

1ª Edição
2020

SAÚDE MENTAL: ASPECTOS OCUPACIONAIS E PSICOSSOCIAIS

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes
Lucélia Rodrigues Afonso
Maíra Maria Leite de Freitas
Tamara Braga Sales
Victor Hugo Santos de Castro
(Organizadores)



Editora Poisson



Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes
Lucélia Rodrigues Afonso
Maíra Maria Leite de Freitas
Tamara Braga Sales
Victor Hugo Santos de Castro
(Organizadores)

SAÚDE MENTAL: ASPECTOS OCUPACIONAIS E PSICOSSOCIAIS

1ª Edição

Belo Horizonte
Poisson
2020

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Ms. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas

Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Análise textual, correção ortográfica e linguística

Esp. Maria Meiriane Freire Aguiar

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255

Saúde mental: Aspectos ocupacionais e psicossociais / Organizadores Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes, Lucélia Rodrigues Afonso, Máira Maria Leite de Freitas, Tamara Braga Sales, Victor Hugo Santos de Castro – Belo Horizonte – MG: Poisson, 2020

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5866-004-0

DOI: 10.36229/978-65-5866-004-0

1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem
I. Menezes, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro. II. Afonso, Lucélia Rodrigues. III. Freitas, Máira Maria Leite de. IV. Sales, Tamara Braga Sales. V. Castro, Victor Hugo Santos de.

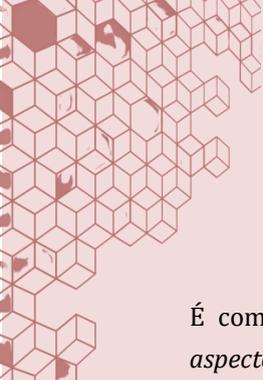
CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br



Prefácio

É com imensa satisfação que contextualizo e deslendo a prazerosa leitura do *Livro Saúde mental: aspectos ocupacionais e psicossociais*, tendo como uma característica fundamental dos pesquisadores - fomentar no leitor a curiosidade pela temática. Este livro foi elaborado e desenhado com o olhar crítico, reflexivo e humanizado dos pesquisadores para elencar a importância do cuidado holístico do profissional da saúde e os principais aspectos ocupacionais e psicossociais dos pacientes.

Na oportunidade, enfatizamos que este livro tem um olhar peculiar e singular amparado por realizadores de sonhos e construtores de saberes distintos. Deste modo, esta singela leitura sinaliza a realização de um sonho acadêmico e a promoção da saúde em suas mais variadas linhas de pesquisa.

Apresentamos cinco capítulos que descrevem as estratégias metodológicas que conduzirá ao leitor ao processo de partilhar os achados críticos - reflexivos, respeitando o cuidado holístico e assistencial do paciente. Tem - se como pilar de leitura, o alicerce científico que conduzirá ao pesquisador a um nível de empoderamento prático e sólido.

O primeiro capítulo tem como objetivo identificar na literatura os principais fatores desencadeantes de estresse ocupacional sofrido pela equipe de enfermagem.

No segundo capítulo buscou investigar na literatura artigos direcionados à temática sobre fatores relacionados ao desenvolvimento de depressão em adolescentes, e, como objetivos específicos compreender a relação entre adolescência e depressão e identificar possíveis causas da depressão em adolescentes.

O terceiro capítulo apresenta a extensão do olhar da saúde mental sobre a premência de se pensar em métodos de intervenção no que tange aos indivíduos desta pesquisa, especificamente às pessoas em situação de rua.

No quarto capítulo trata de uma imersão histórica, sendo abordados temas referentes à saúde do trabalhador, qualidade de vida no trabalho, estresse e síndrome de Burnout.

O quinto capítulo investigou a relação entre qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino.

Então sejam bem-vindos a esse momento apaixonante de aprendizagem. Esperamos que este livro lhe proporcione a promoção automática do saber crítico, holístico e reflexivo.

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes

Organizadores



Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE). Graduada em Pedagogia pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde Pública e em Pesquisa Científica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especializando em Estomaterapia pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Participação ativa no grupo de pesquisa - Doenças crônicas em crianças e adolescentes, família, saúde coletiva e enfermagem (DOCAFS). Gerente do Controle Interno Preventivo e Inovação da Secretaria Municipal da Educação (SME). Coordenadora Pedagógica da empresa *Edukah* Consultoria e Serviços Educacionais Ltda.



Lucélia Rodrigues Afonso

Enfermeira pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE). Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária Pública Federal (Hospital Universitário Walter Cantídio-CE. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).



Máira Maria Leite de Freitas

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET Saúde do Ministério da Saúde vinculado à Universidade Federal do Ceará- UFC. Membro da Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (LAEGO) da Universidade Federal do Ceará- UFC.



Tamara Braga Sales

Enfermeira, mestra em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da pós-graduação em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade de Quixeramobim (UNIQ/Fortaleza).



Victor Hugo Santos de Castro

Licenciado em Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Gestão em Saúde e em Gestão Pedagógica (UECE) e em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), na modalidade residência multiprofissional. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da UECE.

SUMÁRIO

Capítulo 1: Fatores desencadeantes de estresse ocupacional nos profissionais de saúde 07

Francisca Antonia do Vale Gomes, Michelle Soeiro de Oliveira, Michelline Soeiro de Oliveira, Hélio de Almeida Nobre Junior, Sara Maria Oliveira Bandeira, Carla Vanessa Pinheiro da Silva, Lucélia Rodrigues Afonso, Ariane Spat Ruviano

DOI: 10.36229/978-65-5866-004-0.CAP.01

Capítulo 2: Fatores associados à depressão em adolescentes: Uma revisão integrativa 17

Brenda Andrade de Freitas, Camilla Kenny Nobre Girão Mendes, Djamila Mara Magalhães Freitas, Cibelle Regina Barbosa da Silva, Maria Liliane Miranda da Costa, Ana Beatriz da Silva Ribeiro, Victor Hugo Santos de Castro, Lívia Lopes Custódio

DOI: 10.36229/978-65-5866-004-0.CAP.02

Capítulo 3: Saúde Mental e as condições de vida de pessoas em situação de rua 26

Gervana Sampaio Silva Teixeira, Cibelle Regina Barbosa da Silva, Maria Liliane Miranda da Costa, Caroline Dantas dos Santos, Ana Beatriz da Silva Ribeiro, Victor Hugo Santos de Castro, Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt, Marcia Alves Ferreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-004-0.CAP.03

Capítulo 4: Saúde do trabalhador: Uma análise histórica 34

Jaqueline Gomes de Souza Santos, Regiane Pereira Garcia, Eveline Araújo de Oliveira, Lívia Lopes Custódio, Tamara Braga Sales, Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares, Marina da Silva Nobre, Carla Vanessa Pinheiro da Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-004-0.CAP.04

Capítulo 5: Qualidade de vida no trabalho e Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde 53

Jaqueline Gomes de Souza Santos, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes, Victor Hugo Santos de Castro, Maíra Maria Leite de Freitas, Etevaldo Deves Fernandes Neto, Raquel Guimarães Tavares Martins, Samara Gomes Matos Girão, Eveline Araujo de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-004-0.CAP.05

Autores: 61

Capítulo 1

Fatores desencadeantes de estresse ocupacional nos profissionais de saúde

Francisca Antonia do Vale Gomes

Michelle Soeiro de Oliveira

Michelline Soeiro de Oliveira

Hélio de Almeida Nobre Junior

Sara Maria Oliveira Bandeira

Carla Vanessa Pinheiro da Silva

Lucélia Rodrigues Afonso

Ariane Spat Ruviano

Resumo: Quando o estresse ocorre no ambiente de trabalho, passa a se chamar de estresse ocupacional. O trabalho do enfermeiro exige muita atenção, responsabilidade e discernimento, o que pode atuar diretamente na sua saúde física e mental levando-o a essa situação. Logo, o objetivo desse trabalho é identificar na literatura, os principais fatores desencadeantes de estresse ocupacional sofrido pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nos últimos 5 anos, com seguintes bases de dados BDNF e LILACS identificamos 588 publicações, sendo selecionados 06 artigos. Os principais resultados mostram que os profissionais da equipe de enfermagem enfrentam uma alta sobrecarga de trabalho, exposição a situações difíceis, relações conflituosas, condições de trabalho precárias, entre outras. Portanto, tais resultados sugerem a necessidade de condutas, que tenham a intenção de melhorar o ambiente de trabalho desses profissionais, que busca prestar assistência de qualidade e com humanização.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Saúde do trabalhador. Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é um ofício que preenche uma grande parcela de tempo da vida de cada pessoa. Quando se trata de profissionais da área da enfermagem vemos que esse tempo se torna maior ainda, retirando o trabalhador por um período prolongado do seu convívio com a sociedade. Nesse sentido, vemos que nem sempre o trabalho possibilita realização profissional, levando em alguns casos a exaustão e insatisfação (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Mesmo a Enfermagem tendo surgido, como profissão, há muitos anos, ainda hoje o profissional tem buscando uma autodefinição, procurando construir sua identidade profissional e reconhecimento. Durante esse rastreamento, o enfermeiro enfrenta muitos obstáculos que acabam comprometendo além do seu desempenho no trabalho, o seu lado pessoal também é atingido. Esses achados levam a indefinição do papel profissional sendo este um elemento causador de estresse (TACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

A enfermagem foi considerada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante do setor público (RISSARTO; GASPARINO, 2013). O termo estresse foi utilizado pela primeira vez no setor da saúde por Selye em 1956, para relatar um caso de Síndrome Geral de Adaptação, o que leva a pessoa a se esforçar muito para se adaptar a uma determinada situação (SNATOS; CARDOSO, 2010).

O estresse gera em grande parte das pessoas uma sensação de desconforto, sendo que na maioria dos casos é visto como algo ruim. Quando uma pessoa passa por uma situação dessa, ela pode apresentar sentimentos como: medo, tensão e ansiedade. Vale salientar que, o estresse é um evento muito complexo, ativo e não pode ser visto como algo imóvel (COX, 1994). Quando prolongado, propicia o surgimento de patologias como hipertensão, diabetes, úlceras, distúrbios de sono, transtornos depressivos e síndrome de burnout (FRANÇA; FERRARI, 2012).

A definição de estresse levanta um questionamento em relação a causa, se estaria relacionada ao ambiente, uma característica da pessoa ou o convívio entre pessoas e o ambiente. Esses aspectos ainda não foram esclarecidos. Contudo, sabe-se que não é a situação, nem a resposta que define o estresse, mas a incompreensão da pessoa sobre a situação (MONAT; LAZARUS, 1977).

Quando o estresse ocorre no ambiente de trabalhos, passa a se chamar de estresse ocupacional, que é um conjunto de eventos que se apresentam no organismo do trabalhador que se torna incapacitado de enfrentar as demandas requeridas pela sua ocupação o que pode afetar sua saúde e bem estar geral (SCHIMIDT, 2013). Vale ressaltar que o trabalho do enfermeiro exige muita atenção, responsabilidade e discernimento, o que pode atuar diretamente na sua saúde física e mental levando-o a essa situação (ROCHA; MARTINHO, 2010).

Os estressores ocupacionais possuem grande relevância nesse contexto, já que trata de tensões e problemas relacionados com o exercício de uma atividade profissional. Logo, o trabalho do Enfermeiro está diretamente relacionado com esse fenômeno. Um estudo realizado com 1.800 enfermeiros apresenta que 93% se sentem estressados no ambiente de trabalho (COLE, 1992).

Os fatores que podem levar o estresse ocupacional estão divididos em seis categorias: *fatores intrínsecos para o trabalho* (condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária, riscos, nova tecnologia e quantidade de trabalho), *papéis estressores* (papel ambíguo, conflituoso, responsabilidade com as coisas e as pessoas), *relações no trabalho* (relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados e clientes), *estressores na carreira* (falta de desenvolvimento na carreira e insegurança no trabalho), *estrutura organizacional* (falta de participação e falha na comunicação) e área de interação entre o trabalho e casa (dificuldade de desempenhar os papéis casa/trabalho) (COOPER, 1993).

No Brasil, grande parte dos profissionais da Enfermagem estão trabalhando nos hospitais, também temos profissionais atuando na saúde coletiva, que deveriam atuar nos programas de assistência preventiva, contudo acabam sendo assistencialista, alguns estão em cargos administrativos, exercendo atividades relacionadas a gerência dos serviços de enfermagem, ainda podem exercer atividade na docência, seja a nível técnico ou universitário. Essa gama de atividades pode gerar problemas para a categoria levando ao estresse (COOPER; MITCHEL, 1990).

Trabalhar esse tema se torna relevante devido ao surgimento de doenças que se relacionam com o estresse ocupacional, promove o surgimento de doenças físicas e emocionais comprometendo assim tanto a pessoa, o trabalho e as organizações.

Logo, esse trabalho ajudará a compreender e solucionar problemas existentes no cotidiano dos profissionais da enfermagem como: descontentamento profissional, baixa qualidade do atendimento, falta de união, absenteísmo, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Portanto, objetivou-se identificar na literatura os principais fatores desencadeantes de estresse ocupacional sofrido pela equipe de enfermagem.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, método que é caracterizado por uma abordagem do cuidado clínico e no ensino fundamentado em evidência. Esse tipo de estudo é composto pela definição do problema clínico, a identificação das informações, a busca de estudos na literatura e sua análise crítica. É a mais ampla abordagem metodológica usando dados da literatura e definição de conceitos. Seu principal objetivo é elucidar ou esclarecer uma problemática que se tenha uma meta a ser atingida (SOUZA, 2010).

A Revisão integrativa se desenvolve em seis fases: Primeira: Identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; Segunda: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; Terceira: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; Quarta: Categorização dos estudos selecionados; Quinta: Análise e interpretação dos dados; Sexta: Apresentação das sínteses dos dados (MENDES *et al.*, 2008).

A pergunta norteadora desse estudo foi: *Quais os principais fatores desencadeantes de estresse ocupacional sofrido pela equipe de enfermagem?*

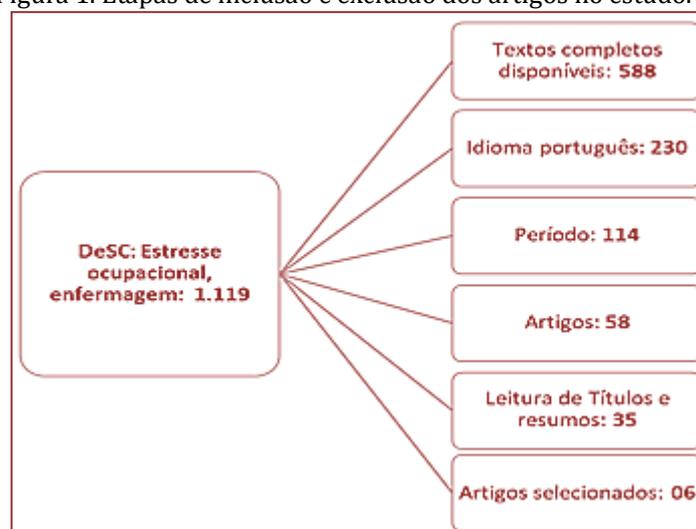
Os critérios de inclusão utilizados no presente estudo foram: artigos em português, que abordassem o tema, que estivessem publicados eletronicamente na íntegra nas bases de dados selecionadas, dos últimos 05 anos (2014 a 2018). Já os critérios de exclusão foram: textos em formato de teses, dissertações, monografias, estudos de caso, artigos em outras línguas, artigos incompletos, que não estejam no portal eletrônico e que não abordem o tema proposto.

A realização do levantamento bibliográfico ocorreu durante os meses outubro e novembro de 2018. As buscas pelas publicações foi realizada na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), através das bases de dados BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) Foram utilizados os descritores disponíveis do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde): Estresse ocupacional, saúde do trabalhador e enfermagem.

Durante a realização dessa busca também foi confeccionado um instrumento para coleta de dados que visava auxiliar na organização dos dados, para que não houvesse nenhum tipo de confusão durante as análises. Essa tabela apresentava os principais dados relevantes como procedência, título do artigo e resumo do trabalho.

Deste modo, na pesquisa foram encontrados 588 textos completos disponíveis nas bases de dados, sendo que durante a utilização dos critérios de inclusão e exclusão obtivemos dez artigos que abordavam a temática. Sendo assim, foi confeccionado um organograma para uma melhor detecção dos passos utilizados durante a busca dos artigos, conforme figura 1.

Figura 1. Etapas de inclusão e exclusão dos artigos no estudo.



Fonte: elaborada pelos autores.

Portanto, após percorrido todo esse processo metodológico e visando responder o objetivo desse estudo de forma clara e respeitando os critérios de inclusão exclusão, conseguimos desenvolver o estudo com 06 artigos científicos, que foram lidos exaustivamente e criteriosamente. Sendo assim, os resultados foram expressos de forma descritiva e através de uma tabela, a qual será apresentada nos resultados, primando um melhor entendimento da pesquisa.

3. RESULTADOS

Para o entendimento dos artigos referentes à pesquisa foi criada a tabela 1 com as principais percepções dos familiares acerca da internação de um parente na UTI.

Tabela 1- Análise dos artigos acerca das principais situações desencadeantes de estresse ocupacional da esquipe de enfermagem segundo autores, o título, ano, objetivos, metodologia e resultados.

Autores	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Lima Ramos <i>et al.</i>	Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva	2014	Caracterizar as situações que favorecem ou interferem na Qualidade de Vida no Trabalho de enfermagem em terapia intensiva.	Pesquisa qualitativa, descritiva	Os resultados demonstraram que, dentro da instituição, existem cargas de trabalho que provocam o desgaste físico e mental. Conclui-se que esta situação acaba gerando conflitos de sentimentos e repercussões na saúde do trabalhador sob forma de estresse e dores no corpo.

(Continuação)

Tabela 1- Análise dos artigos acerca das principais situações desencadeantes de estresse ocupacional da equipe de enfermagem segundo autores, o título, ano, objetivos, metodologia e resultados.

Autores	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Antoniolli <i>et al.</i>	Coping e estresse na equipe de enfermagem de um centro de tratamento de Queimados	2017	Descrever o estresse e estratégias de <i>coping</i> da equipe de enfermagem atuante em um Centro de Referência em Assistência a Queimados.	Estudo de abordagem quantitativa transversal	Os resultados mostram que a equipe de enfermagem atuante no CRAQ sofre um alto estresse ocupacional relacionado ao contato direto com pacientes graves, exposição a situações difíceis e excessiva carga de trabalho
da Silva Ferreira <i>et al.</i>	Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família.	2017	Identificar, na visão do trabalhador de enfermagem, os fatores desencadeantes de estresse em unidades de saúde da família e discutir as estratégias adotadas para minimizar o estresse.	Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa.	Dentre os fatores desencadeantes de estresse no trabalho, destacam-se: sobrecarga de atividades; condições de trabalho precárias; prazos curtos para realizar as atividades; relação conflituosa.
dos Santos <i>et al.</i>	Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia.	2017	O objetivo deste estudo foi identificar o indicativo de estresse ocupacional em profissionais de enfermagem que atuam na assistência a pacientes com câncer em cuidados paliativos.	Trata-se de um estudo descritivo, transversal	Os dados sugerem que, apesar de estarem expostos a estressores como dor, sofrimento e morte, os profissionais estudados utilizam estratégias de enfrentamento eficazes na diminuição da percepção subjetiva do estresse.
Fabri <i>et al.</i>	Estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria: manifestações físicas e psicológicas.	2018	Verificar a presença de estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria e analisar as manifestações físicas e psicológicas de estresse.	Estudo quantitativo, descritivo e transversal	A amostra apresentou alto nível de estresse cujo adocimento já se faz presente, considerando-se as manifestações na fase de exaustão.

