emocional foram identificadas em enfermeiros atuantes em unidades de internação, devido em parte à sobrecarga de trabalho e pela natureza monótona de algumas atividades desempenhadas nestas unidades. Segundo a autora, a sobrecarga deve-se ao volume de pacientes e atividades burocráticas em número cada vez maior que impedem os enfermeiros de terem pausas durante seu horário de trabalho e reduzem o controle sobre as atividades que realizam e é a caracterização do esgotamento.

A argumentação de Lautert, embora tenha mais que dez anos, continua atual. O volume das atividades burocráticas atribuídas aos enfermeiros nos últimos anos tem crescido devido ao grande número de formulários a serem preenchidos e encaminhados, com tempo determinado e para diferentes setores, na busca de um maior controle dos custos e dos processos.

No presente estudo a associação entre a despersonalização e as demais categorias, a saber, rodízio de horário e segundo emprego reforça o pressuposto de que o aumento da sobrecarga de trabalho e do desgaste emocional que estas condições geram, levam os enfermeiros à despersonalização.

A análise do Coeficiente de Concordância de Lin para as três dimensões do *burnout* no grupo treinamento não demonstrou diferença

significativa entre as médias e variâncias no pré e pós-treinamento, conforme apresentado nas Figuras 4, 5 e 6.

Os coeficientes de correlação foram de 0,691 (moderado) para o DE, 0,334 (baixo) para o DP e 0,350 (baixo) para o INP. Pode-se perceber que o DE apresentou melhor correlação dentre as três dimensões. As medidas de concordância e acurácia, respectivamente, foram de 0,692 e 0,998 para o DE, 0,362 e 0,920 para o DP e 0,381 e 0,918 para INP. A baixa concordância pode ser explicada pela baixa medida de precisão.

Frente à baixa correlação entre as médias dos escores do MIB no pré e pós-treinamento, buscou-se analisar a significância clínica por meio da análise da magnitude de efeito (*effect size*). Tal análise justifica-se devido ao delineamento do estudo na qual uma intervenção com delineamento pré e pós foi realizada

Nesta análise foram consideradas sete categorias: mudança zero; mudanças positivas ou negativas, porém não confiáveis estatisticamente; melhora confiável estatisticamente; significância clínica; melhora confiável (estatística) e significância clínica; deterioração (piora) confiável.

A seguir serão discutidos os achados referentes às mudanças clínicas positivas e deterioração estatisticamente significativa para cada dimensão do *burnout* medidas pelo RCI.

Para o domínio DE foi considerado 14 como ponto de corte (Figuras 7 e 8). Neste domínio, 9,4% dos enfermeiros apresentaram **mudança zero** (representadas pelos números **7, 24 e 28**); 71,8% apresentaram **mudanças positivas ou negativas**; 6,3% apresentaram **melhora confiável** (números **3 e 25**); 9,40% apresentaram **significância clínica positiva** (números **3, 10 e 25**); 3,10% apresentaram **melhora confiável e significância clínica** (número **3**) e 12,50% apresentaram **deterioração** (números **6, 8, 12 e 18**).

Pode-se perceber que o enfermeiro representado pelo número **3** foi o único que obteve melhora significativa tanto estatística como clinicamente. Isto significa que houve uma redução substancial no seu escore no DE, embora tenha apresentado nível baixo / moderado no pré e

pós-teste. O enfermeiro representado por este número possuía especialização em oncologia, tinha cinco anos de formado e atuava no setor de quimioterapia há 14 meses. Com relação aos sinais e sintomas de stress, indicou sentir-se estressado, sem estímulo para o trabalho e apresentando os seguintes sintomas: dores de cabeça, dores de estômago, agitação, impaciência, raiva e beber compulsivamente. Na análise destas informações pode-se perceber que este enfermeiro sentia-se estressado e que estava relacionando os sintomas descritos ao stress ocupacional, portanto consciente desta relação o que pode ter contribuído para os resultados obtidos por ele.

Outros dois enfermeiros, representados pelos números 10 e 25, apresentaram melhora clínica positiva, embora ambos tenham apresentado escore baixo / moderado no pré e pós-teste para esta dimensão. Um deles (nº 25) atuava em UTI para neonatos e o outro (nº 10) em clínica médico-cirúrgica; ambos possuíam especialização e tempo médio de trabalho no hospital de 15 anos. Com relação à sintomatologia associada ao stress ocupacional, o enfermeiro representado pelo nº 10 indicou: não sentir-se estressado, porém sem estímulo ao trabalho e apresentando os seguintes sintomas: dores nas costas, fadiga, agitação e frustração. O enfermeiro representado pelo nº 25 indicou não sentir-se estressado, porém sem estímulo ao trabalho e com os sintomas de dores de estômago, tensão, fadiga, depressão, agitação, impaciência, raiva, frustração, beber compulsivamente e chorar. Percebe-se que ambos os enfermeiros não relacionaram os sintomas e o desestímulo em ir ao trabalho com o stress ocupacional, o que pode explicar a melhora clínica, porém não estatística dos níveis de DE pós-treinamento.

Para este domínio, o treinamento informativo não pode ser avaliado como uma estratégia eficaz, já que a melhora clínica foi observada em um percentual baixo de participantes (3 - 9,40%), enquanto que a piora clínica foi verificada em quatro (4 - 12,50%) participantes. Deve-se ressaltar que nesta análise, a variável mudança no MIB pré e pós-treinamento pode sofrer influências de outras situações, tais como mudanças pessoais que não foram foco da atual pesquisa.

O domínio DE é o componente individual e básico da síndrome de *burnout* e reflete o desgaste físico, a fadiga, o desânimo ocasionado principalmente pela sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho. Os resultados neste domínio refletem o sentimento pessoal dos participantes com relação ao ambiente laboral e as manifestações físicas da fase de alerta da síndrome de adaptação geral (SAG) descrita por Selye.

Considerando os três enfermeiros que apresentaram melhora clínica significativa, pode-se relacionar este achado à presença de características de personalidade que facilitem o enfrentamento dos estressores já que não houve associação entre esta dimensão e as variáveis sócio-demográficas como verificado anteriormente. Por outro aspecto, considerando que o PIS é uma intervenção cognitiva e que, como tal com foco na avaliação primária e secundária do estressor pode-se supor que estes enfermeiros conseguiram modificar sua avaliação dos estressores e desta forma reduzir o nível de DE como verificado em outros estudos (Ravazi *et al*, 1993; Carson *et al*, 1999; Gardner *et al*, 2005).

Todos os três enfermeiros são especialistas, sendo que um atua em clínica médico-cirúrgica no período noturno, um em unidade de quimioterapia no período matutino e outro em unidade de cuidado intensivo no período noturno. Pode-se supor que o local e o período de trabalho possam ter influenciado na redução do DE destes enfermeiros. Estudos indicam que enfermeiros que possuem especialização e atuam em unidades de cuidados críticos ou intensivos tendem a ter menores escores de stress ocupacional e *burnout* e sentirem maior satisfação no trabalho quando comparados a enfermeiros de unidades abertas.

Alguns estudos indicam o turno de trabalho como um estressor ocupacional para o enfermeiro (Chaves, 1994), porém os resultados ainda são inconclusivos. Entretanto, quando o trabalhador opta pelo período de trabalho o faz motivado por algum fator pessoal ou profissional, seja para conciliar outra ocupação, ter mais tempo durante o dia para o cuidado com familiares e filhos (no caso das mulheres, especialmente), ter um aumento em seus rendimentos no caso no trabalho noturno ou na tentativa de reduzir conflitos pessoais ou o sentimento de sobrecarga de trabalho (*turnover*).

O trabalho noturno em muitas instituições oferece um desgaste maior aos trabalhadores do que o trabalho em período diurno, devido principalmente à ausência de suporte administrativo e de apoio, que funcionam em horário comercial. No caso da instituição B, há um profissional administrativo que atua todas as noites no período das 20h00 às 02h00 com a finalidade de oferecer este suporte aos enfermeiros, além de possuir um enfermeiro supervisor em cada plantão noturno. Outro fator a ser considerado é o dimensionamento de pessoal, que na clínica médico-cirúrgica é drasticamente reduzido devido ao número menor de atividades executadas pela equipe no período noturno. Entretanto, o número de pessoal de enfermagem que atua em unidades críticas não sofre tanta redução devido aos cuidados prestados e gravidade dos pacientes, o que pode ser um fator atenuante na percepção de sobrecarga de trabalho.

A piora clínica em quatro enfermeiros pode ser explicada, em parte, devido à conscientização sobre o tema e à própria técnica utilizada que expõe os participantes à discussão dos estressores ocupacionais (inoculação de stress) e das experiências estressantes do seu cotidiano de trabalho, exacerbando as manifestações de desgaste emocional. Estes enfermeiros não conseguiram modificar sua avaliação secundária dos estressores ocupacionais.

Considerando estes enfermeiros (representados pelos números 6, 8, 12 e 18) todos possuíam especialização em áreas diversas, a saber: um possui duas especializações, sendo uma delas em administração hospitalar, atua na unidade de oncologia como enfermeiro assistencial no período noturno (enfermeiro nº 6); um enfermeiro especialista em obstetrícia atua na unidade de pediatria, é chefe de departamento em período integral (enfermeiro nº 8); um enfermeiro especializado em clínica médico-cirúrgica e atua como assistencial na cobertura de folgas de outros enfermeiros no período noturno (enfermeiro nº 12) e, por último, um enfermeiro com Mestrado em Enfermagem que atua no setor administrativo, como chefe de departamento em período integral (enfermeiro nº 18).

Como pode ser observado, somente o enfermeiro representado pelo número 12 atua em unidade compatível com sua especialização, porém

sua função atual exige constante processo de adaptação devido ao fato de substituir os enfermeiros em diversas unidades a cada plantão. Seu escore em DE no pré-teste foi baixo / moderado e no pós-teste obteve escore alto indicando alteração negativa ao longo do tempo que pode estar relacionado à participação no treinamento ou a outras variáveis sócio-ocupacionais.

Com relação à percepção de stress e sintomatologia, o enfermeiro representado pelo nº 6 indicou sentir-se estressado, sem estímulo ao trabalho e apresentando dores de cabeça, preocupação e beber compulsivamente; o enfermeiro representado pelo nº 8 indicou não se sentir estressado, porém desestimulado a ir ao trabalho além de apresentar dores de cabeça, dores nas costas, tensão muscular em ombros e pescoço, fadiga, preocupação, depressão e chorar; o enfermeiro representado pelo nº 12 indicou sentir-se estressado e sem estímulo ao trabalho e apresentando dores de cabeça e tensão muscular em ombros e pescoço; o enfermeiro representado pelo nº 18 indicou sentir-se estressado, sem estímulo ao trabalho e apresentando agitação.

Nota-se que o enfermeiro nº 8 indicou um maior número de sintomas inclusive depressão e choro, embora seu escore em desgaste emocional pré-treinamento tenha sido baixo / moderado. A sua indicação de não percepção de stress demonstra que não possuía a consciência da relação entre a sintomatologia e a presença de stress ocupacional. Entretanto, maiores considerações deverão ser realizadas na comparação dos seus escores das demais dimensões do *burnout*.

Os resultados indicam que os participantes com piora clínica sentem-se impotentes para reduzir sua carga de trabalho e os conflitos inerentes à atividade desempenhada. Aliada a este sentimento de impotência, pode-se supor estar a ausência de controle sobre o ambiente e suas tarefas, o que dificulta o gerenciamento das atividades desempenhadas pela sua equipe.

Intervenções focadas na organização do trabalho buscando redimensionar a carga e o processo de trabalho seriam mais eficazes neste contexto. Intervenções cognitivo-comportamentais tal como a inoculação de stress não se mostrou eficiente na alteração da percepção de desgaste

emocional, podendo-se supor devido à conscientização do profissional do seu pouco controle sobre o ambiente e seu processo de trabalho. Esta afirmação corrobora os achados de Sarmiento *et al* (1994) em seu estudo com docentes de graduação em enfermagem, o qual demonstrou que o *empowerment* foi significativamente relacionado a todas as três dimensões do *burnout*, porém mais fortemente com as dimensões DE e DP.

Para o domínio DP o ponto de corte foi de 5,9 (Figuras 9 e 10). Os resultados para este domínio demonstraram que 78,1% apresentaram mudanças positivas ou negativas, porém não foram estatisticamente confiáveis. Dos enfermeiros que apresentaram mudanças em seus escores em DP 9,40% apresentaram **melhora confiável** (números 1, 14 e 16, apresentaram escore alto no pré-teste e baixo / moderado no pós-teste); 21,90% apresentaram **significância clínica positiva** (números 1, 14, 16, 25, 28, 29 e 30); 9,40% apresentaram **melhora confiável e significância clínica** (números 1, 14 e 16) e 3,10% apresentou **deterioração confiável** (número 8).

Verifica-se que para este domínio houve um aumento percentual dos enfermeiros que apresentaram melhora clínica significativa (7 - 21,90%) e melhora confiável e significância clínica (3 - 9,40%). Os dados demonstram que o programa teve maior impacto na redução dos níveis de DP se comparados à dimensão DE.

Dos enfermeiros que apresentaram melhora clínica significativa em DP, somente um não possuía especialização, provavelmente pelo pouco tempo de formação profissional (dois anos e meio); os demais enfermeiros possuíam uma especialização, quatro deles ocupavam cargos de chefia de departamento e atuavam no período integral e os demais eram enfermeiros assistenciais e atuavam no período matutino (um) e noturno (dois).

Entretanto, três enfermeiros (9,4%) apresentaram deterioração confiável (nº 4, 8 e 9), sendo que o enfermeiro representado pelo nº 4 atua como chefe de clínica médico-cirúrgica, o de nº 8 como enfermeiro chefe da unidade de Pediatria e o nº 9 como enfermeiro assistencial também na unidade de pediatria. Considerando a associação moderada, porém positiva e significativa entre a variável unidade de trabalho e a despersonalização

(CC = 0,645, $p = 0,01$) para este grupo, identifica-se uma condição negativa na relação destes enfermeiros e o contexto interpessoal nas suas unidades de trabalho que foi intensificada após o treinamento. Chama a atenção o enfermeiro representado pelo nº 8 (3,1%) que apresentou deterioração confiável e significância clínica negativa nesta dimensão e também em exaustão emocional.