(Continuação)

Tabela 1- Análise dos artigos acerca das principais situações desencadeantes de estresse ocupacional da equipe de enfermagem segundo autores, o título, ano, objetivos, metodologia e resultados.

Autores	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Freitas <i>et al.</i>	Hardiness e estresse ocupacional em enfermeiros gestores de instituições hospitalares.	2017	Determinar a presença de Hardiness em enfermeiros gestores de instituições hospitalares.	Estudo quantitativo, transversal,	Identificou-se que 56% dos enfermeiros gestores referiram estresse em suas atividades e que 40% dos participantes foram considerados com personalidade resistente ao estresse (Hardiness)

Fonte: elaborada pelos autores.

Conforme a tabela 1, os principais agentes estressores que acometem os profissionais da equipe de enfermagem são a elevada carga de trabalho, o contato direto com pacientes graves, exposição a situações difíceis, condições de trabalho precárias, relações interpessoais conflituosas, prazos curtos para realizar o trabalho, contato com a morte, o sofrimento e a dor.

Já a tabela 2 abaixo, mostra os artigos que estão divididos no decorrer dos anos, verificando-se que a maioria, quatro (66%) foram publicados no ano de 2017 e que nos anos de 2014 e 2018 foram publicados apenas um (16%).

Tabela 2: Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação. Fortaleza-CE, 2019.

Ano de publicação	N	%
2014	1	66%
2017	4	16%
2018	1	16%
Total	6	100%

Fonte: elaborada pelos autores.

Os artigos também foram verificados de acordo com a abordagem metodológica, conforme apresenta a Tabela 3, que mostra que tivemos três (50%) artigos com metodologia quantitativa transversal, dois (34%) com abordagem qualitativa descritiva e um (16%) sendo descritivo transversal.

Tabela 3: Distribuição dos artigos de acordo com a abordagem. Fortaleza-CE, 2019.

Tipo de abordagem	N	%
Quantitativa transversal	3	50%
Qualitativa descritiva	4	34%
Descritiva transversal	1	16%

Fonte: elaborada pelos autores.

Ressalta-se que os artigos utilizados neste estudo foram publicados em revistas de enfermagem (50%) e em revistas de outras áreas da saúde (50%), sendo que dois (33,3%) foram publicados na Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental, mostrando que em outras áreas há uma preocupação com o tema abordado, conforme tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos artigos de acordo com o periódico de publicação. Fortaleza-CE, 2019.

Periódico	N	%
Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental	2	33,3%
Revista de Enfermagem	1	16,6%
Revista Baiana de Enfermagem	1	16,6%
Revista Cogitare de Enfermagem	1	16,6%
Revista Brasileira de queimaduras	1	16,6%

Fonte: elaborada pelos autores.

4. DISCUSSÃO

O estudo mostra que os profissionais da área da enfermagem enfrentam vários tipos de situações que os expõem ao estresse ocupacional. Esse tipo de situação leva o profissional a desenvolver alguns tipos de patologias, devido à grande pressão sofrida. Em alguns casos, o indivíduo apresenta doenças como: depressão, ansiedade, síndrome do pânico, insônia, cardiopatias, diabetes, pressão alta entre outras. Ramos et al. (2014) afirmam que o estresse ocupacional interfere negativamente na qualidade de vida e no trabalho das pessoas. No ambiente hospitalar, esse fato se torna pior, pois as pessoas passam mais de oito horas nesse local de trabalho.

De acordo com Fabri et al. (2018), a compreensão sobre estresse ocupacional está relacionada com os desafios que são enfrentados pelos profissionais e pelos gestores diante da pressão de trabalho sofrida no trabalho.

Segundo Freitas et al. (2017), o conceito de estresse ocupacional está relacionado as pressões e exigências que o trabalhador sofre frente as situações que testam sua capacidade de enfrentá-las. Esses aspectos negativos podem levar ao surgimento de problemas físicos, psicossociais, psicossomáticos, podendo gerar acidentes de trabalho e diminuição da produtividade.

Fabri et al. (2018), também confirmam que quando o profissional fica exposto ao estresse ocupacional ele pode apresentar um quadro de depressão, ansiedade, vontade de fugir de tudo, diminuição da memória, irritação, gastrite, úlceras gástricas e diminuição do sistema imunológico.

Em relação aos fatores que desencadeiam ao estresse ocupacional, existem a pressão sofrida pelo profissional, más condições de trabalho, indefinição de papeis dentro da equipe de saúde, insegurança, carga horário excessiva, novas tecnologias, relações conflituosas no trabalho, falta desenvolvimento da carreira, alta responsabilidade, insalubridade dos ambientes de trabalho, falta de recursos entre outros.

No sentido da alta responsabilidade que a equipe de enfermagem assume frente a assistência que presta ao indivíduo doente, ao grande número de funções, que em alguns casos passam a assumir a função de outros profissionais são esses fatores que causam um desgaste físico e emocional na equipe de enfermagem levando ao estresse no ambiente de trabalho. Como afirmam Ramos et al. (2014), a equipe de enfermagem enfrenta muitas dificuldades devido ao grande número de funções que desenvolve, fazendo com que fiquem mecanizados pelas técnicas assistenciais levando ao estresse.

Antoniolli et al. (2017), também se posicionam em relação aos fatores afirmando que a equipe sofre um alto estresse emocional relacionado ao contato com pacientes graves, a exposição a situações de sofrimento prolongadas e a excessiva carga de trabalho. Ademais, esses profissionais estão susceptíveis a relações conflituosas entre profissionais, pacientes e acompanhantes.

Os baixos salários oferecidos pelas instituições, segundo Ramos et al. (2014), levam os profissionais da enfermagem a buscarem outros empregos para aumentar a renda familiar. Nesse sentido, alguns profissionais acabam tendo uma carga horário dupla ou tripla, seja ocupando mais de um emprego ou assumindo escalas extras nas instituições. Esse fato se torna ainda mais grave quando os profissionais assumem escalas no turno da noite, sendo desumano uma pessoa ficar atento por mais de 12 horas. Outro estudo mostrou por meio de câmeras nas instituições que alguns profissionais que estavam passando por essa situação, buscavam repousar no horário do plantão, prejudicando o andamento da rotina de trabalho. Todos esses fatos favorecem ao estresse dessas pessoas.

Farias e Zeitoune (2007) afirmam que a relação de poder e submissão a qual os profissionais de enfermagem são submetidos estão comprometendo a saúde desses profissionais. Desse modo, quando o enfermeiro organiza as atividades que serão desenvolvidas durante o turno, os técnicos as desenvolvem, sendo que nesse momento, podem ocorrer situações conflituosas, mostrando que o papel do enfermeiro ainda não está bem claro para a equipe, esse tipo de situação prejudica o andamento do cuidado a ser oferecido.

Nessa perspectiva, Antonioli et al. (2017) afirmam que o Enfermeiro tem suas relações interpessoais conflituosas frente a falta de confiança e competitividade que ocorre durante a realização de suas atividades profissionais que acaba culminando com situações estressantes.

Estudo realizado por Ferreira et al. (2017) relatam em seu artigo feito com profissionais do programa de ESF, que esses estão propensos ao estresse devido ao grau de cobrança para alcançar metas, o que aumenta do tempo de trabalho, onde esse profissional leva trabalho para casa, deixando seu momento de lazer e familiar para outro momento.

De acordo com Santos et al. (2017), quando o enfermeiro trabalha com pacientes com doenças crônicas degenerativas (câncer), ficam mais sujeitos ao estresse ocupacional por estarem bem próximos ao sofrimento, a dor, limitações físicas, curativos extensos que causam muita dor, odores desagradáveis e familiares que estão em momento de perda.

Estudo realizado por Antonioli et al. (2017) mostra que quando maior a responsabilidade, maior o grau de estresse, logo os enfermeiros, por apresentarem uma maior responsabilidade e poder de liderança, estão mais propícios a apresentar estresse ocupacional que os técnicos de enfermagem. Outros fatos importantes ocorrem com enfermeiros que ocupam cargos gerenciais, eles acabam desenvolvendo distúrbios emocionais e físicos.

É importante ressaltar que o estresse ocupacional que atinge os profissionais da área da enfermagem independente do ambiente ou setor que trabalham, sejam na área hospitalar, médica, ambulatorial, áreas externas como no Programa de Estratégia de Saúde da Família, seja na docência ou em cargos de gerências.

Segundo Ramos et al. (2014), profissionais que trabalham em setores fechados como nas Unidades Intensiva estão predispostos a sofrerem estresse ocupacional relacionado ao grande aparato de equipamentos (tecnologia), onde toda equipe deve ser treinada para manipular, contudo esses treinamentos não são bem prestados, gerando angústia e insegurança. Além disso, nesse ambiente o cuidado é prestado a pacientes muito graves e o profissional acaba tendo que lidar com a dor e a morte bem próximos, fora o ruído que os equipamentos produzem, aumentando assim o estresse que esses profissionais estão predispostos.

Contudo, estudo realizado por Antonioli et al. (2017) mostra que profissionais que trabalham em UTI apresentam menos fatores estressantes, já que evidenciam uma melhor qualidade na prestação do cuidado, pois possuem uma melhor infraestrutura, equipe completa com a presença de médicos, contato reduzido com familiares e não faltam equipamentos.

Estudo executado por Da Silva Ferreira et al. (2017) mostra que profissionais da enfermagem que trabalham no Programa de Saúde da Família (PSF) poderão adquirir estresse ocupacional por estarem expostos a realidade da comunidade, falta de recursos e principalmente a falha na rede de atenção, no qual o profissional tenta dar continuidade ao cuidado e não tem êxito.

Já em unidades de atendimentos abertas como o programa ESF em conformidade com Antonioli et al. (2017), um dos principais agentes estressores é o contato com a população, seja a família ou acompanhantes. A presença deles no ambiente de tratamento fazem com que o profissional se sinta observado, acuado e julgado. Isso acaba interferindo no atendimento, já que algumas dessas pessoas ficam a maior parte do tempo fazendo muitas solicitações à equipe.

Estudo realizado por Dos Santos et al. (2017), evidencia que profissionais de enfermagem que exercem atividade com pacientes oncológicos, sofrem muita pressão por se tratar de situações que geram conflitos frente a perdas frequentes por morte e o convívio direto com os pacientes, familiares e o luto dessas famílias. Além disso, temos profissionais que cuidam de pacientes em cuidados paliativos, que recebem prognósticos ruins, onde o mesmo deve amparar paciente com muita dor, sangramentos, falta de ar, náuseas, vômitos, fadiga e mutilações. Esses fatos mostram a realidade desses profissionais que ficam altamente suscetíveis ao estresse ocupacional.

Artigo publicado por Fabri et al. (2018) mostra que enfermeiros que exercem atividades gerenciais estão mais predispostos a sofrerem com estresse porque trabalham com uma população mais exigente, onde terão que mostrar maior conhecimento para gerenciar pessoas, conflitos por diversas classes, também serão cobrados pelas instituições.

O estresse ocupacional segundo Ramos et al. (2014), tem como consequências a violência do local de trabalho, absenteísmo, desempenho ruim, alta rotatividade, o que coloca em risco a instituição e principalmente a qualidade da assistência que será prestada. Além disso, quando esse estresse ante elevado grau induz o profissional a um quadro de esgotamento emocional, onde a pessoa passa a ter sentimentos ruins como: pessimismo, mudanças de comportamento, prejuízo das relações de trabalho e esse profissional ignora novas informações.

Para melhorar esse quadro de estresse ocupacional da equipe de enfermagem é necessário que haja um projeto que melhore a qualidade de vida dos profissionais no ambiente de trabalho, o que geraria uma melhor motivação, comprometimento e produtividade para o trabalho, melhorando assim o cuidado prestado com os pacientes.

5. CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o estresse ocupacional que aflige a equipe de enfermagem está relacionado a falta de identidade do profissional, convívio com o sofrimento humano, grande demanda de trabalho, baixa remuneração, más condições de trabalho, insegurança, carga horária excessiva, novas tecnologias, relações conflituosas no trabalho, falta desenvolvimento da carreira, alta responsabilidade, insalubridade dos ambientes de trabalho e falta de recursos.

Nesse sentido, o estresse ocupacional pode levar o profissional a desenvolver algumas patologias como ansiedade, depressão, insônia, gastrite, úlcera, entre outros. Esses aspectos negativos podem levar ao surgimento de problemas físicos, psicossociais, psicossomáticos, podendo gerar acidentes de trabalho e diminuição da produtividade.

Tais resultados sugerem a necessidade de condutas, que tenham a intenção de melhorar o ambiente de trabalho desses profissionais, que busca prestar assistência de qualidade e com humanização. O que geraria uma melhor motivação, comprometimento e produtividade para o trabalho, melhorando assim o cuidado prestado com os pacientes.

Portanto, sugere-se que os gestores promovam momentos de interação entre esses profissionais, através de atividades relaxantes, massagens, treinamentos, para lhe darem com o estresse, além de proporcionar atendimento às pessoas que estão passando pelo problema.

REFERÊNCIAS

- [1] ANTONIOLLI, L. *et al.* Coping e estresse na equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. *Rev Bras Queimaduras*, v. 16, n. 3, p. 174-80, 2017.
- [2] COLE, A. Stress. *High anxiety. Nursing times*, v. 88, n. 12, p. 26-30, 1992.
- [3] COOPER, C. L. Identifying workplace stress: Costs, benefits, and the way forward. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, v. 4, n. 4, p. 38-40, 1993.
- [4] COOPER, C. L.; MITCHELL, S. Nursing the critically ill and dying. *Human Relations*, v. 43, n. 4, p. 297-311, 1990.
- [5] COX T. *Stress*. London: Macmillan; 1991.
- [6] DA SILVA FERREIRA, J. *et al.* Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família *Stress and coping strategies in workers of nursing of a family health unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 9, n. 3, p. 818-823, 2017.
- [7] DE SOUZA, M. T.; DA SILVA, M. D.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.
- [8] DOS SANTOS, R. *et al.* Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 4, 2017.
- [9] FABRI, J. M. G. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria: manifestações físicas e psicológicas. *Rev. baiana enferm*, v. 32, 2018.

- [10] FARIAS SNP, ZEITOUNE RCG. A Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem. Esc Anna Nery. v.11, n. 3, p.487-93, 2007.
- [11] FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 5, 2012.
- [12] FREITAS, F. M. B. D. *et al.* Hardiness e estresse ocupacional em enfermeiros gestores de instituições hospitalares. Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. supl. 10, p. 4199-4205, 2017.
- [13] LIMA RAMOS, É. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2, 2014.
- [14] MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferma, v.17, n. 4, p. 758- 764, 2018.
- [15] MONAT, A.; LAZARUS, R. S. Stress and coping: An anthology. Columbia University Press, 1991.
- [16] RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 128-132, 2013.
- [17] ROCHA, M. C. P.; DE MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.
- [18] RODRIGUES COSTA SCHMIDT, D. Modelo Demanda-Control e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 5, 2013.
- [19] SANTOS, A. F. D. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. Psicologia em estudo, v. 15, n. 2, p. 245-253, 2010.
- [20] STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.
- [21] [21] TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista de psiquiatria Clínica, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

Capítulo 2

Fatores associados à depressão em adolescentes: Uma revisão integrativa

Brenda Andrade de Freitas

Camilla Kenny Nobre Girão Mendes

Djamila Mara Magalhães Freitas

Cibelle Regina Barbosa da Silva

Maria Liliane Miranda da Costa

Ana Beatriz da Silva Ribeiro

Victor Hugo Santos de Castro

Lívia Lopes Custódio

Resumo: A adolescência é uma das fases da evolução humana marcada por um período de grandes mudanças e autoconhecimento nos seres humanos sejam em características corporais ou mentais. Referindo-se a mudanças, um dos problemas de saúde pública é a depressão; este corresponde uma gradativa adversidade à saúde e estima-se que até o ano em curso, seja a segunda causa de ineficiência para a saúde. Dessa forma, o presente trabalho tem o objetivo em discutir questões voltadas aos fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes. O processo metodológico utilizado trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa que inicialmente realizou pesquisas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão à pesquisa foram considerados os artigos que fossem em língua portuguesa publicados nos últimos 5 anos (2014 a 2019) e que apresentam estudos acerca de fatores que possam estar relacionados a depressão em adolescentes. Ao fim da análise, a amostra ficou delimitada em 8 artigos sobre o tema, que obedeciam aos critérios estabelecidos. Por conseguinte, o estudo mostra que os adolescentes são expostos a várias situações que podem levá-los à depressão, como consta nos resultados encontrados, porém alguns foram mais relevantes e chamaram mais a atenção das pesquisadoras. Os fatores mais consideráveis foram os seguintes: contexto familiar, vulnerabilidade social e características individuais. Portanto, o trabalho realizado mostra a importância de se investigar, de maneira constante, o tema em questão buscando considerar a singularidade que o processo depressivo apresenta, destacando aspectos como idade e gênero como pontos importantes para a compreensão desse adoecimento.

Palavras-Chave: Saúde do Adolescentes. Depressão. Vulnerabilidade Social.

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano na qual ocorrem diversas mudanças, seja em características corporais (físicas e biológicas) quanto mentais (psíquicas e emocionais). Além disso, é um momento onde o sujeito procura seu lugar no mundo, necessitando dos sentimentos de inclusão, aceitação e identificação com determinado grupo social. Por isso, esse estágio da vida pode significar um momento de descobertas e aventuras, mas, também pode inferir insegurança, dúvidas e questionamentos.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization - WHO, 2018), a adolescência é marcada por um período singular de grandes mudanças e de autoconhecimento, onde a maior parte dos adolescentes apresentam uma boa saúde mental, no entanto pode haver uma desordem emocional, frisada por fragilidades e inseguranças, tornando-os assim, jovens propensos e suscetíveis aos problemas em saúde mental (ROSA et al., 2019). Assim, tendo em vista todas essas considerações e a forma como atualmente a adolescência tem sido vivenciada, torna-se evidente e mais comum casos de depressão nessa faixa etária.