Os resultados corroboram os de Lautert (1997) que identificou uma média em despersonalização maior do que em exaustão emocional para enfermeiros que exercem o cargo de chefia. Entretanto, no presente estudo não foi verificada associação ou correlação com o cargo ocupado e a dimensão despersonalização para o grupo treinamento, embora a maioria dos enfermeiros que apresentaram significância clínica positiva (04) ou negativa (02) ocupassem cargos de chefia.

A dimensão da Despersonalização ou ceticismo (DP) representa o contexto interpessoal no *burnout* e refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada do indivíduo frente ao trabalho e nas relações entre os colegas de trabalho, os clientes e a organização. As manifestações mais comuns são: ansiedade, o aumento da irritabilidade, desmotivação, redução do idealismo, desesperança e egoísmo. Verifica-se que o treinamento utilizando a estratégia de inoculação de stress mostrou-se mais eficiente na redução das manifestações nesta dimensão.

Para o domínio INP, o ponto de corte foi de 7 (Figuras 11 e 12) e 65,60% dos enfermeiros apresentaram mudanças positivas ou negativas, porém não confiáveis. Os resultados das mudanças neste domínio foram: 18,8% dos enfermeiros tiveram **mudança zero** (números **1, 3, 10, 19, 24 e 28**); 3,10% apresentaram **melhora confiável e significância clínica positiva** (número 26); 12,50% apresentaram **deterioração confiável** (números **6, 8, 25 e 27**); 15,60% apresentaram **significância clínica positiva** (números 5, 10, 13, 26 e 32); 9,4% apresentaram **significância clínica negativa** (escore reverso, números 6, 8 e 18); 6,30% apresentaram **deterioração confiável e significância clínica negativa** (números 8 e 6).

Na análise dos dados, percebe-se que os cinco enfermeiros (5 – 15,60%) que apresentaram significância clínica positiva atuavam no período

noturno, todos possuem pelo menos uma especialidade, três atuam como enfermeiros assistenciais (nº 5 em UTI adulto; nº 13 em clínica médico-cirúrgica e nº 32 em Pronto Socorro Infantil) e dois como supervisores (nº 10 e nº 26).

Chama a atenção o enfermeiro nº 8 que apresentou deterioração em todas as três dimensões do *burnout* e outro enfermeiro (nº 6), que apresentou piora de seus escores nas dimensões DE e INP.

Como visto anteriormente, o componente da incompetência profissional ou ineficiência (INP) refere-se à sensação de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho. O indivíduo não se envolve mais com o trabalho sentindo-se inadequado pessoal e profissionalmente, comportamento que afeta suas habilidades para a realização do trabalho e o contato com as pessoas, reduzindo drasticamente sua produtividade.

Os níveis para estas dimensões são mais baixos nas unidades onde os enfermeiros relatam um bom ambiente de trabalho do que naquelas com poucos recursos. Vahey *et al* (2004) analisaram a correlação entre o *burnout* de um grupo de enfermeiros hospitalares com satisfação do paciente e intenção de abandonar a profissão e encontraram associação positiva e significativa entre níveis maiores de DE e DP com intenção de abandono. Na análise da satisfação do paciente, verificaram correlação positiva e significativa para DE, INP e satisfação do paciente com o cuidado prestado, ou seja, nas unidades onde os enfermeiros apresentavam maior nível de DE e menor de INP os pacientes indicaram estar 50% menos satisfeitos quando comparados àqueles internados em unidades onde os enfermeiros apresentavam baixos escores nestas dimensões.

Estes dados demonstram o círculo vicioso do *burnout*; por um lado, o enfermeiro com baixo escore de INP sente-se inadequado, insatisfeito com o seu trabalho e oferece uma assistência pobre aumentando a insatisfação do paciente (cliente) com o cuidado o que colabora para que o enfermeiro se sinta cada vez mais inadequado e incompetente.

A análise da associação entre o domínio INP e variáveis sócio-ocupacionais foi positiva e significativa para especialização ($\Phi = 0,364$; OD= 6) e segundo emprego ($\Phi=0,412$; OD = 10) para o grupo treinamento. Tal

resultado corrobora o achado na análise do *effect size* para os participantes números 6 e 8, pois ambos possuem segundo emprego.

O enfermeiro representado pelo número oito, possui 46 anos, formado há 23 anos, não possui especialização, atua há três anos na instituição e há um ano na unidade como chefe de departamento. Embora os níveis de *burnout* pré e pós-treinamento sejam considerados entre baixo e moderado, o *effect size* demonstrou uma importante deterioração em todas as dimensões do *burnout* após o treinamento.

O enfermeiro representado pelo número seis possui 49 anos de idade, formado há 27 anos, possui especialização em Administração Hospitalar e atua na instituição há 13 anos, atualmente no período noturno, como enfermeiro assistencial no setor de oncologia. A análise de magnitude de efeito demonstrou deterioração nos domínios DE e INP no pós-treinamento. O enfermeiro de número 18 também apresentou deterioração nos domínios DE e INP.

Quanto à especialidade, deve-se considerar o fato de que somente possuir uma especialização muitas das vezes não contribui para o aumento da satisfação profissional especialmente quando se atua em unidades ou áreas distintas daquelas em que o profissional se especializou, o que é muito comum em nosso meio de trabalho.

Outro fator a ser considerado é a ausência de plano de carreira nas instituições hospitalares que não remunera de forma distinta os especialistas caracterizando a pouca valorização da pós-graduação, com exceção feita às unidades de tratamento especializado e de assistência crítica.

Ao comparar os resultados obtidos no presente estudo com intervenções educacionais para enfermeiros, descritas na literatura consultada, conclui-se que foram semelhantes (Newlin, 1984; Ravazi *et al*, 1993; Tsai e Crocket, 1993; Carson *et al*, 1999; Judkins e Ingram, 2002). A análise de magnitude de efeito permitiu identificar os participantes que sofreram mudanças clínicas positivas e aqueles que tiveram piora em seu estado.

A análise da aplicação do PIS trouxe algumas contribuições, a saber: que a estratégia se mostrou eficiente na redução de escores dos domínios DP e INP para 21,90% e 15,60% dos participantes, respectivamente. Entretanto, a percentagem de enfermeiros que mostrou melhora clínica no domínio DE foi baixa (9,40%) o que leva a considerar como baixa a eficiência neste domínio; permitiu identificar enfermeiros com um comprometimento emocional que sugere a necessidade de intervenção profissional, como no caso dos enfermeiros com deterioração em duas ou mais dimensões do *burnout*.

A avaliação da intervenção pelos enfermeiros foi positiva como demonstram os resultados apresentados nos quadros 9 e 10. Quanto a aplicabilidade dos conceitos apreendidos a maioria dos enfermeiros indicou ser aplicáveis em todos os aspectos da vida cotidiana e no ambiente laboral, sendo que os menores percentuais relacionaram-se a interação com superiores.

Estes resultados corroboram com estudos anteriormente citados que apontam a importância do apoio administrativo, representado pela supervisão direta, para o desenvolvimento de um relacionamento interpessoal adequado no ambiente laboral. Os enfermeiros também foram unânimes em considerar a necessidade de discutir o tema desde a graduação e durante a vida profissional do enfermeiro.

Porém, somente 11 (34,47%) enfermeiros utilizaram alguma estratégia de enfrentamento abordada no treinamento durante sua participação no programa e 16 (50,00%) indicaram ter somente refletido sobre a situação estressante quando esta ocorreu. Tal achado indica que, neste aspecto, a estratégia não se mostrou eficiente o que pode ser justificado pela própria abordagem realizada durante o treinamento.

Dos 11 enfermeiros que indicaram ter utilizado alguma estratégia de enfrentamento, a maioria indicou estratégias de *coping* com foco na emoção, sendo que cinco enfermeiros indicaram comportamento de fuga e esquiva e dois a aceitação. Como visto, estratégias de *coping* focadas na emoção são menos eficazes no enfrentamento dos estressores ocupacionais do que as focadas no problema (Latack, 1986; Ceslowitz,

1989; Leiter, 1991), mas são, muitas vezes, essenciais para a compreensão e o desenvolvimento do enfrentamento.

Dos enfermeiros que indicaram interesse em participar do programa (79), mas não o fizeram 14 (17,72%) justificaram sua não participação devido a não possuir um substituto para assumir suas atividades durante o horário do treinamento.

Considerando que o treinamento foi ministrado uma vez por semana, durante duas horas, pôde-se perceber uma resistência do enfermeiro em deixar sua unidade de trabalho para participar da atividade.

Tal comportamento pode ser analisado sob o aspecto individual, de equipe e organizacional. Na dimensão individual, o comportamento do enfermeiro pode ser traduzido pela responsabilidade que atribui a si sobre todas as ocorrências da unidade, pela qual é responsável o que geraria um sentimento de insegurança em deixar o posto de trabalho ou ainda, a pouca disponibilidade do enfermeiro em discutir stress naquele dado momento. No aspecto coletivo, pode-se supor uma dificuldade em se obter a colaboração dos pares, demais enfermeiros ou da equipe de trabalho, haja vista que todas as unidades possuem um enfermeiro além do supervisor, o que facilitaria sua saída pelo tempo previsto sem prejuízo da assistência. E por último, tem-se o aspecto organizacional, o qual retrata que não houve um planejamento para garantir a saída do enfermeiro no período proposto.

Ao analisar a participação dos enfermeiros por turno de trabalho, constata-se que os enfermeiros de um dos períodos noturnos participaram do treinamento com uma frequência maior a todos do que os demais períodos de trabalho, devido à colaboração ativa de um dos supervisores, que além de estimular a participação assumiu a responsabilidade pelas unidades de trabalho as quais estes pertenciam. Tal constatação reforça a importância do apoio administrativo dos superiores para o desempenho das atividades dos enfermeiros.

Em programa educacional visando à redução de stress ocupacional ministrado por Newlin (1984) a enfermeiros de unidade de terapia intensiva, dos 85 enfermeiros que indicaram interesse em participar,

somente seis participaram. A totalidade dos participantes considerou o programa eficaz para redução do stress ocupacional pelo uso das estratégias de *coping* apreendidas. Entretanto a autora não identificou os motivos da não participação dos demais enfermeiros.

Como discutido anteriormente, intervenções cognitivo-comportamentais são a primeira escolha na redução de queixas de stress e *burnout* (van der Klink, 2001; Gardner, 2005) embora os estudos realizados indiquem efeitos diversos devido a técnicas, instrumentos de medida utilizados e métodos estatísticos empregados (Kompier e Kristensen, 2003; Mimura e Griffiths, 2003). Estratégias que utilizam programas educacionais (cognitivos) aliados a técnicas comportamentais são capazes de promover resultados mais eficazes na percepção da qualidade de vida, melhora nos recursos de *coping* e redução de queixas (Ravazi *et al*, 1993; Carson *et al* 1999; Van der Klink, 2001; Cohen-Katz *et al*, 2004; Doyle, 2007).

Para comprovar ou não estes dados, há necessidade de implementar a estratégia com maior número de participantes e com delineamento longitudinal.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu analisar o impacto de uma intervenção para gerenciamento de stress ocupacional e *burnout* entre enfermeiros hospitalares e possibilitou inferências sobre as associações entre os níveis de *burnout* pré e pós-intervenção e características sócio-demográficas e sócio-ocupacionais da amostra.

Quanto à caracterização sócio-demográfica e sócio-ocupacional foi verificado que:

- Cento e onze enfermeiros (111) participaram do estudo, sendo que 32 (28,82%) enfermeiros participaram do treinamento proposto e 79 (71,17%) não o fizeram;
- Noventa e oito (88,28%) dos enfermeiros eram do sexo feminino, 55 (49,54%) casados, 60 (54,05%) sem filhos, 44 (39,63%) se encontravam na faixa etária dos 30 a 39 anos (média = 35; dp = 8,13 anos);
- Com relação ao tempo de formado, 52 (46,84%) tinham em média nove (dp = 7,6) anos de formado, cinco (dp = 4,2) anos de tempo de trabalho na instituição, três (dp = 3,2) anos de trabalho na unidade 90 (91,08%) são enfermeiros assistenciais, 45 (40,54%) atuam no período noturno e 76 (68,46%) não possuem segundo emprego;
- A maioria (27 – 24,32%) dos enfermeiros atua em Unidade de Clínica Médico-Cirúrgica e não possui cursos de especialização (30 – 27,02%);

Quanto ao nível de *burnout* para o grupo não participante do grupo e grupo treinamento conclui-se que:

- O nível de *burnout* para ambos os grupos foi considerado entre baixo e moderado nas três dimensões; para o grupo não participante do treinamento as médias encontradas foram 12,50 (dp = 6,22) em DE, 4,12 (dp = 3,47%) em DP e 25,17 (dp = 4,17) em INP.

- Para o grupo treinamento as médias no pré-teste foram: DE = 12,56 (dp = 6,69), DP = 4,03 (dp = 3,24) e INP = 23,24 (dp = 4,29) e no pós-teste: DE = 12,34 (dp = 6,48), DP = 3,41 (dp = 2,30) e INP = 23,22 (dp = 6,37);

As medidas de associação e correlação realizadas entre os escores de *burnout*, variáveis sócio-demográficas, sócio-ocupacionais, sintomas de stress e participação no treinamento levaram às seguintes conclusões, para o grupo que participou do treinamento:

- Associação fraca, porém positiva e significativa entre a participação no treinamento e o stress percebido ($\Phi = 0,276$, $p = 0,004$, OD = 3,82), percepção de depressão ($\Phi = 0,288$, $p = 0,002$, OD = 14,44), raiva ($\Phi = 0,207$, $p = 0,029$, OD = 4,69), fumar compulsivamente ($\Phi = 0,200$, $p = 0,035$, OD = 5,50); interesse pelo treinamento $\Phi = 0,343$, $p < 0,001$);
- Associação fraca, porém positiva e significativa entre: participação no treinamento e domínio INP ($\Phi = 0,195$, $p = 0,040$, OD = 2,46).
- Associação moderada, positiva e significativa entre o DP e unidade de trabalho ($cc = 0,645$, $p = 0,01$) para o grupo treinamento;
- Associação fraca, porém positiva e significativa entre INP e número de filhos ($cc = 0,442$, $p = 0,020$), pós-graduação ($\Phi = 0,364$, $p = 0,040$, OD = 6,02), segundo emprego ($\Phi = 0,412$, $p = 0,020$, OD = 10,0) para o grupo treinamento.