A depressão corresponde a um importante e gradativo problema para a saúde pública. É considerada umas das principais causas que incapacitam o indivíduo fisicamente e psiquicamente em escala mundial e estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de ineficiência para a saúde (OMS/WHO, 2010). Logo, os adolescentes, devido as características dessa fase acabam sendo mais suscetíveis ao desenvolvimento da depressão, que é uma das principais causas de doença e incapacidade entre adolescentes, ocupando a 9ª colocação (OMS/OPAS, 2018).

Portanto, a depressão é considerada uma psicopatologia que causa várias modificações e está cada vez mais sendo mencionada na contemporaneidade. Ela é considerada uma alteração de humor que controla os comportamentos do indivíduo, alterando a forma como os mesmos se percebem e a maneira que passam a olhar seus problemas e incertezas, caracterizando-os como uma grande tragédia (ESTEVES; GALVAN, 2006).

Desta forma, a depressão em adolescentes torna-se motivo de preocupação, já que os sintomas depressivos na adolescência se apresentam de forma duradoura, afetando as múltiplas funções e causando significativos danos psicossociais.

Diante desta realidade, surgiu o interesse de pesquisar acerca de quais são os principais fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes, tendo em vista que a adolescência é uma fase em que os comportamentos de risco estão fortemente ligados a depressão. Desta forma, o desafio se configura em compreender o que torna a adolescência uma fase propensa ao transtorno depressivo, buscando identificar os fatores que podem aumentar a vulnerabilidade à depressão nessa fase da vida.

O presente estudo tem o objetivo geral de investigar na literatura artigos direcionados à temática sobre fatores relacionados ao desenvolvimento de depressão em adolescentes, e, como objetivos específicos compreender a relação entre adolescência e depressão e identificar possíveis causas da depressão em adolescentes.

Utilizando como metodologia a revisão bibliográfica integrativa, este trabalho apresenta uma amostra de artigos sobre o tema e analisa detalhadamente, para assim discutir questões sobre a fase da adolescência e depressão, em seguida será destacado acerca dos fatores encontrados que estão ligados ao desenvolvimento da depressão nesta faixa etária, bem como também será enfatizada a importância do aprofundamento do estudo da depressão na adolescência.

2. METODOLOGIA

O presente artigo utilizou a Revisão Bibliográfica Integrativa como metodologia de pesquisa. A revisão integrativa consiste no levantamento bibliográfico e sua posterior análise. De acordo com Souza et al. (2010), a revisão integrativa possui seis fases que delimitam o seu processo, são elas: 1ª Elaboração da pergunta norteadora; 2ª Busca ou amostragem na literatura; 3ª Coleta de dados; 4ª Análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Discursão dos resultados e 6ª Apresentação da revisão integrativa.

Tabela 1 – Análise dos artigos que apontam fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes

Autores	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Rentz-Fernandes <i>et al.</i>	Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais	2017	Investigar a autoestima, a imagem corporal e a depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais	Abordagem Quantitativa	Adolescentes com sobrepeso e obesos apresentaram maior insatisfação corporal. Depressão e autoestima estão associadas à imagem corporal, e não ao IMC. As diferenças identificadas entre os sexos (as meninas apresentaram maiores níveis de depressão e insatisfação corporal e menores de autoestima do que os meninos) devem ser melhor investigadas.
Patias <i>et al.</i>	Bem-Estar Subjetivo, Violência e Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse Em Adolescentes	2017	Verificar as relações entre exposição à violência direta (ser vítima) e indireta (testemunhar ou ouvir falar sobre), bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes escolares de 12 a 18 anos.	Abordagem Quantitativa	Os resultados das análises realizadas revelaram que tanto a exposição a Violência Direta quanto Violência Indireta e maiores níveis de afetos negativos foram positivamente associados com sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Além disso, ser do sexo feminino e ter menores níveis de satisfação de vida, também se mostraram relacionados aos sintomas internalizantes.
Melo <i>et al.</i>	Depressão em adolescentes: Revisão de Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica	2017	Propósito de identificar e discutir as pesquisas que estão sendo produzidas no tocante a esse objeto de estudo.	Revisão de Literatura Sistemática	Os estudos evidenciaram cinco categorias temáticas: sintomas depressivos; fatores associados à variabilidade sintomatológica; eventos estressores e fatores de risco; comorbidades associadas à depressão em adolescentes e depressão e suicídio em adolescentes. Os eixos abordados demonstram que ainda existe muito a discorrer sobre essa forma de adoecimento, em virtude dos múltiplos contornos que a constituem
Campos <i>et al.</i>	Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção	2014	Investigar quais dessas variáveis podem ser fatores de risco ou proteção da depressão na adolescência, bem como avaliar o poder preditivo de um modelo que inclui essas variáveis.	Abordagem Quantitativa	Habilidades mais frequentes de empatia e autocontrole bem como idade de 12 anos revelaram-se fatores de proteção; dificuldade nas habilidades de civilidade e sexo feminino mostraram-se fatores de risco. O modelo avaliado apresentou baixo poder preditivo.
Méa <i>et al.</i>	Padrão de uso de internet por adolescentes e sua relação com sintomas depressivos e de ansiedade	2016	Investigar o padrão de uso de internet e sua relação com sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes.	Abordagem Quantitativa	Foi possível identificar que a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade ficou dentro da faixa não-clínica; contudo, 61,33 % dos adolescentes apresentaram risco de dependência. A análise de variância das faixas do IAT identificou diferenças de sintomas depressivos e de ansiedade; contudo, não foram identificadas correlações positivas estatisticamente significativas entre os escores do IAT e os sintomas depressivos e de ansiedade.

Continuação,,,

Tabela 1 – Análise dos artigos que apontam fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes

Autores	Título	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Antunes <i>et al.</i>	Regulação Emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes.	2018	Analisar longitudinalmente os efeitos preditores das estratégias de regulação emocional e da qualidade do relacionamento com os pais na sintomatologia depressiva	Abordagem Quantitativa com Delineamento Longitudinal	Após o controle dos efeitos do gênero, as estratégias de regulação emocional e a qualidade do relacionamento com os pais (T1) explicaram 36% e 21,9% da variância da sintomatologia depressiva (T2), respetivamente. A autocrítica, a catastrofização e a ruminação foram preditoras positivas e significativas, e a reavaliação positiva e o replaneamento foram preditoras negativas significativas. Uma maior percepção de conflito nos relacionamentos com os pais e uma menor percepção de suporte no relacionamento com a mãe previu níveis mais elevados de sintomatologia depressiva
Costa <i>et al.</i>	O efeito moderador da satisfação com a vida na associação entre a qualidade da relação pais/filhos(as) e depressão na adolescência.	2018	Estudar como preditores da depressão na adolescência a qualidade da relação pais/filhos(as) e a satisfação com a vida e explorar o efeito moderador da satisfação com a vida, na associação entre a qualidade da relação entre pais/filhos(as) avaliadas num primeiro momento e a depressão na adolescência avaliada no segundo momento (seis meses depois).	Abordagem Quantitativa com Delineamento Longitudinal	Os adolescentes que avaliaram a sua satisfação com a vida como boa, revelaram menos sintomatologia depressiva do que aqueles que avaliaram como razoável ou baixa, mesmo existindo percepção de conflito mais elevada no relacionamento com a mãe
Barbosa <i>et al.</i>	Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social	2016	Identificar os principais indicadores de depressão de amostra de adolescentes em vulnerabilidade social e associar com variáveis sociodemográficas e comportamentais.	Abordagem Quantitativa Descritiva com Delineamento Transversal	Foram observadas altas prevalências de sintomatologia depressiva nos adolescentes em situação de vulnerabilidade social, com destaque para os meninos, que possuíram 2,24 vezes maior probabilidade de apresentar pontuação elevada no CDI em comparação às meninas.

Fonte: elaborada pelos autores.

De início, foi realizada a pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando como descritores “Depressão e saúde do adolescente”, “Depressão na adolescência” e “Saúde do Adolescente e vulnerabilidade social”.

Como critérios de inclusão à pesquisa foram considerados que os artigos fossem em língua portuguesa publicados nos últimos 5 anos (2014 a 2019) e que expressem estudos acerca de fatores que possam estar relacionados à depressão em adolescentes.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento que possibilitou a reunião de informações relacionadas, como título do artigo, autores, método utilizado e quais fatores relacionados à depressão são citados na pesquisa.

Os dados coletados foram analisados pelas pesquisadoras com o intuito de investigar semelhanças e congruências entre os achados de forma a evidenciar os principais fatores relacionados à depressão citados nos artigos encontrados.

3. RESULTADOS

Inicialmente, foram encontrados 14 artigos que indicavam fatores relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes, ao analisar minuciosamente os dados coletados, foram sendo descartados aqueles que não se encaixavam aos critérios de inclusão já citados neste estudo. Ao fim da análise, a amostra ficou delimitada em 8 artigos sobre o tema que obedeciam aos critérios estabelecidos, conforme demonstrado na tabela 1.

Ao analisar a tabela, é possível observar que os artigos estudados apresentam vários fatores que possam estar relacionados ao desenvolvimento de depressão em adolescentes, não se abstendo apenas a uma vertente de pesquisa.

Já a tabela 2, apresenta o número de publicações no decorrer dos 5 anos verificados na amostra deste estudo, identificando que o ano que teve mais publicações sobre o tema foi o ano de 2017 com 37,5%, com o total de 3 publicações. Em segundo, encontram-se os anos de 2016 e 2018 com 2 publicações (25%) cada, sendo 2014 o ano com menos publicações, apenas uma (12,5%).

Tabela 2 – Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.

Ano	Número	%
2014	1	12,5%
2016	2	25%
2017	3	37,5%
2018	2	25%
TOTAL	8	100%

Fonte: elaborada pelos autores.

Ao analisarmos os artigos estudados por tipo de abordagem, como demonstra a tabela 3, é possível verificar que boa parte dos achados utilizaram como abordagem metodológica a Pesquisa Quantitativa, totalizando 4 publicações (50%), seguida de suas variações, Abordagem Quantitativa Longitudinal (25%) e Abordagem Quantitativa Descritiva Transversal (12,5%), sendo apenas um estudo (12,5%) uma Revisão de Literatura Sistemática. Uma informação interessante é que não foram encontrados estudos com Abordagem Qualitativa.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos de acordo com as abordagens.

Tipo de abordagem	Número	%
Abordagem Quantitativa	4	50%
Abordagem Quantitativa Longitudinal	2	25%
Abordagem Quantitativa Descritiva Transversal	1	12,5%
Revisão de Literatura Sistemática	1	12,5%
TOTAL	8	100%

Fonte: elaborada pelos autores.

Os estudos encontrados e reunidos nessa amostra apresentaram diversos fatores que possam estar relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes, ao verificar os resultados, os fatores foram reunidos em 5 categorias para facilitar a sua compreensão, as categorias são Contexto Familiar, Vulnerabilidade Social, Características Individuais, Exposição à Violência e Gênero conforme é demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 – Principais categorias de fatores apontados pelos autores nos artigos estudados que estão relacionados a depressão em adolescentes

Categoria	Fatores apontados	Número de artigos que citaram
Contexto familiar	(1) Contexto familiar (2) qualidade do relacionamento com os pais (3) o grau de conflito com os pais (4) a rejeição dos progenitores (5) A má qualidade do ambiente familiar (5) os altos níveis de conflito familiar (6) os baixos níveis de apoio familiar	3
Vulnerabilidade social	(1) vulnerabilidade social (2) suporte social (3) contexto social (4) status socioeconômico (5) etnia	3
Características individuais	(1) Insatisfação com a imagem corporal (2) baixa autoestima (3) habilidades sociais (4) regulação emocional (5) controle psicológico	5
Exposição a violência	(1) Violência direta (ter sido vítima de qualquer tipo de violência) (2) Violência indireta (ter presenciado - visto, escutado, pessoas sendo vítimas de violência).	1
Gênero	(1) ser do sexo feminino	2

Fonte: elaborada pelos autores.

A tabela 4 nos revela que a categoria que houve mais citações nos artigos estudados trata-se da categoria de Características Individuais com 5 artigos que se debruçaram sobre esse tema, em seguida encontram-se as categorias Contexto Familiar e Vulnerabilidade Social cada uma com 3 artigos que falaram sobre o assunto, a categoria Gênero teve 2 citações e a categoria Exposição à Violência teve um artigo dedicado a ela.

4. DISCUSSÃO

O estudo mostra que os adolescentes são expostos a várias situações que podem levá-los a depressão, como consta nos resultados encontrados acima, alguns fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento da depressão em adolescentes, porém alguns foram mais relevantes e chamaram muito a atenção das pesquisadoras. Os fatores mais consideráveis foram os seguintes: contexto familiar, vulnerabilidade social e características individuais.

4.1. CONTEXTO FAMILIAR

O contexto familiar é de suma importância na fase da adolescência e foi um fator bastante presente na pesquisa realizada. Segundo Cicchetti e Thoth (2009, apud COSTA, MATOS, COSTA, 2018), é na adolescência que ocorrem muitas mudanças que marcam a transição do mesmo entre a infância e a vida adulta, sendo esta etapa de suma importância para a construção da identidade do indivíduo. Logo, a qualidade da relação que os adultos estabelecem com o adolescente, a atenção que lhes é proporcionada, são decisivas para a construção e formação de sua identidade.

Rawatlal, Kliewer e Pillay (2015 apud ANTUNES, MATOS, COSTA, 2018) destacam ainda que a relação de vinculação é impulsionada pela forma como a família funciona, onde estão inseridos fatores importantes como disponibilidade de suporte, coesão, comunicação e níveis de conflito.

Nos estudos realizados por Costa et al. (2018), com adolescentes portugueses, a relação conflituosa com os progenitores, principalmente com a mãe, é uma das razões para a sintomatologia depressiva, sendo assim um fator de risco. Desta forma, os autores reforçam que o grau de conflitos com os pais e a rejeição dos progenitores estão ligadas à depressão, assim como a qualidade do ambiente familiar, os grandes níveis de conflitos e a falta de apoio familiar podem predizer o surgimento da depressão em adolescentes.

Os autores pontuam ainda que se o adolescente tiver um nível bom de satisfação com a vida, este acaba sendo um fator protetor em relação ao transtorno depressivo, mesmo que haja conflitos parentais. Ressaltando que, saúde mental, para que seja satisfatória, deve não somente possuir ausência de sintomas negativos, mas deve existir também aspectos positivos que possam contribuir para o seu desenvolvimento (COSTA, MATOS, COSTA, 2018).

Apesar disso, Antunes et al. (2018) afirmam a importância de se perceber que um relacionamento positivo entre pais e filhos tem sido associado a vários indicadores de desenvolvimento positivo que funcionam como fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência.

Costa et al. (2018) corroboram com essa afirmação, quando ao final de sua pesquisa obteve a comprovação da importância da qualidade da relação entre pais e filhos e como ela é relevante para a prevenção da depressão em adolescentes.

4.2. VULNERABILIDADE SOCIAL

Outro fator destacado pelos autores em relação ao surgimento do transtorno depressivo em adolescentes foi a vulnerabilidade social. De acordo com Campos et al. (2014), normalmente uma grande quantidade de variáveis sociais, psicológicas e biológicas são consideradas como fatores de risco, algumas delas são: histórico de depressão em um dos pais, famílias disfuncionais, baixa educação dos pais, eventos estressantes frequentes, pouco suporte social, problemas na escola e de saúde, baixo desempenho acadêmico, ser do sexo feminino e baixo repertório de enfrentamento e de habilidades sociais.

Barbosa et al. (2016) ressalta que a vulnerabilidade social para crianças e adolescentes está associada principalmente ao uso de drogas, a perda de direitos fundamentais, falta de acesso à educação, saúde e proteção social, envolve também situações de violência e trabalho infantil. Sendo assim, vulnerabilidade social é um conceito que possui diversas nuances que se comunicam aos fatores socioeconômicos e demográficos.

Em seus estudos, Barbosa et al. (2016) concluíram que a depressão foi significativamente identificada em um grupo de adolescentes em vulnerabilidade social, sendo, portanto, esse fator considerado relevante para o desenvolvimento de sintomas depressivos e, por conseguinte, fica evidente a necessidade de implantação de melhorias das condições sociais, já que estas podem contribuir para a diminuição das prevalências de depressão.

Por fim, vale considerar o que Pratta & Santos (2007); Steimberg & Lerner (2004), enfatizam, que a adolescência deve ser entendida como uma fase única do desenvolvimento, em que os riscos também estão presentes no seu contexto de inserção. Adolescentes dos mais variados níveis socioeconômicos tem entrado em contato de forma direta ou indireta com a violência que podem acontecer também dentro do contexto familiar ou fora dele (Maranhão, Coêlho, Lopes, Colaço, & Santos, 2014). Logo, Benetti, Schwartz, Macarena, & Patussi, (2014) afirmam que a exposição do adolescente à violência de forma direta ou indireta tem sido associada ao desenvolvimento de transtornos mentais entre eles a depressão (apud PATIAS et al., 2017).

4.3. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

As características individuais são outro fator de grande importância que foi destacado neste estudo, já que o mesmo também está ligado ao aparecimento da depressão em adolescentes. Entre essas características podem se destacar, aspectos positivos como a empatia, como fatores de proteção contra a sintomatologia depressiva, e aspectos negativos como insatisfação corporal e baixo repertório de habilidades sociais como preditores da depressão.

Como destacam Campos et al. (2014) habilidades como a empatia e o autocontrole pode caracterizar como fatores de proteção contra o desenvolvimento de sintomas depressivos, pois essas habilidades podem possibilitar condições como fortalecimento de relações afetivas como a amizade, estabelecendo maior rede de apoio, e, conseqüentemente recebe mais carinho e afeto, resiliência, aprendizagem de exposição e maior tolerância a sentimentos negativos.

Com relação ao baixo repertório de habilidade sociais, Segrin e Flora (2000 apud CAMPOS et al., 2014), destaca que um sujeito que possui baixo repertório de habilidades sociais pode apresentar maiores chances de desenvolvimento de transtornos depressivos, ao passo que o mesmo apresenta habilidades sociais bem desenvolvidas tem maior facilidade de enfrentamento frente a situações de extremo estresse. Deste modo, possuir boa sociabilidade é uma característica importante para o contexto brasileiro, assim, não ter ou possuí-la em baixo nível, pode favorecer a rejeição entre pares, causando a exclusão do adolescente de determinado grupo contribuindo para que surjam sentimentos de baixa autoestima.

Outra característica importante, diz respeito aos sentimentos de insatisfação corporal, ou seja, os jovens não se sentem bem ou satisfeitos com seus próprios corpos o que pode acarretar sintomas depressivos, Fernandes et al. (2017) fizeram uma pesquisa com adolescentes brasileiros, com foco nutricional (utilizam IMC), esse trabalho avalia a relação entre ansiedade e depressão com a obesidade.

O estudo conclui que adolescentes com obesidade possuem maior depressão, assim como os que se auto avaliam como obesos e também os que apresentam insatisfação corporal, o que nos mostra que ambos os fatores estão associados à depressão. É importante também destacar que adolescentes com sobrepeso e obesidade apresentam imagem corporal prejudicada levando assim a uma inclinação futura para a baixa autoestima, o que nos faz entender que o estado nutricional dos mesmos tem íntima ligação com a saúde psicológica dos mesmos. Vale ressaltar a pressão estética exercida pela sociedade para que todos se adequem a um padrão de beleza vigente, o que pode explicar essa relação com a depressão (FERNANDES, VIANA, ANDRADE et al., 2017).

Sendo assim, diante de todos os pontos aqui discutidos, pudemos perceber que segundo os autores aqui citados, os fatores destacados apresentam uma íntima ligação com o desenvolvimento da depressão em adolescentes, porém estes necessitam de um maior aprofundamento para que possamos desenvolver mais e melhor, novas formas de lidar com a questão do transtorno depressivo em adolescentes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, apesar de ser um tema bastante discutido e estudado, é um fenômeno que cresce a cada dia na sociedade contemporânea, principalmente na fase da adolescência, tornando-se importante foco de estudo em vários níveis. Deste modo, o objetivo desse trabalho foi contribuir através de pesquisas sobre o tema, buscando compreender quais são os principais fatores do desenvolvimento da depressão em adolescentes.

Apesar disso, os fatores que podem influenciar no desenvolvimento da depressão em adolescentes, os mais relevantes encontrados na pesquisa foram: contexto familiar, vulnerabilidade social, características individuais e exposição à violência. Neste sentido, é importante ressaltar que a família tem um papel fundamental, pois estudos comprovam que uma boa qualidade na relação com a família contribui para o não desenvolvimento dessa patologia. Assim como também estudos comprovaram que adolescentes que são submetidos à violência, seja ela dentro ou fora da família ou que não tem uma boa relação com o seu corpo e apresenta dificuldades de autoestima estão mais suscetíveis ao desenvolvimento da depressão.

Desta forma, o trabalho realizado nos mostra a importância de se investigar ainda mais e de maneira constante o tema em questão buscando considerar a singularidade que o processo depressivo apresenta, destacando aspectos como idade e gênero como pontos importantes para a compreensão desse adoecimento.

A depressão que antes era considerada um efeito secundário a outras doenças, hoje demonstra que por si só pode trazer danos graves à vida do adolescente. Desta maneira, a depressão na adolescência deve ser considerada um problema a ser estudado pelos mais diversos saberes buscando entender a necessidade de uma postura reflexiva crítica na qual o profissional pode analisar os múltiplos contornos que constituem a experiência vivida na depressão.

REFERÊNCIAS

- [1] ANTUNES, J.; MATOS, A. P.; COSTA, J. J. Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 6*, outubro, 2018.
- [2] BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; TEIXEIRA, C. S.; FILHO NETO, M. G.; FELDEN, E. P. G. Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Caderno de Saúde Coletiva*, 24 (2): 221-227. Rio de Janeiro, 2016.
- [3] BRASIL, Ministério da saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao> . Acesso em: 20/11/2019.
- [4] CAMPOS, J. R.; PRETTE, A. D.; PRETTE, Z. A. P. D. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudo de Pesquisa Psicológica*. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.408-428, 2014.
- [5] COSTA, B. S.; MATOS, A.P.; COSTA, J.J; O efeito moderado da satisfação com a vida na associação entre a qualidade da relação pais/filhos(as) e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 6*, outubro, 2018.
- [6] ESTEVES, F. C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, n.24, pp. 127-135, 2006.
- [7] FERNANDES, A. R. R.; VIANA, M. S.; LIZ, C. M.; ANDRADE, A. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista Salud Pública*. 19(1): 66-72, 2017.
- [8] MEÁ, C. P. D.; BIFFE, E. M.; FERREIRA, V. R. T. Padrão de uso de internet por adolescentes e sua relação com sintomas depressivos e de ansiedade. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 25, n.2, 243-264, 2016.
- [9] MELO, A. K.; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão* v. 37 n°1, 18-34, Jan/Mar. 2017.
- [10] OPAS BRASIL. Folha informativa - Depressão. Atualizado em 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095 . Acesso em 20/11/2019.
- [11] OPAS BRASIL. Folha Informativa – Saúde Mental dos Adolescentes. Atualizado em 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839 . Acessado em: 20/11/2019.
- [12] PATIAS, N.D.; HEINE, J.A.; DELL'AGLIO, D.D. Bem-Estar Subjetivo, Violência e Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 16(4), pp.468-477, 2017.
- [13] ROSA, A.; LOUREIRO, L.; SEQUEIRA, C. Literacia em saúde mental sobre depressão: Um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 40-46, 2019.
- [14] SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Journal einstein*, 8(1 Pt 1):102-6, São Paulo, 2010.
- [15] WORLD HEALTH ORGANIZATION EQUITY. Social determinants and public health programmes. World Health Organization, Geneva, 2010.

Capítulo 3

Saúde Mental e as condições de vida de pessoas em situação de rua

Gervana Sampaio Silva Teixeira

Cibelle Regina Barbosa da Silva

Maria Liliane Miranda da Costa

Caroline Dantas dos Santos

Ana Beatriz da Silva Ribeiro

Victor Hugo Santos de Castro

Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt

Marcia Alves Ferreira

Resumo: Este trabalho aborda o tema “Não Somos Descartáveis - As condições de vida das pessoas em situação de rua e sua saúde mental”. Uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que tem como objetivo apresentar as dificuldades que essas pessoas travam diante de uma sociedade que vivencia tempos de “incertezas” e suas condições de vida em relação à saúde mental. A pesquisa de campo foi desenvolvida em Fortaleza, Ceará, no período de dezembro de 2018 com pessoas que vivem em situação de rua e que frequentam a Pousada Social no centro da cidade. Pessoas em situação de rua existem ao longo da maior parte da história humana. Em uma breve análise, consegue-se perceber as situações que levam essas pessoas a viverem nessas condições. Alguns se tornam moradores de rua devido aos conflitos familiares, dependências químicas, fatores econômicos e alguns acabam vivendo nas ruas pela comodidade. Há aqueles também que são moradores de rua porque o tipo de trabalho que fazem os obriga a uma constante migração. Ressalta-se que as falas produzidas pelos moradores de rua são dotadas de sentidos e indicam que esses “sujeitos” destacam que a ausência de regras, limites, comunicação e afeto no núcleo familiar, assim como a violência, o uso e abuso de drogas, são fatores que colaboraram com a moradia na rua e o comprometimento da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Vulnerabilidade Social. Pessoas em Situação de Rua.

1. INTRODUÇÃO

Nos grandes centros urbanos, presenciamos a ocorrência de um fenômeno social: a existência de população em situação de rua, assumindo novas expressões na sociedade contemporânea. As condições de vida, trabalho e inserção social deste grupo ainda são muito precárias, suas habitações são em albergues públicos ou filantrópicos ou logradouros (BARATA et al., 2015/BORISOW e FURTADO 2013).

A ONU define que moradores de rua são os que vivem em favelas, cortiços, habitações sem condições mínimas de salubridade, além é claro, dos que vivem nas ruas. Sendo numerosos, muitos são os problemas enfrentados pelos moradores de rua. A desigualdade social, o desemprego, o crescimento desordenado das cidades, a exclusão social e a violência são fortes fatores para o surgimento de uma população abandonada e marginalizada em nossa sociedade.

A falta de moradia ultrapassa a condição física que o imóvel oferece. Tal condição está relacionada à identidade da pessoa, significa ter raízes, segurança, lugar de bem estar emocional e sentimento de pertencimento. As populações de rua estão entre os grupos mais marginalizados na sociedade. Mesmo estando em condições semelhantes, cada indivíduo deste grupo social tem suas particularidades, tais como estratégias de vida, trajetórias e tempo de permanência na rua (BARATA et al., 2015).

Uma pesquisa publicada pelo Ipea com base em dados de 2015 projetou que o Brasil tem pouco mais de 100 mil pessoas vivendo nas ruas. De acordo com o censo, 82% dos moradores de rua no país eram do sexo masculino, 53% tinham entre 23 e 44 anos, 52,8% recebiam entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 por semana. Além disso, cerca de 35% foram para as ruas por conta de problemas com álcool ou drogas, enquanto outros 29,8% atribuíram a situação ao desemprego e 29,1% a desavenças com familiares.

Nesta perspectiva, torna-se relevante trazer ao centro das questões o tema acima, destacando as situações norteadoras que caracterizam os impactos na saúde mental dos protagonistas desta discussão. É importante colocar a nível social todos esses aspectos que as pessoas em situação de rua enfrentam, sendo possíveis causadores de prejuízos mentais que cercam parte desse público.

A intenção em desenvolver esta pesquisa surgiu de uma inquietação pessoal em saber como vivem, pensam e sentem as pessoas em situação de rua da cidade de Fortaleza, para muitos vistos como pessoas “invisíveis” e “descartáveis”, esquecidas e frutos da miséria social. Assim, com a explanação deste conteúdo, possibilitar um olhar mais amplo e de incômodo social na resignificava destes sujeitos.

Este trabalho também surgiu com o objetivo de encontrar algumas respostas diante das perguntas surgidas em nossa experiência profissional com dependentes químicos. Essas pessoas, em sua maioria, vinham de situação de rua em busca de atendimento de saúde e reabilitação social. Eles também são cidadãos pertencentes a esta sociedade, a qual, por muitas vezes é preconceituosa, colocando-os às margens dos problemas sociais. Conhecer os fatores de vulnerabilidade psicossocial a qual estão submetidos, compreender as condições de vida dessas pessoas e analisar a saúde mental a partir dos fatores coletados na pesquisa são também objetivos do presente trabalho.

Nesta ótica, justifica-se a importância desse trabalho na extensão do olhar da saúde mental sobre a premência de se pensar em métodos de intervenção no que tange aos indivíduos desta pesquisa, especificamente às pessoas em situação de rua. Tendo em vista a relevância tratada pelos autores que trataram do tema, busca-se ampliar também o acervo literário científico que discorre diretamente sobre os descritores citados em nossa pesquisa.

2. METODOLOGIA

Este estudo insere-se nos pressupostos metodológicos de uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa que tem como principal fundamento a crença de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real, objetivo, concreto e o sujeito, portanto, uma conexão entre a realidade e o homem. Nesse sentido, entender a subjetividade do ser humano e sua complexidade de vida é um desafio para o pesquisador social.

É uma pesquisa que fez uso de uma entrevista semi estruturada e composta por 10 (dez) perguntas, levando-se em conta as histórias de vida das pessoas entrevistadas como técnica para coletar os dados, suas experiências familiares, pessoais, as quais foram transcritas na íntegra. Essa coleta de dados aconteceu no mês de dezembro do ano de 2018.

A escolha dessa técnica justificou-se devido ao entendimento de que a forma como uma pessoa age na atualidade é produto de uma série de acontecimentos ocorridos no passado, e como isso reflete a ideia de que o hoje é uma consequência impregnada das referências que abrangem as perspectivas do mundo de ontem.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser maior de 18 anos, estar em situação de rua na cidade de Fortaleza. A coleta de dados foi realizada na Pousada Social. Situada à Rua Sólon Pinheiro, 898, bairro Centro, cidade de Fortaleza, estado do Ceará. O local oferece pernoite para pessoas adultas em situação de rua, funcionando todos os dias, de 22h às 8h.

Após os esclarecimentos referentes aos objetivos do estudo, a metodologia a ser utilizada e a forma de participação, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a Carta de Cessão da Entrevista (esses documentos foram lidos em voz alta e clara pelo pesquisador principal, todos os participantes foram encorajados a esclarecer dúvidas que porventura surgiram durante essa leitura e, ao final, em caso de positividade para a participação nesta pesquisa, pediu-se que eles fossem assinados). Foram respeitados os princípios de ética, sigilo, confidencialidade e privacidade durante todos os momentos da entrevista, os quais estiveram em consonância com a Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A coleta das informações foi interrompida a partir do momento que ocorreu a saturação destas, dado que nenhum novo elemento ampliou o conhecimento do objeto que estava sendo investigado. Assim, ficamos atentas ao processo de saturação dos dados das entrevistas, evitando-se a repetitividade das informações, a fim de alcançar a dimensão qualitativa do objeto de estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa de campo foi realizada com pessoas que vivem em situação de rua, no centro do município de Fortaleza, estado do Ceará, dentro de uma abordagem qualitativa, alcançando-se 20 (vinte) participantes. Assim, foi atingido o objetivo do estudo, tendo em vista que se pôde ter uma melhor compreensão de como as condições de vida das pessoas em situação de rua interferem na sua saúde mental.

Os dados da pesquisa foram efetivados no período de dezembro de 2018, por meio de um questionário semiestruturado, o qual permitiu a comunicação e a interação entre os participantes da pesquisa, possibilitando uma troca constante de experiências, ideias, atitudes e sentimentos vivenciados durante as conversas e vivências com os entrevistados.

A partir das entrevistas, conseguiu-se perceber a dinâmica de vida dessas pessoas, os fatores de vulnerabilidade psicossocial a qual estão submetidos; e como esses fatores interferem na sua saúde mental. Os fatores coletados na pesquisa são caracterizados a seguir, de acordo com as categorizações das falas.

De acordo com o censo realizado pela Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS) em 2014 e 2015. Conforme o relatório, Fortaleza tem 1.718 moradores de rua, estando concentrados em maior número no Centro e Beira Mar.

Um dado mais recente, de 2017, mostrou que há 247 homens e mulheres morando na Praça do Ferreira. Diante da superlotação de pessoas no local, novos pontos têm se estabelecido. Além disso, questões como não aceitação de animais domésticos ou divisão por gênero também fazem com que muitas pessoas não busquem os abrigos da Prefeitura.

Percebeu-se que durante o dia, os moradores de rua estavam envolvidos com atividades laborais, como por exemplo, catar material reciclável e guardar carros nas ruas, ou a procura de uma instituição para se alimentar e fazer sua higiene pessoal. À noite estavam, em sua maioria, sob o uso de álcool ou drogas, em locais de pouco acesso, pouca visibilidade e pouco dispostos a darem entrevistas.

Para manter o sigilo e o anonimato dos entrevistados, respeitando os princípios ético-legais da pesquisa, utilizou-se nomes de pedras preciosas, a saber: Berilo, Citrino, Opala, Espinela, Ônix, Turquesa, Ametista, Alexandrita, Água Marinha, Granada, Topázio, Perola, Safira, Jaspe, Jade, Cristal, Diamante, Esmeralda, Rubi, Perídoto e Zircão.

A análise das informações obtidas foram agrupadas de acordo com os elementos que estruturaram as trajetórias de vida destas pessoas e os elementos que configuram o seu cotidiano: família, drogas, saúde mental, trabalho e exclusão social.

3.1. PRIMEIRO ENCONTRO

Em dezembro de 2018, tivemos o primeiro contato com os entrevistados. No primeiro dia, a pousada social encontrava-se fechada devido a uma reunião. Assim, as primeiras entrevistas aconteceram na calçada da pousada, na qual se encontravam vários moradores de rua. Sentamos juntamente com eles na calçada, apresentamos o objetivo da nossa pesquisa e fomos muito bem acolhidos por todos eles. Foi uma tarde bastante proveitosa, de muito aprendizado e de bastante vivência ao lado deles.

A faixa etária das pessoas entrevistadas foi classificada em três grupos: de 18 a 30 anos, de 31 a 50 anos e acima de 50 anos. Das 20 (vinte) participantes, 09 (nove) situam-se entre 18 e 30 anos, 11 (onze) entre 31 e 50 anos e 0 (zero) acima de 50 anos; prevalecendo assim o segundo grupo.

A partir deste primeiro encontro, começaram a emergir as categorias de análise, sendo progressivamente confirmadas, envolvendo os aspectos emocionais, os quais são descritos e analisados a seguir.

Posteriormente, passamos a frequentar o local todos os dias. Participamos dos momentos de lanche, almoço e jantar. Convivemos com eles no pátio e pudemos observar a rotina de muitos no desenrolar dos dias, como a lavagem de roupas, o cuidado com a higiene corporal, os momentos que sentavam isolados, “puxavam” um cigarro e papeavam conosco com o objetivo de passar o tempo e um pouco da solidão.

Foram dias intensos e muito proveitosos. Podemos perceber e sentir o quanto a solidão muitas vezes se faz presente na vida dessas pessoas. Ouvimos vários relatos que “de fome não morreremos e comida não falta”. Mas, “falta alguém para conversar”. “Falta alguém que nos olhe sem julgar e que nos aceite como somos.”

3.2. UMA VIDA NO MEIO FIO

A exclusão pode ser definida como um processo múltiplo de separação de grupos e sujeitos presente e combinado nas relações econômicas, sociais, culturais e políticas, resultando disso a pobreza, discriminação, não acessibilidade ao mundo do trabalho e do consumo e a não representação social e pública (MINAYO, 2001).

“Minha opção sexual foi o que me levou a morar nas ruas” (Espinela, 23 anos)

“Moro na rua há cinco anos.” (Opala, 37 anos)

Sentimentos de angústia, ansiedade, desânimo e desesperança foram apresentados pela maioria dos sujeitos participantes da entrevista. Diante das dificuldades vivenciadas por essas pessoas, a questão central percebida foi a ausência de apoio familiar. Nesse aspecto, muitas falas surgiram, diversas queixas foram expressas, como um desaguar de águas represadas, a muito contidas, que precisavam somente de um pequeno encorajamento para ser abertas e escoadas.

Percebemos, então, desde o princípio, uma grande necessidade de desabafar mágoas, falar sobre entraves diários que os levam a sentir angústia, ansiedade, desânimo e desesperança, determinando conflitos emocionais e em alguns, a falta de estímulo para continuarem lutando pela sobrevivência nas ruas.

“Queria passar o natal com meus filhos, mas não sei aonde estão.” (Água Marinha, 30 anos)

“Ontem, eu tive um pesadelo e fiquei muito triste.” (Jade, 38 anos)

“Obrigado por estar aqui e conversar comigo.” (Opala, 37 anos)

Pode-se interpretar a exclusão social de uma forma mais abrangente, compreendendo fatores como: raça, gênero, idade, condição socioeconômica entre outros. No entanto, são excluídos socialmente todos aqueles que não têm condições econômicas de participação, seja na vida social como um todo, seja em alguns de seus aspectos. Exclusão social seria, então, um processo que faz parte dos mecanismos utilizados pela classe dominante de uma sociedade historicamente constituída, com o intuito de manter a dominação, o regime sócio-político, o *status quo*. Por meio desse processo, os chamados excluídos permanecem destituídos do acesso a determinados bens, serviços, direitos fundamentais e garantias que a própria sociedade garante através de leis e constituições (REZENDE; TAFNER, 2005).

Participamos da festa de natal proporcionada aos moradores de rua pela pousada social, na qual a maioria dos presentes participou de apresentações teatral e musical ensaiadas por eles mesmos. Foi um encontro bastante participativo com a ajuda de todos presentes, demonstrando o seu interesse em se sentirem úteis e estarem desempenhando um papel importante naquele momento.