O grupo treinamento apresentou maior número de associações para o domínio INP. Para o grupo não participante do treinamento o maior número de associações positivas e significantes ocorreu nos domínios DE e DP, a saber:

- Associação fraca, porém positiva e significativa entre o DE e tempo de trabalho na unidade ($cc = 0,361$, $p = 0,019$) e interesse pelo treinamento ($\Phi = 0,230$, $p = 0,041$);
- Associação positiva e significativa para o DP e o cargo ocupado ($cc = 0,374$, $p = 0,027$), rodízio de horário ($\Phi = 0,259$, $p = 0,022$, $OD = 5,40$) e segundo emprego ($\Phi = 0,314$, $p = 0,006$, $OD = 4,79$);
- Associação fraca, porém positiva e significativa entre o INP e gênero masculino ($\Phi = 0,241$, $p = 0,032$, $OD = 5,080$) ;

Quanto à análise de eficácia do treinamento, o coeficiente de concordância de Lin para os escores das três dimensões do *burnout* no pré e pós-treinamento permitiu concluir que houve moderada correlação para o domínio DE (0,691) e baixa concordância para os domínios DP (0,334) e INP (0,350).

A análise da magnitude do efeito do treinamento (medida pelo RCI) para as três dimensões permitiu concluir que:

- Para o domínio DE, 71,80% dos participantes apresentaram mudanças positivas ou negativas, entretanto não confiáveis estatisticamente; três (9,40%) enfermeiros apresentaram significância clínica positiva, um enfermeiro (3,10%) apresentou melhora confiável e significância clínica e três (12,50%) enfermeiros apresentaram piora clínica;
- Para o domínio DP, 78,10% dos enfermeiros apresentaram mudanças positivas ou negativas; sete (7 - 21,90%) apresentaram significância clínica positiva, três (3 - 9,40%) apresentaram melhora confiável e significância clínica positiva e um (1 - 3,10%) apresentou piora clínica confiável;
- Para o domínio INP, 65,60% dos enfermeiros apresentaram mudanças positivas ou negativas; cinco (5 - 15,60%) enfermeiros apresentaram significância clínica positiva, um (1 - 3,10%) enfermeiro apresentou melhora confiável e significância clínica positiva, dois (2 -

6,30%) apresentaram piora confiável e significância clínica negativa e quatro (4 - 12,50%) apresentaram deterioração confiável.

A análise da magnitude do efeito para as três dimensões considerando os enfermeiros que apresentaram melhora ou deterioração confiável permitiu concluir que:

- Três enfermeiros apresentaram melhora clínica significativa no domínio DE, sendo que: um também apresentou melhora clínica na dimensão DP, porém com deterioração confiável em INP; um também apresentou melhora clínica em INP e mudança zero em DP; um apresentou mudança zero em INP e mudança não confiável em DP.
- Dos sete enfermeiros que apresentaram melhora clínica significativa no domínio DP, dois apresentaram alguma mudança em DE (não confiável) e mudança zero em INP, um apresentou mudança zero em DE e em INP e dois apresentaram alguma mudança (positiva ou negativa, porém não confiável) em DE e INP; um enfermeiro apresentou mudanças positivas ou negativas, porém não confiáveis em DE e INP e um enfermeiro já foi citado anteriormente;
- Dos cinco enfermeiros que apresentaram melhora clínica significativa no domínio INP, três apresentaram mudanças positivas ou negativas, porém não confiáveis, nos domínios DE e DP; um enfermeiro apresentou mudança zero no domínio DP e mudanças positivas ou negativas, porém não confiáveis; um enfermeiro também apresentou melhora em DE;
- Com relação à piora (deterioração) no domínio DE, um enfermeiro também apresentou deterioração confiável em INP e mudanças positivas ou negativas, porém não confiáveis em DP; um enfermeiro apresentou piora clínica e deterioração confiável em todas as três dimensões; um enfermeiro apresentou significância clínica negativa.

A avaliação do treinamento pelos participantes permitiu concluir que:

- A maioria dos participantes (21 - 65,60%) aprovou o treinamento com nota máxima. Os itens que obtiveram conceito entre bom e ótimo pela maioria foram conteúdo, recursos didáticos e estratégia de ensino.
- Na avaliação da aplicabilidade dos conceitos e estratégias apreendidas, 84,40% indicaram que as estratégias podem ser aplicadas na vida pessoal, 81,30% no ambiente profissional, 84,49% na interação com outros profissionais, 81,30% na interação com colegas de trabalho, 84,40% na interação com pacientes, 78,10% na interação com familiar do paciente e 75,00% na interação com superiores.
- Com relação ao uso das técnicas aprendidas, sugestões e críticas ao treinamento todos os 32 (100,00%) indicaram ser importante a discussão do tema desde a formação universitária; 11 (34,37%) enfermeiros indicaram ter utilizado alguma estratégia aprendida no treinamento durante o período de sua participação; nove (9 – 28,08%) indicaram a necessidade de se aplicar o treinamento para toda a equipe de enfermagem e 28 (87,5%) enfermeiros não indicaram nenhuma crítica ao treinamento.
- Com relação à utilização das estratégias apreendidas somente 11 (34,37%) enfermeiros indicaram ter utilizado pelo menos uma técnica durante o treinamento sendo que as estratégias de *coping* mais utilizadas foram focadas na emoção (aceitação e fuga e esquiva).
- Dos enfermeiros que indicaram interesse em participar do treinamento, porém não participaram (79 – 71,17%), 14 (17,72%) indicaram não ter tido substituto no horário do treinamento e 48 (60,75%) não devolveram o instrumento.

Considerando a operacionalização do treinamento, constatou-se que os aspectos facilitadores foram: o interesse pelo tema, o apoio da Diretoria Assistencial e do Serviço de Educação Continuada (SEC), apoio de

um dos supervisores de enfermagem, o material teórico fornecido pela pesquisadora e os horários do treinamento. Com relação aos fatores que dificultaram a operacionalização citam-se: ausência de suporte e apoio das lideranças das unidades no sentido de compor uma escala para permitir a participação dos enfermeiros, a pouca divulgação nos setores devido à ausência de multiplicação de informação por parte das lideranças e ausência de sensibilização anterior por meio de palestras ou mini-curso.

Frente aos resultados obtidos na aplicação da estratégia, os níveis de *burnout* identificados ficaram muito aquém do esperado para esta amostra. O resultado estatístico da estratégia em termos de eficácia ficou comprometido devido aos baixos escores de *burnout* pré-intervenção. Tal fato pode estar relacionado à pequena amostra de enfermeiros, a diversidade da amostra (duas instituições com características distintas) ou a escolha do instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação acerca do *burnout* entre enfermeiros data de mais de quatro décadas. Neste período tem-se buscado investigar a sua ocorrência, medir os seus níveis e correlacioná-los a variáveis pessoais, demográficas, ocupacionais e sociais a fim de compreender a sua gênese.

Nas duas últimas décadas, o interesse nesta análise e os estudos têm-se intensificado devido às mudanças sociais e econômicas que afetam diretamente o processo de trabalho do enfermeiro e consequentemente na sua satisfação profissional. As taxas de *turnover* e a escassez de enfermeiros capacitados no mercado têm contribuído para a mobilização de associações profissionais no sentido de sensibilizar os órgãos públicos e os gestores das instituições privadas para uma reavaliação da atuação do enfermeiro nos vários níveis de atenção à saúde. Entretanto, verifica-se que este movimento se faz presente nos países desenvolvidos e ainda é incipiente em nosso meio, embora já tenhamos legislação que reconhece o *burnout* como doença ocupacional (Brasil, 1999).

Os volumes de publicações sobre o tema vêm crescendo nos últimos anos, porém verifica-se que há uma escassez de estudos e análises de intervenções que busquem reduzir o stress ocupacional e o *burnout* e que sejam exeqüíveis dentro do turbulento ambiente hospitalar.

Este estudo mais do que um desafio foi uma realização pessoal, no sentido de oferecer um pouco do conhecimento adquirido na vivência prática e nos bancos acadêmicos para os profissionais que no seu cotidiano “morrem um pouco cada dia” como confidenciou uma enfermeira há pouco tempo se referindo ao *burnout*.

Vários foram os aspectos positivos de operacionalizar uma intervenção deste porte. Um deles foi o grande interesse manifestado, não somente por parte dos enfermeiros, mas, sobretudo da Diretoria Assistencial de ambos os hospitais que estimularam na medida do possível a sua realização. Outro aspecto foi o interesse pessoal de algumas chefias que buscaram colaborar na participação de seus subordinados e demonstraram interesse em levar o treinamento para toda a equipe de enfermagem.

Porém, corroboro a opinião de autores que ressaltam a necessidade de envolver a alta administração neste sentido, pois como indicado pela maioria dos enfermeiros que se interessaram pelo treinamento, sem o suporte administrativo a participação durante o horário de trabalho fica limitada.

O envolvimento da organização se faz fundamental para aumentar a eficiência da estratégia utilizada e garantir que o esforço individual dos enfermeiros traga benefícios para ambos.

O estudo apresentou várias limitações; dentre elas destaca-se a ausência de diagnóstico prévio; a não inclusão de um grupo controle para comparação dos dados; a ausência de uma avaliação longitudinal; a não utilização de outros instrumentos para avaliação de estratégias de *coping* e estressores ocupacionais. Todos estes fatores não permitem replicar o estudo em outros ambientes.

A escolha do método e da técnica baseou-se principalmente no pressuposto de que o stress ocupacional está presente no ambiente laboral. Considerando a técnica utilizada, buscou-se uma estratégia de fácil implementação, que pudesse ser aplicada pela pesquisadora e não necessitasse de um profissional graduado em psicologia, que fosse reconhecida como eficaz que permitisse a participação dos enfermeiros durante o horário de trabalho e não gerasse conflitos com a alta administração. Estudo longitudinal foi descartado devido ao fato de ambos os hospitais estarem passando por reestruturações administrativas e um deles, em processo de acreditação, o que de acordo com a literatura consultada já predispõe ao aumento do stress e *burnout*, o que poderia trazer mais vieses para o estudo.

A opção por uso do MIB se fez devido aos fatores citados anteriormente e ao fato da alta rotatividade e *turnover* constatado pela pesquisadora em ambas as instituições.

As dinâmicas realizadas durante as aulas permitiram perceber a necessidade dos enfermeiros com relação ao suporte social e apoio nas decisões gerenciais e assistenciais, além de uma tentativa de demonstrar estarem satisfeitos com a sua atividade.

Dois enfermeiros que participaram do treinamento deixaram clara sua intenção de abandonar a profissão. Vários indicaram não sentir-se capacitados para modificar as situações estressantes de seu cotidiano de trabalho e citaram sua falta de controle sobre o processo assistencial como um dos motivos para esta percepção.

Estudos de intervenção para gerenciamento de stress ocupacional para enfermeiros hospitalares desenvolvido por enfermeiras são mais comuns entre pesquisadores americanos, europeus e asiáticos, sendo incomuns em nosso meio. Desta forma não foi possível comparar os resultados deste estudo com estudos brasileiros.

Como recomendações, este estudo propõe:

- Realização de programas educativos sobre stress e estratégias de gerenciamento de stress;
- Oferecimento de suporte ao trabalho em equipe e estabelecimento de reuniões intra e entre as equipes de trabalho para resolução de conflitos;
- Oferecimento de suporte social por meio de estímulo ao desenvolvimento de atividades sociais;
- Implantação de estratégias para construção de comprometimento, controle e mudanças no ambiente de trabalho;
- Flexibilização dos elementos constituintes do processo de trabalho e administração participativa;
- Criação de plano de carreira;
- Promoção da autonomia e oferta de *feedeback* aos profissionais;
- Estimular a educação permanente com ênfase no gerenciamento de conflitos e capacitação em liderança;
- Ensino do tema nos cursos de graduação e pós-graduação.

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram com a afirmativa de que o enfermeiro é o eixo norteador da assistência prestada, conduzindo a equipe de enfermagem e repercutindo na atuação dos demais membros da equipe de saúde, na prestação da assistência de qualidade ao cliente no âmbito hospitalar. Deve-se ressaltar também a veracidade, mais uma vez comprovada, da frase difundida pela Dr^a Wanda de Aguiar Horta, que é “gente que cuida de gente” e como tal há necessidade de investimento da organização e do próprio enfermeiro para superar as dificuldades conhecidas e desconhecidas, no sentido de obter um ambiente de trabalho que proporcione satisfação profissional.

Espera-se que este estudo possa estimular mais profissionais a buscar conhecer o tema e dedicar seus esforços na busca de intervenções que auxiliem os enfermeiros a manejar seu stress de forma mais eficaz e, como consequência, sentir cada vez mais prazer em exercer a profissão que escolheu, e não adoecer por ela.

REFERÊNCIAS

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *Nurs Outlook*. 2002; 50:187-94.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Nurse's reports of hospital quality of care and working conditions in 5 countries. *Health Affairs*. 2001; 20 (3): 43-54.

Albrecht K. O gerente e o estresse. Trad. José Ricardo Brandão de Azevedo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1988. p.124-158.

Alvares E, Fernandes L."El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1991(a):11(39):257-65.

Alvares E, Fernandes L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (II): estudio empirico de los profesionales gallegos del area de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1991(b);11(39): 266-73.

Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;, 2001; 154p.

Aquino JM. Estressores no trabalho de enfermeiros de Centro Cirúrgico: consequências profissionais e pessoais. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; de Ribeirão Preto; 2005.154p

Bailey JT. Job stress and other stress-related problems. In: Claus KE, Bailey JT. *Living with stress and promoting well-being: a handbook for nurses*. Saint Louis: Mosby; 1980.; p. 16-22.

Bandeira M, Quaglia MAC, Bachetti L da S, Ferreira TL, Souza GG de. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2005; 22(2): 111-21.

Barnard D, Street A, Love AW. Relationship between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs*. 2006; 29(4): 338-45.

Batista K de M. Stress entre enfermeiros de unidade de emergência. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 2005. 126p.

Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do burnout no Brasil. In.: *Anais do 1º Seminário Internacional sobre Estresse e Burnout*; 2002 ago. 30-31, Curitiba, PR, Brasil [evento na internet]. Maringá: Universidade Estadual de

Maringá; 2002(a). [citado 2008 nov. 28]. Disponível em: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo1.pdf>.

Benevides-Pereira AMT, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. [org.] São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002(b). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. Cap. 2.

Berger A, Hansson UW, Hallberg IR. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *J Adv Nurs*. 1994;20: 742-9.

Bianchi ERF. Estresse e enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 1990; 113p.

Bianchi ERF. Stress entre enfermeiros hospitalares. [Tese Livre Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 1999;101p.

Bianchi ERF. Stress and coping among cardiovascular nurses: a survey in Brazil. *Issues Ment Health Nurs*. 2004; 25: 737-745.

Bianchini MC. Saúde mental e o trabalho do enfermeiro. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; 1999. 103p.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 1999 [citado 2008 nov. 11]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>.

Büssing A, Glaser J. Four-stage process model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. *Work Stress*. 2000; 14: 329--346.

Buchan J. Nursing shortages and evidence-based interventions: a case study from Scotland. *Int Nurs Rev*. 2002; 49(4): 209-18.

Campos L de F, Melo MRA da C. Os desafios da comunicação administrativa na enfermagem. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil [evento na internet]. São Paulo; 2002 [citado 2006 dez. 26]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100052&lng=pt&nrm=van.

Carochinho JA. Assertividade e Compromisso Organizacional - Evidência de um estudo empírico [texto na internet]. Lisboa; 2008 [citado 2006 dez. 11]. Disponível em:

<http://www.psicologia.com.pt/revistas/verresumo.php?id=28&idp=4&idn=1>.

Carlotto MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In: Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.; p.g 187-212.

Carson J, Cavagin J, Bundark J. Focus, effective communication in mental health nurses: did social support save the psychiatric nurse? NT Res. 1999; 4:31-42.

Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. Nurs Health Sci. 2005; 7: 57-65.

Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, da Universidade de São Paulo; 1994.; 163p

Claus KE, Bailey JT. Living with stress and promoting well-being: a handbook for nurses. Saint Louis: Mosby, 1980., 175p.

Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. J Adv Nur. 1989; 14: 553-7.

Chiriboga D, Bailey J. Stress and burnout among critical care and medical surgical nurses: a comparative study. CCQ. 1986; 9:84-92.

Clarke M. Stress and coping: constructs for nursing. J Adv Nurs. 1984; 9:3-113

Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker DM, Deitrick L, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout – A qualitative and quantitative study Part III. Holist Nurs Pract. 2005; 19(2):78-86

Cole A. High anxiety. Nurs Time. 1992; 12: 26-30.

Conboy JE. Algumas medidas típicas univariadas de magnitude de efeito. Ana Psicol. 2003; 2(21): 145-158.

Cooper CL, Mitchel S. Nursing and critically ill and dying. Hum Relations. 1990; 43:297-311.

Cooper CL. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In: Rossi NA, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. [org]. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005.; Cap. 1.

Cotrell S. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiat Ment Health Nurs.* 2001; 8: 157-164.

Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: controlling the risk to health 1996. Geneva: International Labour Office, World Health Organization; 1996.

Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas; 1994.

Dela Coleta JA. Escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. *Arq Bras Psicol.* 1979; 31(4):167-181.

Dewe PJ. Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups. *J Adv Nurs.* 1989; 14: 308-20.

Dolan N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *J Adv Nurs.* 1987;112: 3-12.

Doyle, M. Burnout: The impact of psychosocial interventions training. *Ment Health Prac.,* 2007; 10(7): 18-21.

European Agency for Safety and Health at Work. Research on work-related stress [texto na internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000. [citado 2008 out. 01]. Disponível em: <http://osha.eu.int>.

Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* [periódico na internet]. 2005 [citado 2006 mar. 13]; 62: 105 – 112. Disponível em: <http://www.occenvmed.com/oem.bmjournals.com>

Ferreira FG. Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 1998.

Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middleaged community sample. *J Health Soc Behav.* 1984; 21:219-239.

Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues.* 1974;30:159-65

Gardner B, Rose J, Mason O, Tyler P, Cushway D. Cognitive therapy and behaviour coping in the management of work-related stress: an interventional study. *Work Stress.* 2005; 19(2):137-52.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.

Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.

Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Est.* 2002;7(1):3-10.

Goetzel RZ, Anderson DR, Whitmer RW, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditure: an analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. *J Occup Environ Med.* 1998;40:843-54.

Golembiewski RT, Munzenrider R, Carter D. Phases of progressive Burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *J Appl Behav Sci.* 1983;19:461-81.

Golembiewski RT, Hilles R, Dale R. Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *J Appl Behav Sci.* 1987;23:295-313.

Gómez MMN, Dodino CN, Aponte CF, Caycedo CE, Riveros MP, Martínez M del PM, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial em personal de enfermería. *Univ Psychol Bogotá.* 2005;4(1):63-75.

Guido L de A. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Hatcher S, Laschinger HKS. Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's Theory on structural power in organizations. *Can J Nurs Adm.* 1996;9(2):74-94.

Health and Safety Executive (HSEa). Work-related ill health and injuries in health and social care – 2006/2007 self-reported [texto na internet]. Londres; c2008. [citado 2008 out. 17]. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/statistics/industry/healthservices.htm>.

Health and Safety Executive (HSEb). Estimated days (full-day equivalent) off work and associated average days lost per case + due to a self-reported illness caused or made worse by work, by type of complaint and gender - 2006/2007 [texto na internet]. Londres; c2008. [citado 2008 out. 17]. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/0607/typesex3.htm>.

Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2000;31(3):681-8.

Hurst S, Koplin-Baucum S. A pilot qualitative study relating to hardiness in ICU Nurses - Hardiness in ICU nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(2):97-100.

Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Ivancevich JM, Matteson MT, Freedman SM, Phillips JS. Worksite stress management interventions. *Am Psychol*. 1990;45:252-61.

Jacobson NS, Truax P. Clinical Significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59:12-9.

Janis IL. Stress Inoculation in healthcare: theory and research. In: Monat A, Lazarus RS. *Stress and coping: an anthology*. New York: Columbia University Press; 1985. Cap. 23.

Jex S, Beehr T. Emerging theoretical and methodological issues in the study of work related stress. *Res Personnel Human Resources Manag* 1991;9:311-65.

Judkins SK, Ingram M. Decreasing stress among nurse manager: a long-term solution. *J Contin Educ Nurs*. 2002;33:259-64.

Judkins S; Reid B, Furlow L. Hardiness Training Among Nurse Managers: Building A Healthy Workplace. *J Contin Educ Nurs*. 2006;37(5):202-9.

Kahill S. Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Can Psychol*. 1988;29:284-97.

Kanter RM. Men and women of the corporation. 3rd ed. New York: Basic Books; 1993.

Kanter RM. Quando os gigantes aprendem a dançar – dominando os desafios de estratégia, gestão e carreiras nos anos 90. Trad. de Iliana Torres Pereira. Rio de Janeiro: Campus; 1997.

Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. In: Monat A; Lazarus R. *Stress and coping: an anthology*. 2nd ed. New York: Columbia University Press; 1985. p. 174-91.

Kompier MAJ, Geurts SA, Gründemann RWM, Vink P, Smulders PGW. Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Med*. 1998;14:155-68.

Kompier MAJ, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional : considerações teóricas, metodológicas e práticas. Trad. de Estefânia de Vasconcellos Guimarães. *Cad Psicol Soc Trab*. 2003;6:37-58.

Kunsch MMK. Planejamento de relações públicas na comunicação integrada. 2ª ed. São Paulo: Summus; 2002. A comunicação nas organizações; p. 69-86.

Kwandt J. The use of humor to relieve stress in psychiatric nurses. ED.D., The college of William and Mary [texto na internet]. New York; 1992. [citado 2008 dez. 02]. Disponível em: <http://www.urmc.rochester.edu/Miner/Educ/ebnfilt.htm>. [Search strategy for CINAHL – Ovid].

Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: an International perspective. *Nurs Health Sci*. 2001;3:161-72.

Lambert VA, Lambert CE, Yamase H. Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nurs Health Sci*. 2003;5:181-4.

Lambert VA, Lambert CE, Ito M. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and emotional health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*. 2004;41:85-97.

Langer T, Janis I, Wolfer J. Reduction of psychological stress in surgical patients. *J Exp Soc Psychol*. 1975;11:155-65.

Larrabee JH, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR Jr, Ostrow CL, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *JONA*. 2003;33(5):271-83.

Laschinger HKS, Wilson B. Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment; a test of Kanter's Theory of structural power in organizations. *JONA*. 1994;48:39-47.

Laschinger HKS, Havens DS. The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *JONA*. 1997;27(6):42-50.

Laschinger HKS, Wong C, McMahon L, Kaufmann C. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *JONA*. 1999;29(5):28-38.

Latack JC. Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *J Appl Psychol*. 1986;71(3):377-85.

Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca: Universid Pontificia Salamanca; 1995.

Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gaúcha Enf*. 1997;18(2):133-44;

Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;6(6):1-11.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress: appraisal and coping*. New York: Springer; 1984a. Cap 2; p 22-54.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress: appraisal and coping*. New York: Springer; 1984b. Cap.11; p.334-75.

Lee S, Crockett MS. Effect of assertiveness training on levels stress and assertiveness experienced b nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues Ment Health Nurs*. 1994;15:419-32

Lee H, Song R, Suk Cho Y, Lee GZ, Daly B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs*. 2003;44(5):534–45.

Leiter, M. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *J Organ Behav*. 1991;12:123-44.

Leiter MP, Harvie P, Frizzle C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1611-7.

Levi L, Levi I. Guia sobre stress relacionado ao trabalho. *Tempero da vida ou beijo da morte?* [texto na internet] Luxemburgo: EOCE; 2000. [citado 2008 dez. 01]. Disponível em: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/h&s/publicat/pubintro_en.htm

Levi L. O guia da Comissão Européia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005.

Lin YR, Shiah I-Shin, Chang Yue-Cune, Lai Tzu-Ju, Wang Kwua-Yun, Chou Kuei-Ru. Evaluation an assertiveness training program on nursing and medical students: assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Educ Today*. 2004;24:656-65.

Lipp MEN. *Pesquisas sobre stress no Brasil*. Campinas: Papirus; 1996. Stress: conceitos básicos; p. 17-31.

Lunardi Filho WD, Mazzili C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. *Rev Adm São Paulo*. 1996;31(3):63-71.

Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Spricigo J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2001;9(2):91-6.

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. Cap. 14.

Martins MIC, Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis*. 1998;8(2):125–46.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.

Maslach C. Job Burnout: how people cope. In: Mc Connell EA. Burnout in the nursing profession: coping, strategies, causes and costs. Saint Louis: Mosby; 1984.

Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*. 1985;12:837-51.

Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Trad. de Mônica Saddy Matins. Campinas: Papirus; 1999a. Cap. 2.

Maslach C, Leiter MP. Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis. *Adv Motiv Ach*. 1999b;11:275-302.

Maslach C, Schaufeli, WB, Leiter, MP. Job burnout. *Psychol Ann Rev*. 2001;52:397- 422.

Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.

McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633–42.

Meichenbaum D, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. *Couns Psychol*. 1988;16:69-90.

Meichenbaum D. Stress inoculation training for coping with stressors. *Clin Psychol*. 1996;49:4-7.

McNeese-Smith DK. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *J Adv Nurs*. 1999;29(6):1332-41.

Melchior ME, Philipsen H, Abu-Saad HH, et al. The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings. *J Adv Nurs*. 1996;24:694-702.

Menzani G, Bianchi ERF. Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. *Enferm Global: Rev Eletr Semest Enferm* [periódico na internet]. 2005 [citado 2008 set. 18];(7). Disponível em:

<http://www.um.es/eglobal/>.

Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med.* 2003;60:10-5.

Minore B, Boone M, Katt M, Kinch P, Birch S, Mushquash C. The effects of nursing turnover on continuity of care in isolated First Nation communities. *Can J Nurs Res.* 2005;37(1):86-100.

Moore K, Altmaier E. Stress inoculation training with cancer patients. *Cancer Nurs.* 1981;10:389-93.

Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005;13(2):255-61.

Murta SG, Laros, JA, Tróccoli BT. Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. *Estud Psicol.* 2005;10(2):167-76.

Murphy LR. Occupational stress management: a review and appraisal. *J Occup Psychol.* 1984;57:1-15.

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). Fatal and nonfatal injuries, and selected illnesses and conditions. Worker health chartbook 2004 [texto na internet]. c2004. [citado 2008 out. 17]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/ch2/ch2-1.asp.htm>. [NIOSH Publication nº 2004-146]

Newlin B. Stress reduction for the critical care nurse: a stress education program. *Occup Health Nurs.* 1984;32(6):315-19.

Nunnally JC. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.

O'Brien-Pallas L, Griffin P, Shamian J, Buchan J, Duffield C, Hughes F, et al. The impact of nurse turnover on patient, nurse and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy Polit Nurs Pract* [periódico na internet]. 2006 [citado 2008 set. 10];7:169-79. Disponível em: <http://ppn.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/3/169>.