A felicidade estava estampada em seus rostos. Após a apresentação, participamos da ceia natalina e, logo em seguida, os que não pernoitariam, ganharam a rua novamente. Zircão, 23 anos, já tendo tomado o banho, trocado as vestimentas, exibia seu calçado novo que tinha recebido de presente. Então, nos falou em tom de alegria:

“Mais tarde vai ter muita comida na praça, a Kombi encosta e deixa várias coisas para gente.”

A análise dos relatos concedidos pelas entrevistas levou em consideração as posições e visões de mundo dos moradores de rua. Pretendeu-se realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão de significação das visões de mundo desses sujeitos e apropriando-se das sugestões de Minayo (2004b, p. 211), o processo de reflexão sobre as visões dos moradores de rua, da perspectiva desta autora, possibilita “compreender o modo de produção social do sentido.”

No dia seguinte, permanecemos por toda a tarde e a noite até as 20 horas na pousada social. Ficamos no pátio e tivemos a oportunidade de conversar e ter uma escuta ativa sobre drogas e dependência química com alguns que se encontravam no pátio. Ouvimos relatos de que, nas dependências da pousada social, vários usuários faziam uso de drogas e de que na calçada, havia a comercialização de entorpecentes. Assim, dizia-nos:

Topázio, de 25 anos, que ainda jovem iniciou no mundo das drogas e como passou a ser a sua vida após adentrar neste caminho árduo e de percalços: “Entre no mundo das drogas por influência dos amigos” e Pérola, de 34 anos, “Fui presa por tráfico duas vezes e agora só uso.”

A precocidade do início do uso de álcool e das drogas tem sido alvo de preocupação. Vários estudos indicam que crianças e adolescentes estão iniciando cada vez mais cedo o uso destas substâncias. Alguns dos fatores fortemente associados ao uso de drogas por adolescentes são: a facilidade de obtenção e o consumo de drogas pelos amigos. Na adolescência, a necessidade de fazer parte de um grupo assume grande importância, pois ajuda na afirmação da própria identidade, aumenta as opções de lazer e reduz a solidão. As atitudes assumidas pelo grupo passam a ser tão ou mais importantes do que alguns valores familiares, pois deles vêm parte do suporte emocional e a aceitação pelos outros componentes reforça a autoestima. Existem inúmeros fatores relacionados ao início do uso de álcool e outras drogas, mas o aspecto familiar e o relacionamento com amigos têm recebido maior atenção. A presença de conflitos familiares e a influência dos amigos estão associadas ao aumento do risco para o uso de drogas (SILVA et al., 2006).

Quanto aos motivos que levaram essas pessoas a irem para a rua, destacamos: dependência química (álcool e outras drogas), tráfico de drogas, conflitos familiares, desemprego, prostituição, falta de aceitação familiar devido a orientação sexual, falecimento dos pais e vontade própria (sensação de liberdade).

3.3. A VIOLÊNCIA COMO CONTEXTO DE VIDA

Das 20 (vinte) pessoas entrevistadas, 11 (onze) já sofreram algum tipo de violência. Dentre estas, destacaram-se os relatos de empurrões, tapas, murros, chutes, arranhões, puxões de orelha e cabelo, cortes, pauladas, coronhadas, ferimentos a bala ou por arma branca, tentativas de estrangulamento e queimaduras com objetos quentes. Outra forma de violência referida foi a Psicológica/Verbal, indicando situações de agressividade, maus tratos e ameaça de morte.

Uma fala expressa, desde a infância, um sofrimento emocional significativo, decorrente de brigas no ambiente familiar, o que foi potencializado pela desorganização do núcleo familiar após o falecimento de um ente querido. É na infância que as vivências de agressões no âmbito familiar denotam a desestrutura familiar e a repercussão na fase adulta. São situações que denotam conflitos afetivos e ausência de apoio familiar, os quais são resolvidos por meio de atos agressivos. Opala nos dá o seguinte depoimento:

“O conflito familiar sempre me decepcionou e isso fez com que eu fosse para a rua.”

No outro extremo, há uma atitude hostil de repulsa, nomeadamente a violência física, como atitude legitimada pela existência destas pessoas em situação de rua. Esta é a ideia discutida por Bursztyn (2000), quando pondera que a desqualificação e a desvinculação das pessoas em situação de rua podem ser seguidas da “eliminação” física a qual elas estão suscetíveis. Buarque (2000) acrescenta que pode estar em andamento um processo de dessemelhança entre seres humanos, marcado pela imagem do cidadão em situação de rua como alguém destituído do pertencimento à espécie humana. Opala, 37 anos, nos dá o seguinte depoimento:

“Muitas pessoas têm preconceito, ainda nos olham com outros olhos e não nos aceitam como somos.”

Berilo, 35 anos, citou que parte das brigas e assaltos que ocorrem entre os próprios moradores de rua são provenientes da violência ligada à ação de traficantes de drogas:

“No dia do tribunal, os traficantes me colocaram de joelhos junto com outros usuários, enfileirados ao lado de uma fogueira com ferro quente para queimar e marcar os que não falam a verdade.”

3.4. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A maioria dos entrevistados apresentou histórico de consumo de drogas desde o início da adolescência, iniciando o seu uso em torno dos 12 anos de idade. Essas pessoas entraram no vício por meio do uso de cigarro e álcool, passando para a utilização de drogas ilícitas, tais como a cola de sapateiro, a maconha, a cocaína e o crack. Dos 20 sujeitos da pesquisa, 18 compartilharam a dependência química como denominador comum, citando-a como uma das principais causas pelas quais decidiram iniciar a vida como moradores de rua.

O uso abusivo de álcool e outras drogas é bastante presente na vida dessas pessoas. A maioria fez uso da droga – e tornou-se dependente - por curiosidade, por influência ou pela “necessidade de se sentirem bem e mais dispostos”. A família, embora seja importante no processo de reintegração social, segundo relatos coletados em campo, perde totalmente o vínculo com a pessoa que está na rua. Essa condição reescreve as relações entre os familiares e, em ambas as partes, pode ocorrer um apagamento das identificações e registros afetivos ligados aos laços de parentesco. Assim, nos relata Topázio, 25 anos, moradora de rua há 5 anos:

“Minha mãe não me aceita por eu usar drogas. Ela pensa que eu mato, mas eu não tenho culpa que o usuário compra. Meu papel é vender e assim ter uma vida melhor.”

Atitudes de violência geram violência, as quais reforçam a agressividade e podem contribuir para o adoecer mental. Uma mulher, em especial, nos chamou a atenção por um histórico de violência física, desde situações de maus tratos, vítima de preconceitos desde a adolescência, corroboradas pela mãe, o que pode ter contribuído na manutenção de relações afetivas permeadas de atos agressivos.

“Já matei dois por causa do tráfico de droga e se for preciso eu matarei novamente, pois se for para escolher entre a minha vida e a do outro, eu escolho a minha.” (Espinela, 23 anos)

Existem situações que denotam a falta de amor e respeito ao ser humano - muitas vezes vistos como 'sub-humanos' -, ocasionando ações extremas tais como tentativas de suicídio, ameaças de morte e ações de lesão física. Assim, nos relatou Opala, 37 anos:

“Todos os remédios que a minha avó tomava eu pegava e tomava quantos comprimidos fossem necessários para me deixar doidão.” Prefiro a dor do que o amor, porque a dor me faz sentir vivo, o amor é enganoso, faz com que as pessoas sejam egoístas, na frente amam e por trás traem.”

3.5. O CONFORTO EXISTENCIAL

Os sentimentos vivenciados pelos entrevistados foram: depressão, ansiedade, solidão, tristeza, carência, raiva, rancor, mágoa, revolta, ódio, angústia, insegurança, culpa, fracasso, desvalorização e medo. Como reflexo desses sentimentos, no momento das entrevistas, pudemos observar as seguintes reações: choro, baixa autoestima, auto piedade, silenciamento, desânimo, perda de identidade, falta de esperança e ideação suicida. Essas pessoas sentem a necessidade de serem valorizadas, respeitadas e entendidas em suas angústias e sofrimentos, trazendo um pedido por vezes silencioso.

“Sinto falta do passado, às vezes me pego pensando e chorando” (Opala, 37 anos)

“Eu tinha uma solidão dentro de mim e foi por meio do uso da droga que eu achava que iria preencher esse vazio, mas fui me afundando.” (Granada, 48 anos)

Nas entrevistas, fica evidente a observação do quanto as condições de vida das pessoas em situação de rua interferem na sua saúde mental. Nos diálogos, à medida em que iam expondo suas experiências vividas, verificou-se, em algumas falas, que os seus problemas de saúde mental tiveram início após terem sofrido situações de conflitos familiares, de não aceitação por suas opções sexuais, de ausência de expectativas de vida no passado e no futuro.

Para Santos (2009, p. 25): “viver nas ruas implica em obstáculos cotidianos como solidão, dificuldades de manutenção da higiene e falta de privacidade. O indivíduo necessita criar uma nova sociabilidade, com estratégias de sobrevivência.”

Algumas das falas ressaltaram o sofrimento de algumas dessas pessoas em relação ao fato de estarem nesta condição de rua. Destacam-se alguns relatos que mostram estas vivências:

“A solidão me levou a fazer uso de drogas” (Ametista, 23 anos);

“Sinto falta das pessoas para me dar atenção” (Jaspe, 32 anos);

“Sinto muita tristeza por não ter um lar”. (Rubi, 20 anos)

Outras interferências na saúde mental foram salientadas, envolvendo situações de crise, ansiedade, insônia, pesadelos, tristeza, angústia e agressões, culminando em internações e uso de drogas e álcool pela maioria das pessoas entrevistadas, transformando-se essa em uma forma de sentirem-se melhor para enfrentar as dificuldades da vida. Quando questionadas se já sofreram algum tipo de internação, 11 (onze) informarem já terem ido para locais de reabilitação, permanecendo por um curto período.

Algumas falas chamaram a atenção, pois discorrem sobre o uso das drogas e a sua relação com a falta de apoio familiar e a solidão. As doenças mais frequentes entre os moradores de rua são as de ordem mental, entre elas a depressão, a esquizofrenia e os quadros psicóticos, associados ou não à dependência de álcool ou drogas. Muitos deles vão para a rua porque tiveram problemas familiares e de socialização.

Opala, deixa bem claro quando fala: “A mãe me deixava em casa em casa para poder ganhar o mundo.” E há anos atrás, eu pedi para viver na solidão.”

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os moradores de rua, apesar de serem vistos como um grupo homogêneo e viverem em uma situação de exclusão social, são pessoas de contextos variados, cada qual dentro de sua realidade e lutando pela sua sobrevivência diária. A pobreza, a falta de escolaridade e a não existência de pessoas esclarecidas é comumente associada às pessoas que vivem em situação de rua pelos centros da cidade, mas não está presente em todos os casos.

O estudo nos mostrou que os preconceitos e a discriminação por parte da sociedade surgem no momento em que as pessoas de rua passam a se descuidar - muitas vezes dado à autoestima fragilizada - assumindo características próprias que a sociedade identifica como mendigo, maltrapilho, malcheiroso, perigoso, viciado. Assim, torna-se necessária uma maior sensibilização não apenas dos profissionais de saúde, mas de toda a sociedade civil no intuito de compreender a população em situação de rua pautada nos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Na perspectiva da saúde mental, o trabalho voltado para a população em situação de rua é algo em construção e bastante desafiador. É preciso aguçar os sentidos de todos os profissionais envolvidos, não apenas o interesse em atender essa população, mas desenvolver a habilidade da escuta, seu principal instrumento de trabalho. Sem conhecer a história da pessoa que mora na rua, suas adversidades, e sem atentar para suas queixas, certamente não será fácil descobrir suas reais necessidades. É imprescindível compreender que a uma boa saúde mental representa um importante papel no resgate dessas pessoas para a vida perante a sociedade.

REFERÊNCIAS

- [1] A DINÂMICA DAS RELAÇÕES FAMILIARES DE MORADORES DE RUA USUÁRIOS DE CRACK. RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 748-759, JUL-SET 2015.
- [2] ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- [3] BARATA, R. B.; JUNIOR, N. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.219-232, 2015
- [4] BORYSOW I. da C.; FURTADO J. P.; Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro - RJ 2013.

- [5] BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n.201, p.21082, 16 out.1996. Seção 1.
- [6] BRASIL. IDH DO BRASIL MELHORA, E PAÍS OCUPA A 75ª POSIÇÃO EM RANKING. GLOBO NOTÍCIAS, 05 OUT. 2009. DISPONÍVEL EM: [HTTP://G1.GLOBO.COM/NOTICIAS/BRASIL/0,,MUL1329072-5598,00-](http://G1.GLOBO.COM/NOTICIAS/BRASIL/0,,MUL1329072-5598,00-)
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e Desenvolvimento Nacionais e Diretrizes Estratégicas; 2008-2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- [8] BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Brasil está vencendo a fome 2005. Disponível em: www.mds.gov.br; <http://www.mds.gov.br/servicos/publicidade>; <http://www.mds.gov.br/servicos/publicidade/campanhas>. Acesso em: 23 mar 2010.
- [9] CHIAMERINI, T. Cama de cimento: uma reportagem sobre o povo da rua. São Paulo: Ediouro, 2007.
- [10] COSTA APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre, 2005.
- [11] DAVID, A. S.; LEON, A. Desafortunados: um estudo sobre o povo de rua. Petrópolis: Vozes, 1998.
- [12] FERREIRA FPM, MACHADO S. Vidas privadas em espaços públicos: Os moradores de rua em Belo Horizonte. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Editora Cortez nº 90, junho, pp. 102-121, 2007.
- [13] JUCÁ, G. N. M. Verso e reverso do perfil urbano de Fortaleza, 1945 – 1960. Fortaleza: Ananblume, 2003. <https://artigojuridico.com.br/2016/12/15/populacao-em-situacao-de-rua-um-estudo-reflexivo-sobre-permanencia-de-viver-sem-ser-visto-pelo-estado/>. Acesso dezembro/ 2018 Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1248-1261, 2014.
- [14] MATTOS, R.M.; FERREIRA, R.F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de de rua. G&DR • v. 6, n. 3, p. 136-158, set-dez/2010, Taubaté, SP, Brasil.
- [15] MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004a.
- [16] RODRIGUES, J. S.; LIMA, A. F.; HOLANDA, R. B.; Identidade, Drogas e Saúde Mental: Narrativas de Pessoas em Situação de Rua. Psicologia: Ciência e Profissão Jul/Set. 2018 v. 38 nº3, 424-436.
- [17] SECRETARIA DE TRABALHO, DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME - Setra <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-entrega-equipamentos-para-populacao-em-situacao-de-rua-e-apresenta-censo>
- [18] SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: conceitos e práticas para profissionais da assistência social / Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Anderson da Silva Rosa, organizadores. -- São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.
- [19] VIDAS AO LÉU: TRAJETÓRIAS DE EXCLUSÃO SOCIAL [ONLINE]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

Capítulo 4

Saúde do trabalhador: Uma análise histórica

Jaqueline Gomes de Souza Santos

Regiane Pereira Garcia

Eveline Araújo de Oliveira

Lívia Lopes Custódio

Tamara Braga Sales

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares

Marina da Silva Nobre

Carla Vanessa Pinheiro da Silva

Resumo: Neste capítulo, serão abordados temas referentes à saúde do trabalhador, qualidade de vida no trabalho, estresse e síndrome de burnout que subsidiará a análise dos dados obtidos através da utilização de instrumentos específicos.

1. SAÚDE DO TRABALHADOR

No Brasil, até 1988, a saúde era apenas um benefício restrito aos contribuintes, ou um serviço comprado na forma de assistência médica ou um ato de misericórdia oferecida aqueles que não tinham acesso à previdência e nem possuíam recursos para pagar assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos como as Santas Casa de Misericórdia. Assim, atenção à saúde era serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela previdência social através de uma política de Estado voltada aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho.

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o fortalecimento dos movimentos sociais levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto, surge o movimento de reforma sanitário propondo uma nova concepção de saúde pública para a sociedade brasileira, incluindo a saúde do trabalhador. Desse modo, a saúde do trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e 90, reivindicavam que as questões de saúde relacionada ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no propósito da saúde pública. Com a promulgação da “constituição cidadã” em 1988, deu-se a conquista do direito universal à saúde e o advento do SUS (DIAS, 2002).

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador através de ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei nº. 6229/75), na Lei de nº 8212/1991, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1988, 1990).

Os artigos 196 aos 200 da CF atribuem ao SUS às ações de Saúde do Trabalhador, através de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possibilitem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei Federal nº 8080/1990 – Lei Orgânica da Saúde – regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I – A assistência do trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II – participação, no âmbito da competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III – participação, no âmbito da competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VII – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VIII – a garantia ao sindicato, dos trabalhadores, requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver “exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a configuração da saúde do trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS.

As políticas nacionais em conformidade com o SUS são: atenção integral à saúde dos trabalhadores; articulações intersetoriais; estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; participação na gestão das ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 2008).

As políticas públicas no campo da saúde e segurança no trabalho constituem ações que buscam garantir que o trabalho, como base da organização social e direito humano, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da QVT, a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para a saúde e integridade física e mental.

Essas políticas possuem dimensões sociais e técnicas indissociáveis, visto que a dimensão técnica pressupõe a utilização de conhecimentos adquiridos e tecnologias adequadas a fim de dar respostas eficazes aos problemas e assegurar a credibilidade dos trabalhadores. Na dimensão social, as demandas por saúde são reivindicadas diretamente pelo trabalhador no serviço de saúde.

A Lei nº 8080/1990 garante que os trabalhadores têm direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionados a existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.

O trabalhador da saúde também sofre impactos com a globalização, pois, os equipamentos automatizados, a informática, as telecomunicações tendem a desvalorizar o trabalho humano através de uma necessidade menor desse trabalho e assim, o trabalhador vai perdendo seu valor. Atrelado a isso, ocorre à redução do poder político dos sindicatos na disputa ideológica e cultural na sociedade ao qual está inserido.

O que corrobora para essa perda de valor é

O desprezo e desqualificação dos serviços públicos e dos servidores por parte das políticas neoliberais de Estado mínimo, com seus interesses de privatização agressiva de empresas estatais e da permissão para que a lógica lucrativa do mercado adentre em vigor no seio das políticas de saúde, educação, cultura e lazer. Ações da mídia e discursos de porta-vozes dessa política têm, reiteradamente, apresentado os servidores públicos como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o “bode expiatório” e como tal não devem e não podem ser valorizados e bem cuidados” (SANTOS-FILHO et al, 2007, p.20).

Por outro lado, Lara (2011) diz que na análise da saúde do trabalhador é *mister* que o movimento sindical deve estar à frente, no contexto atual, de modo que sobreponha o modelo tradicional e busque transformar-se num dos principais espaços de luta social do trabalho.

Segundo Pitta (1990), os trabalhadores da saúde são submetidos a jornadas de trabalho dupla, ambientes de trabalho insalubres, baixa remuneração, lida com o limite humano, a morte, doença e a dor. Precisam de apoio psicológico, formação continuada e políticas públicas de cargos e salários.

Sauter et al. (1998) relacionam algumas condições que podem causar estresse no trabalho como segue: trabalho pesado, descansos infrequentes, turnos e horas de trabalho excessivos, trabalho agitado e rotina com atividades que não utilizam as habilidades dos profissionais, sentimento da falta de controle, falta de participação nas tomadas de decisões, ruídos na comunicação, ausência de políticas que favoreçam a vida familiar, ambientes sociais desfavoráveis, falta de apoio e ajuda de colegas e supervisores, expectativas do trabalho mal definidas, excesso de responsabilidades e funções, insegurança no trabalho, falta de oportunidade para o crescimento pessoal, mudanças rápidas a que os profissionais não foram preparados, condições ambientais desagradáveis e perigosas como, ruídos, calor excessivo, contaminação do ar, problemas ergonômicos, falta de estrutura física e material para desempenho das funções, entre outros.

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho, deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador, traduzida pelos acidentes e doenças ocupacionais, violência decorrente de relações interpessoais deterioradas e prolongadas, violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

Vale ressaltar que o estresse pode ocorrer de diversas formas no trabalho, mas seu agravamento ocorre frequentemente quando os trabalhadores sentem falta de apoio dos seus superiores e colegas, bem como pouco controle sobre o mesmo ou como enfrentar as pressões do contexto do trabalho.

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador necessita de mecanismos que incentivem medidas preventivas, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Com a proposta de subsidiar o trabalho de prevenção de agravos à saúde do trabalhador, foi implantado pelo Ministério da Saúde o sistema de notificação de agravos em saúde do trabalhador – SINAN/NET que, a partir dessas notificações no banco de dados, será possível identificar a relação de saúde com as atividades laborais e os riscos derivados do processo produtivo.

O Ministério da Saúde, segundo a Portaria MS nº 1339/1999, em cumprimento do Art.6º, parágrafo 3º, inciso VII, da Lei nº 8080/1990, elaborou e adotou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, destinada a uso clínico e epidemiológico. Na lista B, estão relacionadas 198 entidades nosológicas e na lista A agentes e situações de exposição ocupacional, codificados segundo a 10ª revisão do CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças). Abaixo, a codificação da síndrome de burnout, pertencente ao grupo V da CID – 10:

Quadro 1: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho

Doenças	Agentes etiológicos ou fatores de RISCO de natureza ocupacional
Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burnout”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) ▪ Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

Fonte: elaborado pelos autores.

Essa lista foi adotada pela Previdência Social para fins de caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins de Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT), nos termos do Decreto nº 3048/1999 (BRASIL, 1999).

Ao refletir sobre os Programas, Leis, Decretos, relacionados à saúde do trabalhador, verifica-se que há políticas públicas traçadas e bem formuladas visando uma prática de trabalho livre de danos ao trabalhador, pois este continuando ativamente saudável, contribuirá por mais tempo com a Previdência Social. O Ministério da Saúde desenvolve desde 2004 a política nacional de saúde do trabalhador e tem por objetivo a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância à saúde.

O Ministério do Trabalho e Emprego dispõe de trinta e três Normas Regulamentadoras (NR), relativas à segurança do trabalhador, apenas três serão destacadas, pois estão mais relacionadas ao trabalhador da área da saúde (BRASIL, 2008).

A NR 6 refere-se aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) definidos como todo, dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares. O fornecimento do EPI adequado ao risco que o trabalhador está exposto, bem como o treinamento dos trabalhadores quanto à correta utilização e conservação são de responsabilidade do empregador (BRASIL, 2008).

O Ministério do trabalho e Emprego também regulamenta a NR 17, referente à Ergonomia, que estabelece parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 2008).

Em relação às condições ambientais no trabalho, enfatiza:

Item 17.5.1 – As condições ambientais no trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e a natureza do trabalho a ser executado.

Com relação à organização do trabalho:

17.6.1 – A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e a natureza do trabalho a ser executado.

17.6.2 – A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração, no mínimo:

- a) As normas de produção;
- b) O modo operatório;
- c) A exigência de tempo;
- d) A determinação do conteúdo do tempo;
- e) O ritmo de trabalho;
- f) O conteúdo das tarefas.

17.6.3 – Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte:

- a) Para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie, deve-se levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores; (117.029 – 5/ 13);
- b) Devem ser incluídas pausas para descanso; (117.030 – 9/ 13);
- c) Quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência da produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento. (117.031 – 7/13);

Os métodos gerenciais que não considerem a dimensão do ser humano e que favoreçam a desestabilização do trabalhador, por impor ritmos e jornadas prolongadas, cobranças descabidas, pressão de tempo para cumprimento de tarefas de responsabilidade, etc. devem ser denunciados.

Processos de avaliação de desempenho com critérios questionáveis e outras formas de pressão no ambiente de trabalho devem também ser denunciadas.

Uma das formas mais clássicas de assédio moral é a demonstrada pelo congelamento do trabalhador na mesma função, com o mesmo salário sendo impedido de ascender profissionalmente e, por conseguinte não ser promovido (BRASIL, 2007).

Especificamente ao profissional da saúde, existe a NR 32 que dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação da NR 32, entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2008).

2. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Segre e Ferraz (1997, p. 539) citam que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, definiu saúde como: “[...] o completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. Esse conceito, apesar de ser considerado avançado para a época é visto pelos autores como inatingível por se referir com termos não definíveis devido à relação subjetiva que os une. Porém constituiu-se, segundo Limongi-França (2003) como um grande avanço em se promover a saúde o que tem motivado estudos sobre a saúde e uma nova forma de pensar sobre a saúde do trabalhador induzindo a um novo modelo gerencial dos recursos humanos nas empresas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida (QV) como: uma percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de limites extensos e influenciados numa maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relacionamentos sociais e suas relações com características relevantes do meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1995).

A noção de Qualidade de Vida é eminentemente humana, e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências, e valores de indivíduos e coletividades (SCHMIDT, 2004). O conceito foi utilizado como base nas pesquisas e com a evolução científica, passou por transformações a partir da influência de alguns estudiosos.

Fleck (2008, p.28) conceitua QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Ademais, Fleck (1999) afirma que esse conceito possui caráter multidimensional e abrangente, incorporando de uma forma complexa domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e as relações desses domínios com as características do ambiente ao qual está inserido.

Fleck (2008, p. 25-26) apresenta três aspectos presentes na qualidade de vida: a subjetividade, realidade objetiva e a presença de dimensões positivas e negativas. Na subjetividade, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão, na realidade objetiva – só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo, a QV é composta por várias dimensões. Estas dimensões têm uma consequência métrica importante, pois não é desejável que um instrumento destinado a mensurar a QV tenha um único escore, mas medidas que sejam aferidas por meios de escores em vários domínios, como por exemplo: domínio físico, mental e social. O terceiro aspecto é a presença de dimensões positivas e negativas que mostra a existência de elementos necessários para uma boa QV, como a mobilidade, e também mostra o que não deve aparecer como a dor.

Um dos fatores que mais interferem para a redução na qualidade de vida é o estresse. Segundo Maia (1999), percebe-se que muitos profissionais da saúde possuem alto nível de estresse, por exemplo: a instabilidade hemodinâmica dos pacientes sob seus cuidados, além disso, a dupla ou até tripla jornada de trabalho os leva a fadiga mental, principalmente aqueles que trabalham em horário noturno. Portanto, essas questões influenciam diretamente na qualidade de vida, e conseqüentemente, na saúde dos profissionais, o que irá refletir na assistência prestada ao paciente.

Corroborando com essa ideia, Trucco, Valenzuela e Trucco (1999) afirmam que os profissionais da saúde são descritos com os riscos mais elevados de estresse ocupacional, referindo que o estresse quando se cronifica, pode desencadear a síndrome de Burnout, prejudicando excessivamente o bem estar dos profissionais, gerando para as organizações, a perda da produtividade. Estes pesquisadores salientam que as condições de trabalho afetam indiretamente a saúde mental dos trabalhadores e enfatiza que os fatores estressantes diferenciam em relação ao gênero, devendo ser estudados separadamente.

As atividades profissionais que são realizadas em ambientes de tensão, produzem efeitos psicológicos negativos, mesmo que o indivíduo esteja bem fisicamente. O estresse depende da capacidade de adaptação da pessoa e envolve o equilíbrio entre a demanda que a tarefa exige e a capacidade da pessoa que a realiza. Por exemplo, uma situação de crise financeira e a perspectiva da perda do emprego deixam as pessoas em estado de estresse que pode se cronificar com o passar do tempo podendo desencadear doenças como a síndrome de Burnout.

Além desses enfoques, o conceito de qualidade de vida no trabalho baseia-se em uma visão ética da condição humana, pois esta procura identificar, eliminar ou minimizar os riscos ocupacionais. Isso envolve desde a segurança do ambiente físico, até o controle do esforço físico e mental requerido para cada atividade, bem como a forma de gerenciar situações de crise, que comprometam a capacidade de manter salários e empregos.

Nota-se que apesar dos estudos, teorias e políticas públicas voltadas para a QVT, existe um distanciamento entre o que precisa ser feito com o que na prática precisamente se faz, pois quando se fala sobre QVT, o que vem a mente, em primeira instância é a implantação de programas visando “apenas” atividades relacionadas à segurança e saúde no trabalho. Faz-se mister a ampliação das políticas de gerenciamento da qualidade de vida no trabalho através, por exemplo, na melhoria do clima organizacional.

Clima Organizacional é o indicador de satisfação dos trabalhadores de uma empresa, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, podemos citar: políticas de recursos humanos, modelo de gestão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa. Esse indicador é eficaz para indicar e apoiar as decisões dos gestores; mensurar como está a qualidade de vida do trabalho dos colaboradores. Assim, se a qualidade do trabalho for inadequada, poderá conduzir à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, a comportamentos contraproducentes como: absenteísmo, rotatividade, roubo, sabotagem, desperdício, entre outros (CHIAVENATO, 2000).

Segundo o mesmo autor, o clima organizacional é uma variável que influi diretamente na produtividade, pois o grau de salubridade de uma organização depende também de sua atmosfera psicológica. Ademais, esta atmosfera é fruto do conjunto de percepções dos profissionais que compartilham seu dia a dia com a organização. Na busca da QVT é imprescindível que a discussão seja ampliada de modo a envolver as relações de trabalho e as consequências na vida dos profissionais e da instituição.

Conforme Chiavenato (2000, p.295), “para alcançar qualidade e produtividade, as organizações precisam ser dotadas de pessoas participantes e motivadas nos trabalhos que executam e são recompensadas adequadamente pela sua contribuição”. Indivíduos que são valorizados e respeitados pela sua empresa conseguem manter produtividade e lucratividade, porém relações de trabalho difíceis, duras, frias e utilitarista apenas contribuem para um declínio no desempenho dos trabalhadores sob essa forma de “gestão”.

O trabalho ocupa na vida das pessoas um destaque especial, pois é neste local que passamos a maior parte do nosso tempo, portanto a abordagem da QVT e dos fatores que incorporam a satisfação do indivíduo em sua atividade laboral e a humanização das situações relacionadas ao trabalho é de suma importância. Há um equívoco em limitar a QVT a ações relacionadas a lazer ou com aspectos da saúde ocupacional e, em particular, ergonomia e ambientes físicos de trabalho, em que pese à importância destes fatores (CHIAVENATO, 2000).

Deste modo, o mesmo autor corrobora numa perspectiva mais abrangente, quando afirma que a QVT diz respeito a diversos fatores como: remuneração, em seus aspectos de equidade ou justiça interna ou externa; condições de saúde e segurança no trabalho; oportunidades para utilização e desenvolvimento de capacidade individual e coletiva; oportunidade de crescimento profissional, com segurança de emprego; renda integração social no ambiente de trabalho; proporção ou nível em que direitos e deveres encontram-se formalmente estabelecidos, cumpridos pela organização, além de valorização da cidadania, imparcialidade nas decisões, influência de trabalho em outros aspectos de vida do trabalhador, como por exemplo, as relações familiares e relevância social da vida no trabalho ou valorização; responsabilidade das organizações pelos seus produtos e pelos seus trabalhadores, com implicações na imagem e credibilidade da empresa.

O conceito de QVT é especialmente muito mais amplo do que aquele que normalmente se procura delimitar. Envolve aspectos multidisciplinares e multifatoriais. Assim, as ações organizacionais em QVT precisam ser planejadas e implementadas de forma criteriosa, de modo a fornecer elementos fundamentais e imprescindíveis para a estruturação das políticas públicas e institucionais na gestão de pessoas.

3. SÍNDROME DE BURNOUT

Burnout, expressão inglesa que significa “aquilo que deixou de funcionar por falta de energia”, foi utilizada pela fácil semelhança metafórica com o estado de exaustão emocional, o “estar consumido”, fenômeno vivenciado mais frequente e intensamente por algumas categorias profissionais (Maslach e Schaufeli, 1993; Schaufeli e Buunk, 1996). Burnout consiste na síndrome da desistência, para Codo e Vasques-Menezes (1999), o indivíduo deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem. O termo Burnout, foi empregado na década de 70 pelo psicólogo clínico Freudenberger.

De acordo com alguns estudiosos da temática, o Burnout surge inicialmente como um problema social (Schaufeli e Enzmann, 1998), sendo descrito como uma síndrome psicológica, resultado de uma tensão emocional frequente, vivenciada por profissionais que precisam relacionar-se frequentemente com pessoas que necessitam de algum tipo de assistência. É apresentado como uma síndrome multidimensional, formado por: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (MASLACH, 1993; MASLACH e JACKSON, 1986).

Segundo Maslach (1993), o termo Burnout é utilizado para referir-se a uma situação que afeta, com maior frequência pessoas que, profissionalmente precisam manter um contato direto e contínuo com outras pessoas. É uma forma de adaptação que pode resultar em efeitos negativos tanto para o indivíduo quanto para seu local de trabalho. Ademais, é a busca de adaptação daquelas pessoas que não dispõem de recursos emocionais e físicos para lidar com o estresse no trabalho.

Segundo Maslach (1993); Maslach et al. (2001), a exaustão emocional caracteriza-se por sentimentos de fadiga e falta de energia para manter-se em sua atividade laboral. Neste cenário, o indivíduo se sente exaurido emocionalmente. A despersonalização caracteriza-se com atitudes negativas de rigidez e de distanciamento em relação às pessoas do ambiente de trabalho, normalmente aquelas a quem se pretende beneficiar. A outra dimensão denominada de realização profissional é definida por uma auto avaliação negativa, normalmente relacionada a sentimentos de incompetência e de desempenho insatisfatório no trabalho. O indivíduo sente-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, a relação com seu trabalho perde o sentido e importância e qualquer esforço para melhorar esse cenário parece inútil.

A síndrome de Burnout está diretamente relacionada ao trabalho de tal maneira que o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de tal forma que as coisas não lhe importam mais e qualquer esforço lhe parece inútil.

O estado de exaustão física, emocional e mental pode levar a uma desconsideração pelas pessoas e os sentimentos de incapacidade constitui a síndrome de Burnout que é uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais no trabalho, acumuladas ao longo do tempo. Este é um problema que, para Martinez (1997), tem levado a desmotivação profissional naqueles que atuam diretamente com pessoas.

Nos últimos anos, a qualidade de vida no trabalho tem sido entendida como uma questão dinâmica atrelada a fatores físicos, sociais, psicológicos e tecnológicos que interferem na cultura organizacional e busca renovar o clima organizacional.

O modo como os gestores se relacionam com os profissionais, afeta definitivamente os objetivos operacionais e a satisfação no trabalho que ultrapassa vários aspectos entre eles a remuneração e os benefícios oferecidos. O ambiente emocional do trabalho, as relações interpessoais, o estilo de liderança do gestor e uma comunicação eficaz quando atrelados a qualidade de vida no trabalho, podem atingir tanto os objetivos individuais quanto o institucional.

Benevides-Pereira (2002) realizou um estudo sobre as razões do surgimento de pesquisas sobre essa patologia no Brasil, a primeira publicação obteve registro em 1987 quando se discorreu sobre a síndrome de Burnout na Revista Brasileira de Medicina citada de França (1987).

Em 1990, registraram-se as primeiras teses e outras publicações que alertavam alguns profissionais sobre os perigos da doença, a exemplo de Lipp (1996) que cita o Burnout em seus estudos sobre o estresse.

Benevides-Pereira (1994, 2001) inclui em suas obras, características típicas desta síndrome em um grupo de psicólogos, ademais publicou alguns estudos com profissionais da saúde, policiais, agentes penitenciários, entre outros.

Possivelmente, o aspecto mais importante para caracterizar esta síndrome ocorreu em 1996, na Regulamentação da Previdência Social, quando oportunamente a síndrome foi incluída no CID-10 (Código Internacional das Doenças) como um agente patogênico causador de doença ocupacional. Mesmo assim, esta síndrome ainda é pouco conhecida por parte dos profissionais, mesmo daqueles que, devido à sua ocupação, deveriam conhecê-la o suficiente para poder criar mecanismos de defesa ou intervenção.

Benevides-Pereira (2003) descreve a sintomatologia da síndrome de Burnout no quadro abaixo. Deve-se levar em consideração que para caracterizar esta síndrome, não é necessário apresentar todos os sintomas, mas o que diferencia Burnout de estresse é a acentuação dos sintomas defensivos.

Quadro 2 – Resumo esquemático da sintomatologia da síndrome de burnout.

Sintomatologia da Síndrome de Burnout	
Aspectos físicos	Aspectos comportamentais
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fadiga constante e progressiva ▪ Distúrbios do sono ▪ Dores osteomusculares ▪ Cefaléias, enxaquecas ▪ Perturbações gastrintestinais ▪ Imunodeficiências ▪ Transtornos cardiovasculares ▪ Distúrbios respiratórios ▪ Disfunções sexuais ▪ Alterações menstruais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negligência ou excesso de escrúpulos ▪ Irritabilidade ▪ Agressividade ▪ Incapacidade para relaxar ▪ Perda da iniciativa ▪ Dificuldade na aceitação de mudanças ▪ Aumento no consumo de drogas lícitas ou ilícitas ▪ Comportamento de alto risco ▪ Suicídio
Aspectos psíquicos	Aspectos defensivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de atenção e concentração ▪ Alteração de memória ▪ Lentidão do pensamento ▪ Sentimento de alienação ▪ Sentimento de solidão ▪ Sentimento de insuficiência ▪ Impaciência ▪ Redução da autoestima ▪ Dificuldade de autoaceitação ▪ Labilidade emocional ▪ Astenia, desânimo, disforia, depressão ▪ Desconfiança, paranoia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendência ao isolamento ▪ Sentimento de impotência ▪ Perda do interesse pelo trabalho ou lazer ▪ Absenteísmo ▪ Ironia, cinismo

Fonte: Benevides-Pereira (2003, p.44).