Payne N. Occupational stressors and coping as determinants of burnout female hospice nurses. *J Adv Nurs.* 2001;33(3):396-405.

Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Austr J Adv Nurs.* 2007;24(3):43-8.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurganct P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005. p. 108-24.

Proctor R, Stratton-Powell H, Tarrier N, et al. The impact of training and support on stress among care staff in nursing and residential homes for the elderly. *J Ment Health*. 1998;7:59–70.

Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata MA, Calligaris L, Brusaferrero S. Level of burnout among nurses working in oncology in na Italian region. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(4):815-20.

Ravazi D, Delvaux N, Marchal S. The effects of a 24-h psychological training programo n attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *Eur J Câncer*. 1993;29(A):1858-63.

Rodrigues AB. Burn out e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Rosa C da, Carlotto MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *SBPH [periódico na internet]*. 2005 dez [citado 2008 set. 01];8(2):1-15. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8582005000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-0858.

Rossi AM. Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais de saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005. p. 9-18.

Rossi FR, Silva MAD da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):460-8.

Rosch PJ. O comportamento tipo “A” propenso a problemas coronarianos, stress no trabalho e doença cardíaca. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas, 2005. Cap. 3.

Sangiuliano LA. Stress na atuação dos enfermeiros em um hospital privado e as conseqüências no seu estado de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Sarmiento TP, Laschinger HKS, Iwasiw C. Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):134-43.

Sauter SL, Murphy LR. Abordagens à prevenção do stress no trabalho nos Estados Unidos. IN: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. *Stress e qualidade*

de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. Cap. 13.

Schaufeli W. Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Rev Psicol Trab Organizac.* 1999;15:147-71.

Selye H. The stress of life. New York: Mc Graw-Hill; 1956.

Selye H. History and present status of the stress concept. In: Monat A, Lazarus RS. *Stress and coping an antology*. 2nd Ed. New York: Columbia University Press; 1985. p. 17-29.

Silva A, Bianchi ERF. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1992;26(1):65-74.

Stacciarini JMR., Tróccoli BT. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2000 dez [citado 2008 nov. 20];8(6):40-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600007&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692000000600007.

Stacciarini JMR., Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2001 abr [citado 2008 nov. 20];9(2):17-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692001000200003.

Szklo R, Nieto FJ. *Epidemiology beyond the basis*. New York: Aspen Publications; 2000. p. 343-404.

Tai TW, Bame SI, Robinson CD. Review of nursing turnover research: 1977-1996. *Soc Sc Med*. 1998;47(12):1905-24.

Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho *Estud Psicol*. 2002;7(1):37-46.

Taylor MW. Effects of initial stress level, social support, and participation in an exercise or music conditions on the post treatment stress, depression, and anxiety of nurses. EDD: St John's University, 1991.

Thayer LO. *Comunicação: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais*. Trad. de Esdras do Nascimento, Sônia Coutinho. São Paulo: Atlas; 1976.

Trigo TR, Teng CT, Hallar JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(5):223-33.

Tsai SL, Crockett MS. Effects of relaxation training, combining imagery and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs*. 1993;14:51-66.

Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004;42:57-66

Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*. 2001;91(2):270–6.

Villa TCS, Mishima SM. A enfermagem e o sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 1996 dez [citado 2006 dez 26];4(3):1-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300001&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11691996000300001.

Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Stress satisfaction and Burnout among dutch medical specialists. *Can Medic Assoc J*. 2003;168(3):271-5.

Webster JA. Planning your wellness: personalized strategies for the operative nurse. *Perioper Nur O Gaithersburg*. 1986;2(1):11-9.

West Jr DJ, Horan JJ, Games PA. Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. *J Couns Psychol*. 1984;31(2):209-18.

Williams S, Cooper CI. Measuring occupational stress: development of the pressure management indicator. *J Occup Health*. 1998;3:300-21.

World Health Organisation (WHO) [Editorial]. *Br Med J* [periódico na internet]. 2000 [citado 2008 dez. 01];320:237-43. Disponível em: <http://www.who.org>.

World Health Organisation (WHO) World Health Report 2001 [texto na internet]. Geneve; 2001. [citado 2008 dez. 01]. Disponível em: <http://www.who.int/report>.

World Health Organisation (WHO) Citado em: *British Medical Journal*. [editorial] 2000: 320: 237-243. Disponível em: <<http://www.who.org>>

Yung PMB, Fung MY, Chan TMF, Lau BWK. Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *Int J Ment Health Nurs*. 2004;13:255-61.

Zappert LT, Weinstein HM. Sex differences in the impact of work on physical and psychological health. *Am J Psychiatry*. 1985;132(10):1174-8. (QVT)

Zugman F. Teoria dos jogos: uma introdução à disciplina que vê a vida como uma sequência de jogos - alguns conceitos e aplicações da “matemática das ciências sociais” [texto na internet]. São Paulo; 2008. [citado 2008 set. 13]. Disponível em http://www.iced.org.br/artigos/teoria_jogos_fabio_zugman.PDF.

ANEXO A - INVENTÁRIO MASLACH DE *BURNOUT* (MBI) – VERSÃO HSS

Número: _____

Favor preencher a coluna que indica com que frequência você se sente como o enunciando de cada questão.

	Nunca	Alguma s vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas Vezez na semana	Diariamente
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado. Com que frequência sente isso?					
3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado. Com que frequência sente isso?					
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas. Com que frequência sente isso?					
5. Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais. Com que frequência sente isso?					
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa. Com que frequência sente isso?					
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender. Com que frequência sente isso?					
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando. Com que frequência sente isso?					
9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho. Com que frequência sente isso?					
11. Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente. Com que frequência sente isso?					
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho. Com que frequência sente isso?					
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho. Com que frequência sente isso?					

	Nunca	Alguma s vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas Vezez na semana	Diariamente
14.Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.Com que freqüência sente isso?					
15.Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Com que freqüência sente isso?					
16.Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.Com que freqüência sente isso?					
17.Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.Com que freqüência sente isso?					
18.Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.Com que freqüência sente isso?					
19.Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.Com que freqüência sente isso?					
20.Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.Com que freqüência sente isso?					
21.No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.Com que freqüência sente isso?					
22.Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.Com que freqüência sente isso?					
14.Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.Com que freqüência sente isso?					
15.Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Com que freqüência sente isso?					
16.Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.Com que freqüência sente isso?					
17.Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.Com que freqüência sente isso?					
18.Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.Com que freqüência sente isso?					

19.Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.Com que frequência sente isso?					
20.Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.Com que frequência sente isso?					
21.No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.Com que frequência sente isso?					
22.Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.Com que frequência sente isso?					

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

Sr^a _____
Diretora Assistencial do Hospital _____
De: Enf^a Ms. Eliane da Silva Grazziano
Assunto: solicitação para realização de pesquisa junto aos enfermeiros da instituição.

Prezada Colega,

Como enfermeira, docente de cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e, atualmente, doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho formalmente solicitar sua autorização para realizar a pesquisa intitulada “Estratégia para redução de stress e *burnout* entre enfermeiros hospitalares” conforme descrito no projeto de pesquisa outrora lhe encaminhado.

O estudo justifica-se pelo interesse em conhecer as situações que os enfermeiros possam identificar como causadoras de stress e pela proposta de aplicar um programa visando minimizá-lo por meio do uso de estratégias de enfrentamento. Como benefícios reais para os enfermeiros, o programa se propõe a prevenir a ocorrência do *burnout* e suas conseqüências na saúde do trabalhador, melhorar as relações interpessoais, e conseqüentemente, o trabalho em equipe e, para a instituição, reduzir as manifestações do stress ocupacional e conseqüente contribuir para aumentar a produtividade, reduzir os conflitos e melhorar a participação dos enfermeiros no planejamento das atividades de enfermagem e na vida organizacional.

Com certeza de sua atenção, antecipadamente agradeço.

Enf^a Ms. Eliane da Silva Grazziano

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número: _____

1ª via Pesquisadora

2ª Via Participante da Pesquisa

Pesquisa: “Estratégia para redução do stress e *burnout* entre enfermeiros hospitalares”.

Pesquisadora: Enf^a Ms. Eliane da Silva Grazziano

Orientadora: Prof^a Dr^a Estela Regina Ferraz Bianchi

Prezada (o) colega (o),

V.S(a) está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a eficácia de um programa informativo sobre stress entre enfermeiros hospitalares com o intuito de prevenir o *burnout* e melhorar as relações interpessoais no trabalho por meio da redução do stress ocupacional. Este estudo faz parte do projeto de Doutorado em Saúde do Adulto da pesquisadora a ser apresentado à Escola de Enfermagem da USP. Como objetivos específicos, o estudo pretende analisar as características sócio-demográficas dos participantes, seu nível de *burnout* e a avaliação de um programa sobre stress. Juntamente com este termo, V.Sa. está recebendo os instrumentos de coleta de dados a serem preenchidos e devolvidos à pesquisadora.

Deve ficar claro que V.Sa. possui total liberdade para se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para V.Sa. Caso considere necessário, V.Sa. poderá obter maiores informações sobre a pesquisa fora do momento do contato direto na coleta de dados através do telefone da pesquisadora do projeto (ao final deste termo) e, se necessário, agendar um encontro pessoal com a pesquisadora.

A participação nesta pesquisa não traz implicações legais e os autores dos dados coletados serão mantidos sob total sigilo pela pesquisadora. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos adotados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Reforçamos que todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente as pesquisadoras terão conhecimento dos dados.

Para participar desta pesquisa V.Sa. não receberá nenhum benefício direto, entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tema, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa abrir caminho para discussões e implantações de programas semelhantes, e desta forma, a pesquisadora compromete-se a divulgar os dados obtidos.

V.Sa. não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Por favor, preencha os itens que se seguem: (vide verso)

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Data: ____/____/2007 e Telefone da pesquisadora:XXXXXXXX

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

NOME INSTITUIÇÃO: _____

RESPONSÁVEL: _____

1. Financiamento ou Entidade Mantenedora:	() Pública	() Privada	() Filantrópica
2. Número de funcionários da enfermagem	___ Aux. Enf	___ Téc. Enf.	___ Enfermeiros
3. Número de leitos:			
4. Perfil de clientela atendida:	() Convênio SUS	() Particulares	() Convênios/ Particulares
5. Nº de enfermeiros por período	() M	() T	() N
6. Carga horária enfermeiros	() 30 h/s () 12x36h	() 36 h/s	() 40 h/s
7. Enfº são fixos nas áreas? Se NÃO, qual é a política de mudança?	() Não	() Sim	

OBSERVAÇÕES:

DATA: ____/____/2007

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Número: _____

1. Sexo	() Feminino	() Masculino
2. Idade:	_____ anos	
3. Estado civil:	() Solteira(o) () Viúva(o)	() Casada(o) () Separada(o)/Divorciada(o)
4. Número de filhos:	() Nenhum () Dois ou mais	() Um
5. Tempo de formado	_____ anos	
6. Curso de pós-graduação Qual?	() Não	() Sim
7. Cargo que ocupa:	_____	
8. Unidade a que pertence:	_____	
9. Você optou por trabalhar nesta unidade?	() Não	() Sim
10. Turno de trabalho:	() Noturno () Vespertino	() Matutino () Integral (12 x12 ou 8hs diárias)
11. Tempo de trabalho na instituição:	_____ anos _____ meses	
12. Tempo de trabalho na unidade:	_____ anos _____ meses	
13. Realiza rodízio de unidade ou de horário?	() Não	() Sim
14. Faixa salarial:	() < R\$1.000,00 () de R\$ 2.001,00 a R\$3.000,00	() > R\$1.000,00 a R\$ 2.000,00 () > R\$ 3.001,00
15. Possui outro emprego? Se sim, em qual área de atuação? Qual turno de trabalho?	() Não	() Sim _____ _____
16. Você participa de alguma entidade de classe?	() Não	() Sim Qual? _____

APÊNDICE E - IDENTIFICAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE STRESS E INTERESSE NA PARTICIPAÇÃO DO CURSO

Por favor, leia as questões abaixo e assinale a alternativa que corresponde a maneira como se sente.

1. Você se considera uma pessoa estressada no trabalho? ☐ Sim ☐ Não
2. Você acredita que isto o desestimula a vir para o trabalho? ☐ Sim ☐ Não
3. Por favor, assinale quais das seguintes condições você experimenta mais freqüentemente no seu trabalho:
 - a. ☐ Dores de cabeça.
 - b. ☐ dores de estômago ou tensão
 - c. ☐ dores nas costas
 - d. ☐ tensão muscular no pescoço e ombros
 - e. ☐ Fadiga
 - f. ☐ Preocupação
 - g. ☐ Depressão
 - h. ☐ Agitação
 - i. ☐ Impaciência
 - j. ☐ Raiva
 - k. ☐ Frustração
 - l. ☐ Fumar compulsivamente
 - m. ☐ Comer compulsivamente
 - n. ☐ Chorar
 - o. ☐ Outras: _____
4. Você gostaria de saber mais sobre stress? ☐ Sim ☐ Não
5. Você acredita que se soubesse mais sobre stress e de como trabalhar com ele se sentiria mais satisfeito no seu trabalho? ☐ Sim ☐ Não
6. Você quer ajuda para aprender a se sentir menos estressado no seu trabalho? ☐ Sim ☐ Não
7. Se fosse oferecido um curso sobre stress aqui no seu trabalho, você participaria? ☐ Sim ☐ Não

Parte II – Carta convite para participação no programa

V.Sa. está sendo convidado (a) a participar do treinamento para redução do stress e *burnout* como parte meu projeto de pesquisa para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela EEUSP. O programa possui carga horária total de 12 horas e será oferecido 1 vez por semana com duração de 2 horas em seu horário de trabalho e com liberação de sua chefia imediata para participar. O conteúdo resumido do curso é apresentado a seguir:

- Conceito de stress e suas fases, sinais e sintomas e *burnout*;
- Fatores condicionantes ao surgimento do stress: internos e externos
- Manifestações físicas, emocionais e organizacionais do *burnout*;
- Processo de trabalho em equipe; processo de trabalho na enfermagem; vulnerabilidade no trabalho do enfermeiro; estressores comuns no trabalho do enfermeiro: controláveis e não-controláveis.
- Mecanismos de enfrentamento: *coping* (definição). *Coping* adaptativo e não-adaptativo. Exercícios práticos.
- Estratégias para redução do stress e prevenção do *burnout*: respiração, relaxamento, dieta e exercícios.
- Processos comunicacionais humanos: comunicação verbal e não verbal; processo de comunicação organizacional: barreiras na comunicação; rede formal e informal de comunicação e assertividade.