Benevides-Pereira (2003) destaca que em função do despreparo destes, o trabalhador que apresenta nível considerável de Burnout pode ser tratado como portador de estresse ou depressão, o que não traz benefício algum, pois a causa principal do problema não é tratada. Portanto, pode-se atribuir toda a dificuldade a componentes pessoais, bem como apresenta as consequências da síndrome de Burnout de forma sistêmica, ou seja, envolvendo desde a área física e psíquica, incluindo aspectos relacionados ao trabalho do indivíduo e sua convivência familiar e social, conforme se verifica no quadro a seguir:

Quadro 3 – Resumo esquemático das consequências da síndrome de burnout.

Consequências da Síndrome de Burnout	
Físicas, pessoais e sociais	Organizacionais e no trabalho
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fadiga constante e progressiva ▪ Distúrbios do sono ▪ Dores osteomusculares ▪ Cefaléias, enxaquecas ▪ Perturbações gastrintestinais ▪ Imunodeficiências ▪ Transtornos cardiovasculares ▪ Distúrbios respiratórios ▪ Disfunções sexuais ▪ Alterações menstruais ▪ Redução da autoestima ▪ Falta de atenção e concentração ▪ Alterações de memória ▪ Lentidão do pensamento ▪ Sentimento de alienação ▪ Sentimento de solidão ▪ Sentimento de insuficiência ▪ Impaciência ▪ Astenia, desânimo, disforia, depressão ▪ Dificuldade de auto aceitação ▪ Desconfiança, paranoia ▪ Labilidade emocional ▪ Isolamento ▪ Divórcio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuição da qualidade ▪ Predisposição a acidentes de trabalho ▪ Abandono do emprego ▪ Absenteísmo ▪ Rotatividade de setores ou empregos ▪ Baixa produtividade

Fonte: Benevides-Pereira (2003, p. 69-71).

No Brasil, pesquisas têm evidenciado que a incidência de Burnout não deve diferir daquelas registradas em outros países. Ademais, encontra-se em desenvolvimento, o que pode levar a uma repetição em outros países pelo aumento do setor de serviços na economia, da instabilidade social e econômica, coexistência de diferentes modalidades de processos produtivos, precariedade das relações de produção, desemprego crescente, mudanças nos hábitos e estilos de vida dos trabalhadores influenciados pela implantação de programas de qualidade total e reengenharia (JAQUECS e CODO, 2002).

Porém, segundo Benevides-Pereira (2003), não há um consenso entre os autores para denominar a síndrome de Burnout, o que pode corroborar para dificultar pesquisas sobre o tema. Por exemplo, algumas dessas denominações a seguir: estresse laboral para assinalar a associação com o trabalho segundo Büssing e Glaser (2000); González (1995); Herrero e Rivera, Martín (2001); Schaufeli (1999), estresse profissional segundo May e Revich (1985); Nunes (1989), estresse assistencial, estresse ocupacional assistencial ou simplesmente estresse ocupacional definindo maior incidência entre profissionais que lidam com o cuidado direto a outras pessoas, independentemente do caráter profissional ou trabalhista conforme Carlotto (1999); Firth (1995); Shoröder et al (1996).

Alguns autores hispânicos referem-se à expressão síndrome de queimar-se pelo trabalho segundo Gil-Monte e Peiró, (1997); Seisdedos, (1997) ou desgaste profissional segundo Moreno-Jiménez e Garrosa, González (2000). No Brasil, observam-se referências à neurose profissional ou neurose de excelência segundo Stella (2001), ou síndrome do esgotamento profissional segundo (MORAES, 2000).

Ao longo do tempo, os estudos sobre a síndrome de “queimar-se” ou de “esgotamento profissional” têm se estabelecido como uma resposta ao estresse ocupacional crônico, relacionado a atitudes e sentimentos negativos. Observa-se que os estudos relacionados ao Burnout, mostram a não existência de um conceito único, como se verifica abaixo:

O marco inicial de Freudenberg (1974) ocorreu a partir de estudos sobre a perda de motivação e comprometimento, acompanhados de sintomatologias psíquicas e físicas, como a perda de energia e a presença de fadiga, manifestados por voluntários de uma instituição para tratamento de pessoas viciadas em drogas. Em seus estudos, define Burnout como o resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho que surge em profissionais que estão lidando diretamente com pessoas em prestação de serviço.

Maslach e Jackson (1981) destacaram que o esgotamento emocional pode ser entendido como uma situação sentida pelos profissionais quando não podem dar mais de si mesmos e a despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas no relacionamento com as pessoas. Estas autoras constataram que a síndrome de burnout era mais evidente entre os profissionais da saúde, que perdiam o interesse, a empatia e o respeito pelos pacientes decorrentes das próprias demandas do trabalho.

Para González (1995), a síndrome de Burnout é entendida como a consequência de um desajuste entre as necessidades do trabalhador e os interesses da empresa.

Na concepção de França e Rodrigues (1997), a exaustão emocional ocorre quando o indivíduo percebe que não dispõe de recursos suficientes para dar atenção ou oferecer cuidados aos outros. Surgem sintomas de cansaço, irritabilidade, vulnerabilidade a acidentes, sinais de depressão e ansiedade, etilismo, tabagismo ou uso drogas ilícitas, surgimento de doenças, principalmente daquelas denominadas psicossomáticas; a despersonalização ocorre por parte do profissional que desenvolve atitudes negativas e insensíveis em relação às pessoas com as quais trabalha, tratando-as como objetos; e a diminuição da realização profissional pode resultar em uma avaliação negativa de si mesmo.

A síndrome de burnout é o resultado de experiências subjetivas, que envolve sentimentos e atitudes, implicando em alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com consequências nocivas para o trabalhador e a organização na qual trabalha, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo, bem como a qualidade de seu trabalho (AMORIM; TURBAY, 1998).

Segundo Thorton (1992), as características mais comuns nas diversas definições de Burnout ocorrem ao nível individual, envolvem sentimentos, atitudes e expectativas, gerando estresse, desconforto e disfunções físicas. Assim, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) pontuam que, nas várias definições de Burnout, encontram-se convergência ao menos em cinco elementos, ou seja, predomina os sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; enfatiza os sintomas comportamentais e mentais e não os sintomas físicos; os sintomas de Burnout são relacionados com o trabalho, eles se manifestam em pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome e que eram motivadas para o trabalho, conseqüentemente diminui o desempenho no trabalho devido a atitudes e comportamentos negativos.

Autores, como Schaufeli e Buunk (1996), consideram que as formas de manifestações de Burnout podem ser classificadas em dimensões conceituadas como: na dimensão afetiva ocorre o relato do humor depressivo, o sentimento de desesperança, a baixa autoestima, a falta de significado, a ansiedade e os sentimentos de impotência no trabalho, a intolerância à frustração, hostilidade, hipersensibilidade e desconfiança Burnout, diminui a motivação para o trabalho, levando o indivíduo acometido a uma percepção distorcida e pessimista da vida e de si mesmo; na dimensão cognitiva é referida uma dificuldade de concentração e memorização, para tomadas de decisões e a presença de sintomas sensoriais motores, como os tiques nervosos, a agitação e a incapacidade de relaxar; na dimensão física, os sintomas psicossomáticos, segundo Freudenberger (1974) e Arches (1991) são: resfriados frequentes, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, fadiga, insônia, sensação de exaustão, tremores e falta de ar; na dimensão comportamental alguns autores relatam a intensificação no uso de drogas, conduta de aversão, irritação frequente, frustração, hiperatividade e dificuldade para controlar as emoções, outros autores apontam o absentismo, a baixa produtividade, os atrasos no trabalho, os acidentes, os roubos, a negligência e a intenção de abandonar o emprego como Schaufeli e Buunk (1996); na dimensão social, as manifestações mais frequentes são os problemas com os clientes, colegas, superiores e subordinados, por conta de um comportamento de aversão aos contatos sociais (MASLACH, 1978).

A diminuição do envolvimento no trabalho tende a interferir na vida familiar, aumentando os conflitos interpessoais; as pessoas com Burnout são propensas a se isolarem; na dimensão relacionada à atitude, é relatada a desumanização, insensibilidade e indiferença no trato com as pessoas Maslach (1978); Maslach e Jackson (1986). Ademais, ocorre a perda de entusiasmo, interesse e idealismo, que pode levar ao absentismo e até mesmo o abandono do emprego.

Os sintomas do Burnout podem ser confundidos com os da depressão, Schaufeli e Buunk (2003) afirmam que as sintomatologias destas patologias apresentam variações, mas para percebê-las é necessário conhecê-las. Alguns autores relatam que Burnout e depressão surgem por diferentes fatores McIntyre (1994); Schaufeli e Buunk (2003).

Segundo Benevides-Pereira (2002), a pessoa que vivencia o Burnout identifica o trabalho como desencadeante do processo e apresenta uma sintomatologia com prevalência de sentimentos de desapontamento e tristeza. Por outro lado, na depressão há prevalência de sentimentos de derrota e letargia para a tomada de atitude.

Segundo, Schaufeli e Buunk (1996), o Burnout tende a causar uma apatia geral pelo trabalho, o indivíduo não se sente mais estimulado com suas atividades laborais, perdendo o interesse por sua organização e seus colegas de trabalho, diante dos quais começa a desenvolver certa desconfiança e crítica exagerada sobre tudo. Como resultado, a pessoa pode apresentar dificuldade nos relacionamentos interpessoais, tornando-se menos eficiente e mais sujeita a acidentes. Pode também mostrar aparente frieza em relação ao sofrimento do outro, com exacerbação do isolamento social e familiar, além de minimizar os problemas inerentes à profissão.

O processo de adoecimento pelo Burnout, segundo Lautert (1995) ocorre de maneira lenta e gradual. Já Alvarez-Galego e Fernández-Rios (1991), distinguem três momentos para sua manifestação: inicialmente, as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um estresse laboral no indivíduo - percepção de uma sobrecarga de trabalho. O indivíduo se esforça em adaptar-se e a produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido, então, surgem sinais de fadiga, tensão, irritabilidade e ansiedade. Assim, nesta fase, exige-se uma adaptação psicológica que se reflete no seu trabalho, reduzindo o interesse e a responsabilidade pela função assumida. Por fim, o indivíduo produz uma mudança de atitude e comportamento com a finalidade de defender-se das tensões vivenciadas, ocasionando distanciamento emocional, apatia, oposição radical e ativa às regras e rigidez.

Os momentos descritos anteriormente são contestados por Belcastro, Gold e Hays (1983) *apud* Delgado (1993). Esses afirmam que não é possível determinar, com exatidão, as sequências das diferentes fases envolvidas no desenvolvimento desta síndrome. Gil-Monte (1993) se refere à síndrome como um processo sequencial, coerente com os autores previamente citados, que surge no primeiro momento em que o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, estresse e surgindo depois sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade; e, finalmente, ocorre o desenvolvimento de estratégias de defesa, que são utilizadas constantemente. Estas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos, incluindo a indiferença e o distanciamento emocional do trabalho.

Nessa perspectiva, a síndrome de burnout não se limita apenas a um problema do indivíduo, mas a uma desorganização da relação entre o ambiente laboral, as características pessoais do trabalhador e a origem da atividade que desenvolve, ou seja, os aspectos individuais associados às condições de trabalho favorecem o surgimento dos fatores multidimensionais da síndrome que são: exaustão emocional, despersonalização e a baixa realização com o trabalho.

No entanto, deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias de enfrentamento que o indivíduo pode utilizar, agindo como uma variável mediadora entre o estresse percebido e suas consequências. O estresse no trabalho é um conjunto de reações emocionais, cognitivas, fisiológicas e do comportamento a certos aspectos adversos ou nocivos do conteúdo, da organização ou do ambiente de trabalho. É um estado que se caracteriza por altos níveis de excitação e de angústia, com a frequente sensação de não poder fazer frente à situação.

4. ESTRESSE

Para Selye (1956, p. 3), segundo a medicina, o estresse é praticamente o desgaste do corpo, como refere: “Não implica necessariamente uma alteração mórbida: a vida normal também acarreta desgaste na maquinaria do corpo. Na verdade, o estresse pode ter até mesmo valor terapêutico, como na terapia de choque, sangria e esportes”. Este autor observava em pacientes, reações emocionais comuns mesmo em quadro patológico diferente, desde então, começou a estudar essas reações em comum, ou seja, agitação, angústia e tristeza. Passou a utilizar, em conferências e reuniões, o termo Síndrome Geral da Adaptação ou Síndrome do Estresse Biológico ou simplesmente a Síndrome de estar apenas doente.

Em 1936, Selye foi o primeiro autor a descrever o conceito de estresse Helman (1994); Gasparini e Rodrigues (1992). Não há um consenso sobre o termo estresse. Alguns autores entendem que representa uma adaptação inadequada à mudança imposta pela situação externa, uma tentativa frustrada de lidar com os problemas Helman (1994), mas estresse também pode ser denominado, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão a tal situação (LIPP; ROCHA, 1994).

Segundo Selye (1956), o estresse ocorre quando o indivíduo precisa enfrentar situações que exigem um processo de adaptação e podem ser interpretadas como um desafio ou ameaça, há três níveis diferentes de reações na medida em que o indivíduo não é capaz de eliminar ou controlar as situações de estresse ou os agentes estressores, desencadeando as fases de alerta, resistência e exaustão.

FASE DE ALERTA: o estressor ativa o sistema nervoso simpático, mobilizando o organismo para a reação de fuga ou de luta. Em resposta ao estímulo, as glândulas adrenais produzem e liberam os hormônios do estresse denominados adrenalina e cortisol. Esses aceleram o batimento cardíaco, dilatam as pupilas, aumentam a sudorese e os níveis de açúcar no sangue, reduzem a digestão, o crescimento e a libido, contraem o baço que expulsa mais hemácias para a circulação sanguínea, o que amplia a oxigenação dos tecidos e causa imunodepressão – redução das defesas do organismo (Figura 1). Se o estressor permanecer por tempo prolongado, a fase de resistência é ativada.

Figura 1 – Fisiologia do estresse



Fonte: Albert e Ururahy (1997)

FASE DE RESISTÊNCIA: o organismo busca uma adaptação reparando os danos causados pela fase de alerta, seu objetivo principal é procurar o equilíbrio (homeostase) e para isso, queima muita energia (figura 2). Ocorre maior atividade do sistema nervoso parassimpático que se opõe ao sistema nervoso simpático e as manifestações agudas desaparecem. A homeostase permanece por algum tempo e muitos dos sintomas iniciais são substituídos pela sensação de desgaste e cansaço ou, quando o indivíduo consegue adaptar-se adequadamente, esse processo de estresse é interrompido sem sequelas, quando não consegue interromper, avança para a próxima fase.

Figura 2 – Curva e fases do estresse



Fonte: Selye, 1956; Lipp, 1996

FASE DE EXAUSTÃO: decorre quando os sistemas envolvidos na fase anterior falham, ou seja, o organismo perde o poder adaptativo; há diminuição ou esgotamento dos mecanismos que o envolve podendo surgir patologias localizadas em órgãos específicos, resultante da falência de órgãos ou de seu comprometimento. Esta fase é a soma das reações gerais que se desenvolvem como resultado da exposição prolongada aos agentes estressores, frente aos quais ocorreu o processo de adaptação que o organismo não consegue mantê-la.

Apesar dos estudos dos eventos estressores contarem com um considerável desenvolvimento histórico, nas formulações iniciais, preponderava o foco sobre o evento estressor, mas atualmente existe grande consideração nas diferenças individuais e nas variáveis cognitivas e motivacionais das pessoas (LAZARUS, 1995). Assim, considera-se importante não só a quantidade dos fatores que podem potencializar o estresse, mas os aspectos individuais, a maneira como cada pessoa reage às pressões cotidianas, bem como os aspectos culturais e sociais aos quais estão inseridos.

Em cada sociedade há aspectos culturais, padrões de comportamentos que são impostos aos indivíduos, de maneira que pode ocorrer uma frustração na realização dessas demandas podendo gerar o estresse. Vários fatores como: problemas familiares, acidentes, doenças, mortes, conflitos pessoais, dificuldade financeira, desemprego, aposentadoria, problemas no ambiente de trabalho e inúmeros outros podem ser experienciados de diversas maneiras porque os indivíduos são únicos, diferentes, em um mesmo contexto histórico, cultural e social, assim, os problemas na esfera social podem potencializar o estresse patológico em alguns indivíduos enquanto em outros nada representam (HELMAN, 1994; LADEIRA, 1996).

Parece haver um consenso em torno de que a síndrome de burnout pode ser caracterizada como uma resposta ao estresse ocupacional crônico, mas é importante diferenciar os conceitos, portanto, burnout tem como consequência uma dessensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo usuários, pacientes e a própria organização. O estresse é um esgotamento que, de modo geral, interfere na vida pessoal do indivíduo, além de seu trabalho (CODÓ; VASQUES-MENEZES, 1999).

Pode-se afirmar que o organismo humano está muito bem adaptado para lidar com estresse agudo, mas quando essa condição se torna repetitiva ou crônica, seus efeitos se multiplicam em cascata, desgastando seriamente o organismo. O estresse relacionado ao trabalho ocorre quando o indivíduo interpreta a situação como que excedendo a sua capacidade adaptativa; um trabalhador 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.

REFERÊNCIAS

- [1] ABBAD, G.; TORRES, C. V. Regressões múltiplas stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. Estudos de psicologia, v.7, p. 19 - 29, 2002.
- [2] ALBERT, E.; URURAHY, G. *Como tornar-se um bom estressado*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.
- [3] ALVAREZ GALLEGO, E.; FERNÁNDEZ RIOS, L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria, 11, 257-265, 1991.
- [4] AMORIM, C.; TURBAY, J. Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout. Associação Brasileira de Psicologia Social (Org.), Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO (p. 70). Curitiba: ABRAPSO, 1998.
- [5] ANDRADE, M. M. de. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: Noções práticas*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- [6] ARCHES, J. Social structure, burnout and job satisfaction. Social Work, 36, 202-206, 1991.
- [7] BACHION, M. M.; PERES, A. S.; BELISÁRIO, V. L.; CARVALHO, E. C. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 33-39, 1998.
- [8] BELCASTRO, P. A.; GOLD, R. S.; HAYS, L. C. (1983). Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teacher. Psychological Reports, nº 53, p. 364-366.
- [9] BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. A saúde mental de profissionais de saúde mental. Maringá: EDUEM, 2001.
- [10] BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- [11] BENEVIDES-PEREIRA, A. O Estado da arte do burnout no Brasil. Revista Eletrônica InterAção Psy, nº 1, p. 4-11, 2003.
- [12] BESERRA, F. M. Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em hospital geral. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.
- [13] BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Anuário estatístico da Previdência Social. Brasília, DF, 2000, 851p.
- [14] BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.