- Exercícios Práticos.

Mediante o interesse dos enfermeiros um cronograma será elaborado e distribuído nas unidades e em todos os turnos de trabalho para informar sobre o início do treinamento. Caso queira participar, por favor, informe sua chefia imediata.

Atenciosamente,

Enfª Ms. Eliane S. Grazziano

APÊNDICE F – APOSTILA DO PROGRAMA

PROGRAMA DE INOCULAÇÃO DE STRESS

Nos dias atuais a palavra stress tem sido utilizada com uma conotação negativa sempre associada a sentimentos de desconforto, mal estar e trazendo prejuízo às atividades sociais e profissionais. Associado ao termo stress, encontra-se outro termo 'estressores' que se refere àquelas situações ou condições que causam uma quebra na homeostase interna exigindo uma adaptação.

É importante salientar que a ausência de stress é tão maléfica quanto o seu excesso. O stress é necessário à manutenção da vida e das atividades diárias, sendo altamente benéfico quando é um estímulo à mudança, crescimento e desempenho geral do indivíduo. O stress é um evento desejável e inerente do ser vivo, pois serve de mola propulsora para a realização das atividades e satisfação das necessidades básicas, dentre elas o trabalho.

Segundo a Organização Mundial de Saúde os profissionais da área de saúde são altamente estressados. Estudos realizados ao longo das últimas décadas têm demonstrado a relação entre stress e o trabalho em enfermagem. O stress ocupacional e suas conseqüências para ambos, empregador e empregado, têm sido tema de vários estudos visando à compreensão dos mecanismos de ocorrência e de estratégias para sua redução, haja vista os custos envolvidos com o absenteísmo, redução da produtividade e licenças médicas.

Paralelamente ao empenho dos pesquisadores em desvendar as causas do stress ocupacional do enfermeiro, uma linha de pesquisa busca encontrar mecanismos para o seu gerenciamento e a prevenção do *burnout*.

Nosso objetivo com este programa é instrumentalizar os enfermeiros participantes a compreender o mecanismo pelo qual o stress mais grave se instala e propor estratégias para a sua prevenção. Para tanto, serão trabalhados os conceitos de stress e mecanismos de enfrentamento, além do oferecimento de oportunidades para autoconhecimento e auto-avaliação que proporcionará ao participante reconhecer as suas fontes internas e externas de stress, sua qualidade de vida atual e, ele próprio, traçar estratégias de redução do stress em suas atividades diárias. Será dada ênfase na saúde global, física e mental, e como ela é afetada por vários fatores, a saber, social, econômico e pessoais, como atitudes, crenças, valores, emoções e a percepção que se tem dos eventos diários e das relações interpessoais.

Objetivo geral

Preparar o enfermeiro a manejar o seu stress diário reconhecendo os fatores externos e internos que intensificam seu stress no ambiente de trabalho.

Objetivos Específicos

1. Auxiliar a (o) enfermeira (o) a desenvolver maior tolerância ao stress ocupacional e prevenir o desenvolvimento do *burnout*.
2. Melhorar a auto-imagem e auto-estima da (o) enfermeira (o);
3. Capacitar a enfermeira (o) a escolher as melhores estratégias para o enfrentamento (*coping*) dos estressores ocupacionais.

4. Auxiliar na comunicação interpessoal e redução de conflitos entre os profissionais de enfermagem e da saúde.

CONCEITO DE STRESS

Segundo Lipp (1996), estima-se que para cada trabalhador que morre de acidente de trabalho, 50 morrem devido a problemas cardíacos; 75 a 100 bilhões de dólares/ano é o prejuízo causado pelo stress ocupacional às empresas americanas, principalmente devido ao absenteísmo, diminuição de produtividade e custos com assistência médica.

Selye (1956) ,considerado o pai da teoria do stress, definiu-o como uma síndrome, já que várias manifestações ocorrem simultaneamente: estimulação adrenal, diminuição do timo, úlceras gastrintestinais, perda de peso, alterações na composição química do corpo entre outras. Nos tecidos mais diretamente afetados por um fator estressante, desenvolve-se a **Síndrome de Adaptação Local (SAL)**, caracterizada pelo processo inflamatório.

Segundo suas observações, sabe-se da existência de um padrão de resposta biológica semelhante, independentemente do tipo de estímulo (inespecificidade do estressor), e que obedece a uma seqüência de acontecimentos mais ou menos constante. Às respostas do organismo ele chamou de stress, e a seqüência de acontecimentos que se seguem, denominou **Síndrome de Adaptação Geral (SAG)**, e a descreveu em três estágios: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

A primeira fase inicia-se quando o indivíduo entra em contato com o agente estressor e, o organismo utiliza substâncias neuro-hormonais visando o retorno a homeostase. É caracterizada por alterações hormonais controladas pelos sistemas nervoso central e simpático, frente a um estímulo estressor que prepara o organismo para a luta ou fuga.

O estímulo hipotalâmico promove a liberação de catecolaminas pela supra-renal, responsável pelas manifestações como palidez, midríase, paralisação do movimento intestinal, sudorese, aumento das frequências cardíaca e respiratória e, aumento do aporte sanguíneo para o cérebro e coração. Se o estímulo desaparecer ou, se a resposta do indivíduo for bem sucedida, o organismo retorna a homeostase. Porém, em caso oposto, o indivíduo entrará na segunda fase, a de resistência.

Durante a fase de resistência, o organismo tende a retornar ao estado de homeostase, porém enfrenta a contínua exposição ao estímulo estressor ou, a resposta do indivíduo não foi bem sucedida. Os sinais iniciais da fase de alarme diminuem e, o hipotálamo media os níveis hormonais para criar mecanismos adaptativos ao estímulo. As conseqüências desta fase podem manifestar-se como: cansaço crônico, fadiga, dores de cabeça, distúrbios do sono, alterações gastrintestinais, alteração da libido entre outras (Bianchi,1999). No âmbito emocional, podem surgir sintomas como apatia, hipersensibilidade emotiva, irritabilidade e desencadear surtos psicóticos (Lipp, 1996).

Este estágio pode durar um certo tempo, porém quando os mecanismos falham, o indivíduo entra na fase de exaustão. Esta fase é caracterizada pelo colapso do sistema e, surgimento de patologias associadas aos órgãos exigidos durante a tentativa de adaptação do organismo ao processo, como manifestações cardiovasculares.

No curso normal da vida humana, passa-se pelas duas primeiras fases, por várias vezes, sem, entretanto alcançar a fase de exaustão, a qual não é necessariamente irreversível e completa (Selye, 1956). Embora descrita em três

fases, a SAG não ocorre de forma tão definida, sendo caracterizada pela simultaneidade das fases e rapidez evolutiva (Peniche,1998).

Quadro das Fases da Síndrome de Adaptação Geral (SAG), segundo Selye.

Fase de Alerta	Inicia-se quando a pessoa se depara com o estressor
Fase de resistência	Ocorre com o acúmulo dos estressores ao longo do tempo e com a tentativa do organismo em resistir. Surgem os primeiros sinais físicos e emocionais.
Fase de exaustão	quando o corpo, não suportando mais a pressão, cede e a pessoa desenvolve doenças físicas ou mentais.

O que causa o stress? Por que algumas pessoas parecem ser mais estressadas que outras, enfrentando as mesmas situações?

A definição atual de stress enfatiza a relação entre a pessoa e o ambiente, considerando as características individuais e a natureza do evento, com o posterior julgamento da situação pelo indivíduo como sendo relevante ou irrelevante.

Ampliando o conceito reducionista de stress defendido por Selye , Lazarus e Folkman (1984) , desenvolveram um modelo de abordagem conhecido como modelo Interacionista. Tal modelo considera que a **intensidade da resposta ao estressor** depende de, como a **pessoa interpreta ou aborda o significado e importância de um evento como sendo nocivo, ameaçador ou desafiador.**

Estes autores demonstraram a **importância da análise do funcionamento do aparelho cognitivo como mediador da intensidade das respostas do indivíduo aos estímulos. Os processos cognitivos são individuais e, refletem a "maturidade" do aparelho psíquico em interpretar e solucionar os problemas, baseados na relação existente entre o indivíduo, seus valores, pensamentos, experiências, traumas emocionais, ambiente, condição física, condição financeira, relações familiares e maritais .**

A avaliação cognitiva pode ser entendida, como o processo de categorização de um encontro e seus vários aspectos, com relação a seu significado para o bem estar e tem início com avaliação primária do estressor, onde o indivíduo pondera se aquele estímulo é um desafio (positivo), uma ameaça (negativo) ou irrelevante, este último não desencadeando a liberação dos hormônios envolvidos na síndrome do stress.

Caso contrário, se a avaliação primária for de desafio ou ameaça, o processo de stress instala-se e inicia-se avaliação secundária onde o indivíduo buscará mecanismos de enfrentamento da situação que podem mostrar-se efetivos ou não.

A glândula hipófise e as glândulas supra-adenais são os componentes responsáveis pela resposta neuroendócrina ao stress. O hipotálamo quando estimulado produz o hormônio liberador de corticotropina (CRH) que estimula a pituitária anterior (hipófise). Este hormônio estimula a hipófise a secretar o hormônio adenocorticotrópico (ACTH) para a corrente sanguínea estimulando a liberação de cortisol pelas supra-adenais. O cortisol atua em muitas partes do sistema imune.

RESPOSTA NEUROENDÓCRINA AO STRESS*

* Adaptado de Peniche ACG (2005) (material de aula)

FEEDBACK POSITIVO para autocontrole.

STRESS – surge quando o evento estressor estimula repetidamente o sistema de stress e o organismo não consegue relaxar. As taxas hormonais mantêm-se elevadas e o corpo funciona “a todo vapor” tornando o organismo vulnerável às doenças **físicas** (devido à depressão do sistema imunológico) e **psíquicas** (redução dos níveis de dopamina, norepinefrina (diminuindo o nível de atenção), serotonina e pode causar a morte de células no hipocampo (reduzindo a memória)).

SINAIS E SINTOMAS DE STRESS

SINAIS FISIOLÓGICOS DE STRESS

1. Sistema neurológico

Assinale os seus sintomas

- ↑ excitabilidade neural
- alteração de ondas cerebrais
- pupilas dilatadas
- cefaléia tensional
- ↑ temperatura corporal
- Insônia

- tonturas

--

2. Sistema cardiovascular

- ↑ frequência cardíaca
- elevação da pressão sanguínea
- palpitação
- ↓ circulação dos membros (mãos e pés frios)
- transpiração (suor palmar)
- ↑ Vermelhidão
- ondas de calor e frio
- liberação na circulação sanguínea de glicídios (hiperglicemia)
- ↑ retenção de sódio
- liberação na corrente sanguínea de gorduras (colesterol)
- ↑ ácidos graxos livres
- ↑ ácido láctico plasmático

3. Sistema digestório

- ↑ liberação de ácido clorídrico no estômago
- náusea e vômito
- mobilidade gastrointestinal aumentada ou diminuída
 - secura de boca e garganta
 - dificuldade de engolir (bola na garganta)
- mudança no apetite
- mudança nos hábitos intestinais (diarréia ou obstipação)

4. Sistema respiratório

- Respiração superficial
 - Dificuldade na respiração profunda
 - Respiração rápida

5. Sistema músculo-esquelético

- Contração de músculos de pescoço e costas
- Contração de queixo (bruxismo)
- Tremores
- Fraqueza em partes do corpo
- Ranger dos dentes

6. Sistema gênito-urinário

- ↓ apetite sexual e da libido
- ↑ frequência urinária
- tensão pré-menstrual
- períodos menstruais irregulares

Você já se sentiu estressado?

SITUAÇÃO:
O que ocorreu?
Qual foi minha reação?
Quais foram meus pensamentos?
Como me senti quando tudo isso ocorreu?

Fonte: Benevides-Pereira AMT.[org] *BURNOUT*: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.

São Paulo: Casa do Psicólogo;2002.

SINAIS EMOCIONAIS

SINAIS COGNITIVOS

dificuldade de concentração, desorganização e esquecimento
 pensamentos negativos, inabilidade em tomar decisões
 exaustão emocional, altamente competitivo, dificuldade de memória

SINAIS SOCIAIS

- ✓ uso de drogas, fumo e álcool
 - ✓ isolamento
- ✓ percepção negativa de si e do trabalho
 - ✓ falta de entusiasmo
- ✓ pouca produção no trabalho

SINTOMAS DE ACORDO COM A FASE DA SAG

Fase de Alerta	Insônia, tensão muscular, hipervigilância, muita energia, vigor, motivação.
Fase de resistência	Nesta fase os sintomas da fase de alerta desaparecem podendo surgir: sensação generalizada de cansaço, de desgaste mesmo ao acordar; problemas de memória.
Fase de exaustão	Hipertensão, gastrite, doenças dermatológicas, oscilação da pressão arterial, desânimo, depressão, vontade de fugir de tudo, cansaço físico e mental, dificuldades com a memória, apatia, herpes simplex, infecções ginecológicas, corrimentos, queda de cabelo, perda ou ganho de peso, alteração do nível de colesterol e triglicérides, distúrbios na menstruação, aumento de prolactina, úlceras gástricas, doenças dermatológicas graves, depressão, ansiedade, tonturas, dificuldades sexuais, sentir-se doente.

A ativação persistente do mecanismo de stress leva a hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal; involução do timo; os glicocorticóides levam a imunossupressão por alteração da função dos leucócitos, redução da produção de citocinas bem como dos mediadores da reação inflamatória.

FATORES CONDICIONANTES AO SURGIMENTO DO STRESS

Lembre-se sempre de que:

O stress é uma RESPOSTA fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que busca adaptar-se às pressões internas e externas.

Como foi verificado anteriormente, estressores são situações, pessoas, objetos, sentimentos, comportamentos ou acontecimentos que levam a uma reação de stress. Fatores como a poluição, barulho, frio ou calor extremo também podem

levar o organismo a manifestá-lo na tentativa de adaptação. Alguns fatores são condicionantes para o desenvolvimento do stress:

- ✓ percepção do estressor – magnitude e avaliação individual;
- ✓ quantidade de estressores a que está submetido;
- ✓ duração da exposição ao estressor
- ✓ experiência anterior – pode ser benéfica ou não para lidar com o estressor
- ✓ idade – variável
- ✓ gênero – não conclusivo
- ✓ suporte – psicológico, social, religioso ou familiar
- ✓ personalidade – propensão a doença cardíaca (tipo A)
“hot reactor”

Na tabela abaixo estão relacionadas as **Fontes de Stress:**

Fontes Internas (determinadas pela própria pessoa)	Comportamento: <ul style="list-style-type: none"> ✚ Tipo A – corre o risco três vezes maior de desenvolver doença coronária devido a hiperatividade do sistema simpático. ✚ Autopercepção – indivíduos com baixa auto-estima são menos confiantes em si mesmo, portanto mais propensos a desenvolver o stress. ✚ Frustração – Surge quando a pessoa não consegue atingir uma meta ou realizar algo que deseja; a resposta à frustração, geralmente é manifestada com sentimentos de raiva, desespero ou agressividade, exteriorizados ou interiorizados. As pessoas que possuem forte necessidade de controlar a si próprio ou ao ambiente estão mais propensos ao stress. ✚ Pensamentos – O stress é subjetivo; seu início se dá quando a pessoa percebe uma situação, pessoa ou acontecimento como algo estressante. Uma pessoa pode perceber a mesma situação de modo diferente de outra; dependerá de sua interpretação, seus valores e suas crenças, ou do momento e estado de espírito.
Fontes Externas (eventos ou condições externas que independem da característica ou do sistema de crenças pessoa)	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ruído – pode causar alterações do sistema cardiovascular por induzir altos níveis de hormônios; ✚ Doença do fuso horário – turnos de trabalho irregulares, pode gerar lentidão dos reflexos, erros de julgamento e acidentes. ✚ Stress tecnológico – resultado de trabalho em ambientes com alta tecnologia ou que depende dela; redução dos prazos, distanciamento de contatos humanos e maiores exigências; geram tensão ocular, dor lombar, ansiedade e diminuição da agilidade mental. ✚ Stress no trânsito – tráfego congestionado, barulho, luzes, poluição, impaciência no trânsito, maus motoristas etc. ✚ Sobrecarga – urgência de tempo para realizar tarefas, responsabilidade excessiva, falta de apoio e expectativas excessivas de si próprio e de outros. ✚ Mudança – de qualquer origem: pessoal ou profissional. Pode ser vista como algo estimulante ou como perda gerando sentimentos negativos frente ao novo.

SÍNDROME DE BURN OUT

Os primeiros estudos acerca do *burnout* foram realizados com grupos de profissionais cujas atividades eram desenvolvidas na área da saúde, saúde mental, assistência social, sistema judiciário penal, profissões religiosas, aconselhamento e ensino. Estes grupos de trabalhadores possuem uma característica em comum que

é o foco na prestação de auxílio e assistência, ou seja, a **relação entre prestador de serviço e receptor, com um alto e contínuo nível de contato pessoal e emocional**. Desta forma identificou-se que o *burnout* deveria ser estudado não somente como uma reação individual ao stress, e sim em termos das relações do indivíduo no seu local de trabalho.

O *burnout* é uma síndrome psicológica que envolve exposição prolongada a estressores interpessoais crônicos caracterizados por três dimensões: **desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional**.

Ao contrário das respostas ao stress agudo, a síndrome de *burn out* instala-se gradativamente, caracterizada por uma reação cumulativa aos estressores **ocupacionais** contínuos e tende a ser **estável ao longo do tempo, devido à reação prolongada aos estressores interpessoais crônicos e dos diferentes fatores no local de trabalho que influenciam as diferentes dimensões da síndrome**.

Quadro das Manifestações da Síndrome de Burn-out de acordo com as suas dimensões.

Desgaste emocional	Manifestações
Sentimento de desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga. Fontes: a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho	Físicas e psíquicas: cefaléia, dores musculares, distúrbios do sono, perturbações gastrintestinais, distúrbios da imunidade, disfunções sexuais.
Despersonalização	
Troca negativa de atitudes e respostas com outras pessoas. Representa o contexto interpessoal no <i>burnout</i> e refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada dos diversos aspectos do trabalho pelo indivíduo.	Ansiedade, perda de motivação, irritabilidade, insensibilidade nas relações interpessoais, isolamento, atitudes de frieza e distanciamento.
Incompetência Profissional	
Sentimento complexo de inadequação profissional e pessoal ao posto de trabalho. Questionamento que o profissional faz sobre a sua escolha da profissão, colocando em dúvida a sua aptidão para exercê-la.	Moral baixa, depressão, diminuição das relações interpessoais, baixa auto-estima, baixa produtividade e incapacidade de suportar pressões, atitudes defensivas.

O modelo tridimensional do *Burn out* proposto por pesquisadores como Maslach e Jackson (1981) propõe que cada uma de suas dimensões seja dividida em baixo, médio e alto escore, possibilitando combinações entre elas o que resulta em padrões de *burn out*.

As pesquisas sobre o *Burn out* têm demonstrado uma ligação seqüencial entre o desgaste emocional e a despersonalização; quanto a incompetência profissional, os estudos demonstram o seu desenvolvimento simultâneo desta dimensão com as demais.

O quadro abaixo apresenta um resumo das variáveis relacionadas ao *burnout*

Fatores que contribuem para o surgimento do *burnout*:

Características pessoais	Características do trabalho
Idade < 30 anos	Atividades de assistência ou prestação de serviços
Sexo - não relevante	Trabalho por turnos ou noturno
Nível educacional mais elevado	Sobrecarga de trabalho
Estado Civil > entre solteiros, viúvos e divorciados	Intensidade da relação profissional-cliente
Locus de controle externo	Relacionamento conflituoso entre colegas de trabalho
Personalidade tipo A	Conflito de papel

Baixa auto-estima	Ambigüidade de papéis
Comportamentos defensivos	Pouco suporte organizacional
Tipo emocional	Ausência de controle nas atividades
Neuroticismo	Falta de feed-back
Pessimismo	Pressão no trabalho
Perfeccionismo	
Altamente motivadas	
Idealismo profissional	
Características Organizacionais	Características sociais
Desconforto ambiental	Suporte social
Mudanças organizacionais	Suporte familiar
Normas institucionais rígidas	Cultura
Excesso de burocracia	Prestígio
Comunicação conflituosa	
Falta de autonomia profissional	
Desvalorização do trabalho	
Baixa remuneração	
Segurança	

Fonte: Benevides-Pereira, AMT. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Caso do Psicólogo; 2002.

Consequências do *Burn out*:

Esfera física ou pessoal: sintomas físicos: taquicardia, hipertensão e palpitações, crises asmáticas e taquipnéia, imunossupressão, cervicalgia e dores lombares, ansiedade neurótica.

Esfera do trabalho: Diminuição da qualidade assistencial; Predisposição para acidentes, Abandono do emprego ou da profissão, aumento dos conflitos interpessoais com colegas de trabalho

Esfera social: Isolamento; Divórcio.

Esfera organizacional: absenteísmo elevado, diminuição do interesse e esforço para realizar atividades profissionais; Rotatividade; Baixa produtividade; Acidentes de trabalho.

PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM E ESTRESSORES COMUNS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

A enfermagem é reconhecidamente um dos maiores grupos de profissionais atuantes em instituições hospitalares. Segundo a Health Education Authority a enfermagem é considerada a quarta profissão mais estressante principalmente devido às características organizacionais do seu trabalho que favorecem o surgimento do stress ocupacional.

Sabe-se que toda atividade profissional gera stress, porém a enfermagem é uma profissão que reconhecidamente é mais vulnerável aos estressores no ambiente de trabalho. Além das características pessoais e intrínsecas dos profissionais soma-se a elas situações organizacionais que ameaçam a saúde física e mental da enfermeira: o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento à saúde, excesso de atividades realizadas por eles, a ausência de delimitação de papéis entre as diversas categorias (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), a falta de reconhecimento público da profissão e mudança do foco da assistência que prioriza a "profissionalização" das ações objetivando a eficácia e eficiência não permitindo a criação do vínculo afetivo necessário à atividade assistencial (Murofuse, Abranches,

Napoleão, 2005).

Dentre estas características, pode-se citar: a fragmentação e normalização na execução de técnicas; o trabalho por turnos; a rotatividade de horários; a exigência de conhecimentos técnicos científicos atualizados; o contato constante com a dor, sofrimento e morte; as atividades burocráticas cada vez maiores; o excesso de responsabilidades pelas suas ações e da equipe; a necessidade do domínio de habilidades no relacionamento interpessoal e as dificuldades relacionadas às condições precárias de atendimento (falta de pessoal qualificado, déficit de materiais básicos para a assistência, condições ambientais tóxicas e sobrecarga de trabalho).

O processo de trabalho em saúde e em enfermagem é caracterizado pela descontinuidade de suas etapas, pela complexidade dos objetos de trabalho, pela limitação da autonomia profissional, pela crescente incorporação tecnológica, pela necessidade de reflexão e com tendência de maior qualificação dos trabalhadores (Peduzzi, 2002). Este processo constitui-se de duas grandes dimensões: a instrumental, baseada em técnicas e estratégias visando a sua reprodução por atores diversos com o mesmo resultado e recriando-se à medida que cada ação é realizada (trabalho vivo) e a social, como expressão da própria socialidade humana contribuindo para a construção da vida social, tendo como forte componente a ação comunicativa.

As ações de saúde, no modelo atual, estão fundamentadas na inter e trans disciplinaridade que somente pode existir na prática do trabalho em equipe. Segundo Lewin apud Silva (1996) há três necessidades interpessoais presentes em qualquer elemento de um grupo:

- ☐ Necessidade de inclusão – de se sentir aceito, integrado, valorizado por aqueles aos quais se une;
- ☐ Necessidade de controle – de se sentir responsável pelo que constitui o grupo, porém assumindo sua responsabilidade;
- ☐ Necessidade de afeição – o desejo secreto de ser insubstituível, de ser aceito pelo que é, e não só pelo que se tem.

Estas necessidades são melhor satisfeitas quando há comunicação dos sentimentos, atitudes pessoais com relação aos pares e à vida, por meio de feedback equilibrado.

O trabalho em saúde, portanto, possui como premissas básicas a interação (comunicativa) dos profissionais e a integração das ações individuais de cada componente do grupo. À luz destas constatações, pode-se perceber a complexidade da prática profissional da enfermeira, que se vê diante da tarefa de gerenciar a equipe de enfermagem, composta por profissionais de nível médio e articular ações em parceria com profissionais de nível superior (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas) procurando estabelecer uma comunicação de mão dupla.

FATORES LIGADOS AO TRABALHO COMO ENFERMEIRO QUE CONTRIBUEM PARA O SURGIMENTO DO STRESS

1. problemas de comunicação com equipes
 - ✓ relacionamento com superiores;
 - ✓ relacionamento interpessoal;
 - ✓ falta de suporte;
 - ✓ equipe de enfermagem apática e descontente;
2. inerente à unidade

- ✓ recursos físicos;
 - ✓ mudanças tecnológicas;
 - ✓ mudanças profissionais;
 - ✓ ambiente;
 - ✓ trabalho repetitivo;
 - ✓ carga de trabalho;
 - ✓ pressão no trabalho;
 - ✓ número inadequado de pessoal;
 - ✓ odores desagradáveis;
 - ✓ exposição constante a riscos;
 - ✓ falta de equipamentos;
 - ✓ pressão no tempo.
3. assistência prestada
- ✓ lidar com morte e morrer;
 - ✓ paciente com dor;
 - ✓ paciente com doença terminal;
 - ✓ lidar com necessidades emocionais do paciente e família;
 - ✓ paciente e familiares agressivos;
 - ✓ incerteza quanto ao tratamento do paciente.
4. interferência na vida pessoal
- ✓ conflito entre trabalho e casa;
 - ✓ desenvolvimento de carreira;
 - ✓ tomada de decisão nos rumos da vida;
 - ✓ experiências anteriores.
5. atuação do enfermeiro
- ✓ conflito de papéis;
 - ✓ ambigüidade de papéis;
 - ✓ falta de autonomia;
 - ✓ estilo de supervisão;
 - ✓ recompensa e salário não condizentes;
 - ✓ falta de treinamento;
 - ✓ falta de oportunidade de crescimento na organização;
 - ✓ falta de suporte administrativo;
 - ✓ envolvimento.

MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO – *COPING*

Diante de situações consideradas estressoras, o indivíduo realiza uma avaliação para responder adequadamente buscando solucionar ou amenizar o estressor. O processo de enfrentamento do stress é conhecido como ***coping***, definido como um conjunto de comportamentos conscientes ou inconscientes e esforços cognitivos que um indivíduo apresenta diante de uma situação, a qual ele deseja mudar. Sendo considerado uma estratégia e vinculado a ações deliberativas, *coping* pode ser aprendido, usado e adaptado a cada situação (Guido, 2003).

CARACTERIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING* (Lazarus e Folkman, 1984)

<i>Coping</i> focado no problema	<i>Coping</i> focado na emoção
Resolução do problema Definição do problema Enumerar alternativas Escolher entre a melhor ação	Processos defensivos Evitar a ameaça Fuga, distanciamento, aceitação
Mais adaptativas	Menos adaptativas
Relacionamento pessoa-ambiente	Tentativa de modificar o significado da situação Desconforto emocional

Tem interferência dos fatores:

1. *antecedentes causais* :

- variável do ambiente - situação, evento, ambigüidade, recursos sociais e materiais
- variáveis pessoais – valores, crenças, compromissos, senso de controle do ambiente
- fatores fisiológicos – sinais e sintomas
- variável sociológica – status social, cultural, apoio social

2. *variáveis mediadoras*

- avaliação cognitiva da situação
- respostas de *coping* focalizado no problema e na emoção
- suporte social percebido como apoio emocional e informação

QUADRO ESQUEMÁTICO DE STRESS E *COPING*

PROCESSOS COMUNICACIONAIS HUMANOS: VERBAL E NÃO VERBAL

A comunicação interpessoal não é totalmente objetiva, pois se faz entre pessoas que possuem suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e expectativas. Neste processo, a escrita ou a fala traz em si a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos e de persuasão e dentro de um contexto transmite uma mensagem. Portanto, o ficar calado, o falar, o mover-se têm um significado.

Conclui-se que comunicar é um processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos sejam eles símbolos ou sinais.

Comunicação verbal – refere-se às palavras expressas por meio da fala ou da escrita.

Comunicação não-verbal – não se associa às palavras e sim por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal entre outras.

Pesquisas realizadas sobre a comunicação não verbal demonstram que cerca de 7% dos pensamentos (intenções) são transmitidas por palavras, 38% por sinais paralingüísticos (entonação da voz, velocidade com que as palavras são ditas) e **55%** pelos sinais do corpo.

Dicas para criar um ambiente mais harmônico no trabalho (Silva, 1996)

1. Seja específico
2. Revele alguns de seus aspectos negativos.
3. Ouça com atenção e peça opinião.
4. Não camufle opiniões.
5. Seja informal.
6. Elogie com sinceridade e objetividade
7. Reflita sobre as críticas recebidas.
8. Clarifique a mensagem recebida.
9. Verbalize quando concordar com o que está sendo dito.
10. Aceite o direito da pessoa ter opinião própria.
11. Expresse de quem é o problema.
12. Descreva o comportamento que lhe causa problema
13. Descreva seus sentimentos verbalmente.
14. Verifique a percepção do outro.
15. Chame a pessoa pelo nome.

COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL OU ADMINISTRATIVA

- Fluxos, níveis e as redes formal e informal que permitem o funcionamento da organização;
- Um contínuo processamento de informações que possibilita à organização transformar seus recursos em produtos e serviços;
- Conversação em prol da boa execução de tarefas;
- Transmissão de informações sobre novos produtos e serviços, além de mudanças operacionais;
- Caráter informativo;
- Instruções, diretrizes, informações técnicas ou sobre acontecimentos administrativos e operacionais (Ex.: compra de um novo equipamento)
- Ascendente, descendente e transversal ou horizontal.

Instrumentos (métodos) de transmissão de informações:

- 1) Descendentes: boletins internos, circulares, manual do funcionário, reuniões, relatórios;
- 2) Ascendentes: relatórios, contatos pessoais, reuniões;
- 3) Intercâmbio horizontal: cartas informativas da direção ou da supervisão, boletins para chefes, boletins para a alta administração.

Charles E. Redfield (1980)

Tipos de comunicações administrativas no ambiente hospitalar

- Escrita: memorando, circular, portaria, relatório, convocação, prescrição médica e de enfermagem, manual de normas, rotinas e procedimentos.
- Oral: "passagem de plantão" (coletiva), orientações individuais.

Barreiras ao funcionamento da comunicação administrativa:

- Barreiras organizacionais:
 - 1) Distância física entre os funcionários;
 - 2) Especializações de funções-tarefa;
 - 3) Relações de poder, autoridade e status;
- Barreiras interpessoais;
- Barreiras econômicas, geográficas e temporais;

Lee Tayer (1972)

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO STRESS (ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO)

RESPIRAÇÃO

1. posição confortável
 2. descruzar pernas e braços
 3. fechar os olhos
 4. colocar uma mão no peito e outras no abdome
 5. inalar... a mão do abdome sobe..
 6. exalar... a mão do abdome desce...
 7. a mão do peito permanece sem mexer.
- Continuar a Respirar e contar mentalmente 1....2.....segura e.....solta.....3.....4.....segura e solta
- Repetir por 10 min. Não distrair com pensamentos diferentes.

RELAXAMENTO

1. local confortável
2. usar como foco uma palavra ou frase
2. técnica de relaxamento com respiração: controle da profundidade e velocidade da R
3. técnica com imagem guiada: focalizar em pensamentos, sentimentos, sinais e sons evocados por uma situação específica
4. 4Rs – a) REMOÇÃO de si da situação
 - b) RELAXAR com respiração guiada
 - c) RECHAMAR com imagem guiada (local prazeroso)
 - d) RETORNAR vagarosamente à situação presente

BENSON – 4 elementos essenciais

1. ambiente calmo
2. Posição confortável
3. Mente desviada com uma frase, palavra repetida diversas vezes
4. Adoção de uma atitude passiva.

O relaxamento é uma técnica que pode ser associada com a respiração ou ainda, pode ser dinamizada com a introdução de outros procedimentos como a imagem guiada, o relaxamento passivo dos músculos, quietude (quieting reflex response).

Coping no dia-a-dia

1. EXERCÍCIO

- Dissipa tensão muscular
- Melhora o funcionamento do sistema imunológico
- Melhora o sistema cardiovascular

Ex. caminhada, por 10 a 15 min tendo um acréscimo de 3 min/semana até totalizar 40 min.

Flexibilidade e alongamento

Natação, ciclismo

Rotação de pescoço, ombros, tronco, punhos, quadril e tornozelo.

2. DIETA

- Evitar alimentos gordurosos, cafeinados.
- Usar cereais, grãos, pão, pastas, frutas, vegetais, que fornecem longo período de energia
- Manter um adequado suprimento de água (para colaborar na regulação de temperatura corpórea funcionamento gastrointestinal)

Adequado funcionamento do organismo; Diminui o risco cardiovascular

3. REPOUSO

- Recomendável 8h de sono, evitando "terror" antes de dormir.
- Banho antes de dormir, para relaxar.
- Quarto organizado, proporcionando o descanso.
- Descanso semanal
- Período de férias.
- Uso da água como relaxante: sauna, piscina de turbilhão, banho de imersão em água morna.

4. OUTROS

- Cultivar um hobby (criatividade não remunerada)
- Encorajar o bom humor (ver o lado positivo das coisas)
- Controlar o tempo, para proporcionar maior tempo para objetivos pessoais
- Resolver problemas com o mínimo de frustração e obtendo componentes "solucionáveis"

OUTRAS ESTRATÉGIAS

SENSO DE CONTROLE

1. Dos eventos: pode ser usado

- evitação – remoção física da emoção
- alteração – priorizar
- aceitação – para fatos inevitáveis

Medir conseqüências da escolha (menor ou maior impacto)

2. Da interpretação

- a) identificar o significado da experiência
- b) identificar o seu papel, para não gerar incompetência, incerteza ou ambigüidade.

3. Auto-controle

- a) de pensamentos negativos e irracionais (podem aumentar a ansiedade)
- b) ajustamento a mudanças

PASSOS PARA ELIMINAR IDÉIAS IRRACIONAIS

1. selecionar uma situação que gera stress Ex. falar em público
2. escrever os fatos como ocorrem Ex. eu preparo o texto. Minhas mãos tremem.
3. Escrever o pensamento irracional Ex. Acho que não sairei bem...
4. Mudar o pensamento irracional Ex. não há evidência que falharei.
5. Substituir o pensamento Ex. Eu me preparei bem. Eu tenho habilidade.

ASSERTIVIDADE

Ser assertivo é ser afirmativo, correto, honesto para consigo mesmo.

É ter a capacidade de expressar correta, oportuna e adequadamente pensamentos e sentimentos.

Dizer coisas certas, na hora certa.

Sentimentos e pensamentos deverão ser expressos de forma sincera.

Entonação de voz firme.

Olhar e gestos adequados à situação.

Não é ser agressivo ou omissivo.

Exercer seus direitos de tal forma que não viole o direito dos outros;

Expressar suas necessidades, desejos, opiniões, sentimentos e crenças de forma direta, honesta e adequada.

Fazer plano de ação para cada passo a ser dado e reavaliação contínua

Ex. Estar na fila/ 20 min para compra de ingresso. Uma pessoa desconhecida vem e pede para comprar um ingresso. Tipos de respostas:

1. inseguro – compra, mas fica remoendo a atitude
2. agressivo – fica irado, fala em voz alta e todos ao redor participam da situação
3. assertivo – com voz firme, expõe suas desculpas e mostra que não é justo realizar tal operação.

O indivíduo **assertivo** tem boa educação e usa a lógica, conveniência mútua. O indivíduo assertivo tem como olhar as pessoas nos olhos;

Características do indivíduo assertivo	Características do indivíduo agressivo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ tom de voz adulto; ▪ não usar defensivamente o lado infantil; ▪ aceitar que nem todos concordam com vc; ▪ expressar opiniões positivamente mas não dogmática; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ expressão facial de raiva, ▪ voz ríspida; ▪ freqüente desacordo com os outros;

<ul style="list-style-type: none"> ▪ expressar adequadamente emoções; ▪ dizer SIM ou NÃO nas decisões tomadas. 	não mantém contato com o olhar.
--	---------------------------------

Auxiliam a assertividade	Inibem a assertividade
<ul style="list-style-type: none"> ▪ auto-confiança; ▪ mente positiva; ▪ apreciação do ponto de vista do outro; ▪ ambiente de trabalho adequado e propiciando discussões; ▪ habilidade em correr riscos; ▪ clareza de valores e crenças; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falta de clareza sobre valores e visões pessoais; ▪ falta de oportunidade em ser assertivo; ▪ outras pessoas sendo agressivas; ▪ estrutura organizacional; ▪ papel desempenhado.

Outras estratégias que podem ser utilizadas: uso de afirmações positivas: Biofeedback, Massagem, Resolução de conflitos, *Coping* espiritual

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Aquino JM. Estressores no trabalho de enfermeiros de Centro Cirúrgico: conseqüências profissionais e pessoais . [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto; 2005.

Bailey JT. Job stress and other stress-related problems. In: Claus KE, Bailey JT. Living with stress and promoting well-being: a handbook for nurses. Saint Louis: Mosby, 1980, cap 3, 16-22

Batista K de M. Stress entre enfermeiros de unidade de emergência. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. 126p.

Benevides-Pereira, AMT. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Caso do Psicólogo; 2002.

Bianchi ERF. *Stress entre enfermeiros hospitalares*. Tese (Livre Docência) São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999. 102p.

Cunningham J.B. *The stress management sourcebook*. Los Angeles: Lowell House, 1997.

Lazarus RS; Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publ., 1984.

Lipp MEN. *et al. Pesquisas sobre stress no Brasil*. Campinas: Papirus, 1996.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced *burnout*. Journal of Occupational Behavior 1981; 2:99-113.

Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre stress e *burnout* e a relação com a enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(2):255-61.

O'HARA, V. *Five weeks to healing stress*. Oakland, New Harbinger Publ., 1996.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, 2002; 1(1):75-91.

Stoner, AF, Freeman, RE. **Comunicação e negociação**. In: Stoner AF, Freeman RE. Administração. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil Ltda, 1995. p.386-407.

Thayer LO. **As pessoas, o comportamento e a comunicação**: alguns fatores organizacionais e administrativos. In: Thayer LO. Comunicação, fundamentos e sistemas. São Paulo: Atlas, 1ª ed., 1979. p.113 a 128.

Peniche ACG. A influência da ansiedade na resposta do cliente no período pós-operatório imediato. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL [org] Stress e qualidade de vida no trabalho. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

Selye H. The Stress of life. 4th ed. New York: McGraw-Hill Book ; 1956.

Silva MJP da Comunicação tem remédio – a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente, 1996.

APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Número: _____

Cara (o) Colega,

Com a finalidade de conhecer sua opinião quanto à abordagem de stress introduzida no curso, gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração, no preenchimento dos itens abaixo. Se não desejar participar desta avaliação, não devolva o questionário. Agradecemos sua colaboração.

Profª Ms. Eliane S. Grazziano

Dê uma nota de 1 (mínimo) a 5 (máximo) para cada item abaixo, levando em consideração o seu aprendizado sobre durante o treinamento:

	ruim	regular	bom	Muito bom	ótimo
1. Conteúdo abordado	1	2	3	4	5
2. Aplicação na:	1	2	3	4	5
vida pessoal					
vida profissional	1	2	3	4	5
interação com o paciente	1	2	3	4	5
interação com o familiar	1	2	3	4	5
interação com outros profissionais	1	2	3	4	5
interação com colegas	1	2	3	4	5
interação com superiores	1	2	3	4	5
3. Carga horária (total)	1	2	3	4	5
4. Carga horária (semanal)	1	2	3	4	5
5. Horário	1	2	3	4	5
6. Recursos utilizados	1	2	3	4	5
7. Estratégias de ensino	1	2	3	4	5

Você considera importante a abordagem do tema stress junto a enfermeiros e graduandos? _____ Você usou alguma técnica de *coping* abordada no Curso? Qual? Por favor, descreva a situação.

Você tem alguma sugestão, para o sucesso dessa abordagem? _____

Você tem alguma crítica a ser feita? _____

APÊNDICE H – AVALIAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO

Nº _____

Cara(o) colega,

Considerando sua opção em participar do treinamento para redução do stress e *burnout* para enfermeiros assinalada no instrumento preenchido pela(o) senhora(r) como parte de minha pesquisa de Doutorado, e o fato de não ter participado, gostaria que a Sr^a(r) respondesse a questão abaixo:

Qual (is) o motivo(s) que a(o) levaram a não participar do curso?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Sugestões:

Obrigada,

Eliane S. Grazziano