- [15] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120. Aprova a Instrução normativa de Vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 de jul. 1998.
- [16] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 de nov. 1999.
- [17] BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- [18] BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Saúde do trabalhador: Legislação. Brasília, DF, 2001. 124 p. (Série E. Legislação de Saúde).
- [19] BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979 - 1999. Rio de Janeiro, RJ, 2002. p 124.
- [20] BRASIL. Ministério da Saúde. Norma de vigilância da saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno. Brasília, 2003.
- [21] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de abril, 2004.
- [22] BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações - 2002. Brasília, DF, 2003. 1 CD-Rom.
- [23] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 421, de 18 de junho de 2009. Modifica o inciso VIII-1 da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2009/Reso421.doc>. Acesso em: 16 de abr., 2012.
- [24] BRASIL. Decreto nº 3048 de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em <http://trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Decreto/3048_99.htm>, Acesso em: 16 de abr., 2012.
- [25] BRASIL. Instrução Normativa INSS/PRES nº 16, de 27 março de 2007. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de mar. 2007.
- [26] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008. [Série B: Textos Básicos de Saúde].
- [27] BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras, 2008. Disponível em: <www.mte.gov.br>. Acesso em: 16 de abril de 2012.
- [28] BRASIL. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 10 de out. de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>> Acesso em: 16 de abr., 2012.
- [29] BÜSSING, A.; GLASER, J. Four-stage model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. *Work & Stress*, 14, 329-346, 2000.
- [30] CARLOTTO M, Câmara S. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicol Estud* 2004 9:499-505., 2004.
- [31] CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout: Um tipo de estresse ocupacional. Porto Alegre: ULBRA, 1999.
- [32] CECAGNO, Daiane; SIQUEIRA, Hedi; et al. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro; Artigo disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 15 de novembro de 2011.
- [33] CHEREMETA, M. et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida. Revista da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Ponta Grossa, PR, n. 01, jan./jun. 2011.*
- [34] CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos: fundamentos básicos. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- [35] CODO, W. & VASQUEZ-MENEZES, I. (1999). O que é burnout? Em W. Codo (Org.), Educação: Carinho e trabalho (p.237-255). Rio de Janeiro: Vozes.
- [36] CONTE, A. L. Qualidade de vida no trabalho. *Revista FAE Buusiness*, n. 7, nov. 2003.
- [37] COZBY, P. C. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas, 2003.
- [38] DEJOURS, C. O Fator Humano. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- [39] DELGADO, A. C. Revisión teórica del burnout: o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Canoas*, 2, 47-65, 1993.

- [40] FERREIRA, J. C. V. Enciclopedia Ilustrativa de Mato Grosso. Cuiabá: Buriti, 2004.
- [41] FIRTH, J. Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of Occupational Psychology*, nº 58, p. 139-148, 1995.
- [42] FISCHER, F. M. (1997). Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores. Brasil: CUT, pp. 5 – 8.
- [43] FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (QHOQOL – 100). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999.
- [44] FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, p. 19-28, 2008.
- [45] [FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas, 1997.
- [46] FRANÇA, H. H. (1987). A Síndrome de “Burnout”. *Revista Brasileira de Medicina*, vº 44, nº 8, 197 – 199.
- [47] FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, nº 30, p. 159-165, 1974.
- [48] GARDNER B, et al, Cognitive therapy and behaviour coping in the management of work-related stress: an interventional study. *Work Stress*. 2005;19(2):137-52.
- [49] GIL-MONTE PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, nº 11, p. 679-89, 1999.
- [50] GIL-MONTE PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Méx* 2002; 44:33-40.
- [51] GIL-MONTE, P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermeira. *Psicol Est*. 2002; 7(1):3-10.
- [52] GIL-MONTE, P. R. Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Revista do Departamento de Psicología Básica, Metodología, Psicobiología y Psicología Social da Universidad de Valencia*, nº 45, 46-57, 1993.
- [53] GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madri: Síntesis, 1997.
- [54] GÓMEZ MMN, Dodino CN, Aponte CF, Caycedo CE, Riveros MP, Martínez MPM, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Revista Universitas Psychologica*, nº 4, p. 63-75, 2005.
- [55] GONZÁLEZ, B. O. El síndrome de “burnout” (“Quemado”) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1, 189-194, 1995.
- [56] GUIMARÃES, L. A. M., CAMARGO, D. A., TEIXEIRA, A. Violência no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M. GUIBITS, S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. vol. III. p. 245 – 264.
- [57] [57] GUJARATI, Damodar. *Econometria básica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- [58] GRUNFELD E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*, nº 9, p. 163:166.
- [59] HACKMAN, J., OLDHAM, J. *A diagnostic approach to organization behavior*. Newton: Judith Gordon, Allyn an Bacon, 1983.
- [60] HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- [61] HERRERO, L. H.; GONZÁLEZ, J. L. R.; MARTÍN, M. J. R. R. Estrés laboral y variables biomédicas. 2001. Recuperado em 16 de outubro de 2007. Disponível em: <www.psiquiatria.com/congreso>, 2007.
- [62] HERRERO, L. H.; GONZÁLEZ, J. L. R.; MARTÍN, M. J. R. R. Estrés laboral y variables biomédicas. Recuperado em 16 de Outubro de 2007. Disponível em: <www.psiquiatria.com/congreso>. Acesso em: 15 de maio de 2012.
- [63] HULLEY, B. S. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- [64] HUNT, S. D., CHONKO, L. B. & WOOD, V. R. (1985). Organizational commitment and marketing. *Journal of marketing*, v. 49, nº 1, p. 112 – 126.
- [65] JAQUECS, M. G.; CODO, W. *Saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- [66] JORGE RODRIGUEZ F.; BLANCO RAMOS M. A.; ROMERO GARCIA L. et al. Relación de la calidad de vida profesional y El burnout em médicos de atención primaria. *Aten. Primaria*, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.

- [67] KAHILL, S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of empirical evidence. *Canadian Journal for Counseling Review*, 22, 310-342, 1988.
- [68] KOVÁCS, M J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: v. 34, nº 4, p.420-429, 2010.
- [69] LADEIRA, M. B. O processo de stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Revista de Administração*, v. 51, nº 1, p.64-74, 1996.
- [70] LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da economia política. *Revista Katál.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.
- [71] LAUTERT, L. O desgaste profissional do enfermeiro. Tese de Doutorado – Universidad de Salamanca, 1995.
- [72] LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, v. 44, nº 1, p. 21, 1989.
- [73] LIMONGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos e praticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2003.
- [74] LIPP, M. E. N; ROCHA, J. C. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas, SP: Papirus, 1994.
- [75] LIPP, M. Stress: Conceitos Básicos In: LIPP, M.(Org.) Pesquisas Sobre Stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Papirus/Editora São Paulo, 1996.
- [76] LIPP, Marilda Emanuel Novaes. O que é stress? Disponível em <<http://www.estresse.com.br>>, acesso em 23 de mai. 2012.
- [77] LUNA JMR. Síndrome de "burn out" ¿El médico de urgencias incansable? *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, nº 1, p. 48-56, 2002.
- [78] MAIA, S.C. Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva: proposta para a minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Dissertação (Mestrado), Florianópolis, 1999. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br>>. Acesso em: 14 de outubro de 2011.
- [79] MALVEZZI, S. Prefácio. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Organizadores: Zanelli, J,C.; Boges-Andrade, J.B. e Bastos, AA.V.B. Porto Alegre, Artmed, 2004.
- [80] MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- [81] MARTINEZ, J. C. A. Aspectos epidemiológicos del syndrome de burnout em personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Publica*, Madrid, v. 7, n. 3, p. 293-303, 1997.
- [82] MASLACH C, GOLDBERG J. Prevention of burnout: new perspectives. *Appl Prev Psychol* 1998; 7:63-74.
- [83] MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*, v. 7, nº 52, p. 63-74, 2001.
- [84] MASLACH, C.; JACKSON, C.E. "Lawyer burnout". *Barrister*, v. 5, nº 2, 1978.
- [85] MASLACH, C. Burnout: A multidimensionalidade perspective. Em W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor, Francis, 1993.
- [86] MASLACH, C. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, nº34, p. 11-24, 1978.
- [87] MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, p. 99-113, 1981.
- [88] MASLACH, C.; JACKSON, S. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
- [89] MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, nº 52, p. 397-422, 2001.
- [90] MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. Em W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-18). Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.
- [91] MAY, H. J.; REVICH, D. A. Professional stress among family physicians. *Journal of Family Practice*, nº 20, p. 165-171, 1985.
- [92] MCINTYRE, T. M. *Le domaine de la psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- [93] MENDES, A. M. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- [94] MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

- [95] MORAES, C. V. Avaliação da Síndrome de Esgotamento Profissional -"Burnout" - em trabalhadores de Saúde. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- [96] MORENO-JIMÉNEZ B. Olvido y recuperación de los factores psicossociais em la salud laboral. Editora dos Archivos de Prevención de Riesgos Laborales nº 3, p. 3-4, 2000.
- [97] MORENO-JIMÉNEZ, B.; GARROSA, E.; GONZÁLEZ, J. L. La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CBP-R. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, nº 16, p.151-171, 2000.
- [98] MOURA, CB de. Orientação profissional: sob o enfoque da análise do comportamento. Londrina: UEF; 2001.
- [99] NICHOLS, D. P. My Coefficient α is Negative, SPSS Keywords, Number 68, 1999. Disponível em <<http://www.ats.ucla.edu/STAT/SPSS/library/negalfa.htm>> acessado em 10/07/2012.
- [100] NUNES, R. As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros. Monografia não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 1989.
- [101] OMS – Organização Mundial de Saúde. (2007). CID-10: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde. (10ª revisão). Porto Alegre: Artes Médicas.
- [102] [102] PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R (Org.). Gestão da qualidade de vida na empresa. Campinas: IPES Editorial, 2005.
- [103] PITTA, A. Dor e morte como ofício. Rio de Janeiro: Hucitec, 1990.
- [104] PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- [105] RAMIREZ AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet, 347:724-8, 1996.
- [106] REIS JÚNIOR, D. R. dos. Qualidade de Vida no Trabalho: Construção e validação do questionário QWLQ-78. Ponta Grossa, 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná.
- [107] RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. L. F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. Rev. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, ano 04, nº 43, p. 93-107. 1992.
- [108] SANTOS-FILHO, S. B., BARROS, M. E. B (Org.) Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.
- [109] 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.
- [110] SAUTER, S. L, HURRELL, J. J, MURPHY, L. R & LEVI, L. Psychosocial and organizational factors. In: ILO – International Labour Office. Encyclopedia of occupational health and safety. 4ed. Enciclopédia na internet. Geneva: ILO. Vol 2, part V, chapter 34, 1998.
- [111] SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. Professional burnout. Em M. J. Schabracq, J. M., Winnubst, C. L. Cooper (Orgs.), Handbook of Work and Health Psychology (pp. 311-346). London: Wiley, 1996.
- [112] SCHAUFELI, W. Evaluación de riesgos psicossociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 15, 147-171, 1999.
- [113] SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis - Issues in occupational health. Nottingham, UK: Tom Cox and Amanda Griffiths, 1998.
- [114] SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, EERP, 2004.
- [115] SCHWARTZMANN L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿estamos hablando de lo mismo? Cienc Trab, nº 6, p. 174-84, 2004.
- [116] SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n.5, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2007.
- [117] SEISDEDOS, N. MBI Inventário "Burnout" de Maslach. Madri: TEA, 1997.
- [118] SELYE, H. Stress a tensão da vida. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1965.
- [119] SELYE, Hans. Stress, a tensão da vida. Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc. 1956.
- [120] SHORÖDER, M.; MARTÍN, E.; FONTANAIS, M. D.; Mateo, D. Estrés ocupacional em cuidados paliativos de equipes catalãs. Medicina Paliativa, nº 3, p. 170-175, 1996.

- [121] STELLA, M. I. J. As exigências do trabalho do novo milênio, como fator desencadeante das neuroses profissionais. In Sociedade Interamericana de Psicologia da Saúde (Org.), Anais do Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde (p. 96). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.
- [122] STEVENSON, W. J. Estatística aplicada a administração. São Paulo: Harbra, 1981.
- [123] TAMAYO R. M. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.
- [124] TAMAYO, A. et al. Cultura e saúde nas organizações. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- [125] THORTON, P. I. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. The Journal of Psychology, nº 126, p. 261-271, 1992.
- [126] TRUCCO, M. B.; VALENZUELA, P. A.; TRUCCO, D. H. Occupational stress in health care personnel. Rev. Med. Chile, nº 127, p. 1453-1461, 1999.
- [127] VASQUES-MENEZES, I. A contribuição da psicologia clínica na compreensão do burnout: um estudo com professores. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, 2005.
- [128] WALTON, R. E. Quality of working life: what is it?. Sloan Management Review, v. 15, n. 1, p.11-21, 1973.
- [129] WERTHER, W. B. e DAVIS, K. Administração de pessoal e recursos humanos. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.
- [130] WESTLEY, W. A. Problems and solutions in the quality of working life. Human Relations, v. 32, n. 2, p. 113-123, 1979.
- [131] WHO (World Health Organization) Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.
- [132] WHOQOL Group. The World Health Organization Quality Life Assesment (WHOQOL). Position paper from the world health organization. Oxford, Soc. Sci. Med., v.41, n.10, 1995.

Capítulo 5

Qualidade de vida no trabalho e Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde

Jaqueline Gomes de Souza Santos

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes

Victor Hugo Santos de Castro

Maíra Maria Leite de Freitas

Etevaldo Deves Fernandes Neto

Raquel Guimarães Tavares Martins

Samara Gomes Matos Girão

Eveline Araujo de Oliveira

Resumo: Introdução: trabalho na área da saúde possui valores éticos e sociais de extrema grandeza, ou seja, alívio do sofrimento e recuperação da saúde; para os profissionais, o significado do trabalho é favorecer o fortalecimento da identidade. Objetivo: investigar a relação entre a qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino. Método: estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Resultados: o contexto onde os profissionais da saúde do HUWC/UFC estão com níveis satisfatórios de QVT (60,30%), sobressaindo o domínio pessoal (67,58%) enquanto o domínio profissional atingiu o menor índice (50,86%). Pode-se afirmar que esses profissionais não estão em burnout, porém apresentaram níveis moderados de exaustão emocional (48,58%), despersonalização (58,19%) e realização profissional (53,67%). Os dados obtidos permitem afirmar que existe correlação significativa entre os domínios de QVT e as dimensões de burnout. Conclusão: Assegura-se que manter e aprimorar a saúde desses trabalhadores é de fundamental importância, pois reflete diretamente na qualidade da assistência oferecida aos pacientes e na relação interpessoal.

Palavras-chave: Qualidade de vida no trabalho. Burnout. Profissionais da saúde.

1. INTRODUÇÃO

O psicólogo norte americano Freudenberger, na década de 70, utilizou o termo burnout para indicar um estado de cansaço físico e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimentos de impotência, frustração, inutilidade e baixa autoestima, que podem levar o indivíduo à depressão, podendo em estágios mais avançados, levar ao suicídio. Ademais, Burnout é definido como uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização profissional que pode ocorrer em indivíduos que trabalham diretamente com pessoas, bem como um processo de perda da criatividade seguida pela sensação de tédio e aversão pelo trabalho, sua predileção é acometer profissionais idealistas e motivados para o trabalho. Com isso, tais acontecimentos são resultados de um excesso de demanda de energia, força ou recursos que, no caso dos profissionais da saúde, podem levá-los a tornarem-se insensíveis, incompreensivos e até mesmo agressivos no lidar com os pacientes que estão sob seus cuidados (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH, C.; JACKSON, S. 1986; JORGE RODRIGUEZ F. et al., 2005.).

O desequilíbrio na saúde dos funcionários pode levá-lo a ausentar-se do trabalho gerando despesas elevadas referentes à reposição do profissional o que pode refletir diretamente na qualidade dos serviços, bem como na produtividade e na lucratividade da organização. No ambiente hospitalar, o estresse é percebido na maneira como os profissionais se comportam, ou seja: equipes desmotivadas, apáticas, cansadas, indiferentes, ocasionando conflitos e insatisfação nos próprios profissionais. Entre os profissionais da saúde, especialmente entre enfermeiros, o aparecimento de estresse é muito alto, com o agravante de os enfermeiros estarem tão envolvidos na assistência ao paciente que, muitas vezes não percebem sua própria vulnerabilidade (MORENO-JIMÉNEZ, 2000; SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. 1996; LAUTERT, 1995; BACHION et al., 1998.)

O trabalho representa para o indivíduo um dos aspectos mais relevantes de sua vida e é inseparável da sua existência. Não é só a produção de bens, mas uma forma de realização pessoal, visto que o indivíduo dedica a maior parte da sua vida ao trabalho. A relação entre o trabalho e o bem-estar do trabalhador requer a implantação de medidas e de políticas de construção de uma cultura organizacional em que seja garantida a qualidade de vida no trabalho e consequente realização profissional. O trabalho na área da saúde possui valores éticos e sociais de grande magnitude, ou seja, alívio do sofrimento e recuperação da saúde. Para os profissionais da saúde, o significado do trabalho é favorecer o fortalecimento da identidade (TAMAYO et al., 2004).

Diante de todas as dificuldades de se desenvolver os processos de mudança nas organizações de trabalho, é de suma importância que elas ocorram de forma organizada e gradual, contando com a colaboração de todos os indivíduos envolvidos de modo que minimize as resistências. Para que isso ocorra, faz-se necessário que os profissionais da saúde assumam o papel de desencadeador do processo de mudança desde que o gestor trabalhe em conjunto, entendendo-a como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento e não como uma ameaça. Porém, as experiências vivenciadas nas instituições de saúde trazem, para a maioria dos profissionais, sobrecarga de trabalho e perda do reconhecimento profissional, corroborando para a elevação de casos de burnout entre estes trabalhadores (MENDES, 2007).

Ao optar pela área da saúde, o indivíduo abre possibilidades de duas, três ou mais jornadas de trabalho, pois o serviço ocorre quase sempre em regime de plantão, o que para alguns pode significar um incremento salarial, para outros um prejuízo na qualidade de vida proveniente de desgaste físico e mental decorrente da sobrecarga de trabalho. A atividade realizada em turnos é sabidamente prejudicial à saúde do trabalhador, em especial aos profissionais da saúde. O sistema de turnos foi implantado desde tempos remotos e é mantido na atualidade, caracterizando-se em funcionar por períodos nos quais várias equipes fazem revezamento através de rodízios com a proposta de assegurar o funcionamento da instituição durante 24 horas, ou seja, abrange os turnos matutino, vespertino e noturno, podendo ter horários fixos ou rotativos (GUIMARÃES et al., 2004; FISCHER, 1997).

Os esforços que os trabalhadores da saúde têm em realizar um reajustamento dos ritmos biológicos e psicológicos, levam ao surgimento de queixas de perturbações do sono, de perturbações gastrointestinais e cardiovasculares, de fadiga crônica, de depressão, de ansiedade, entre outros. As consequências desses sintomas são observadas a curto, médio e longo prazo, tanto na saúde dos trabalhadores como na capacidade operacional, na qualidade da assistência prestada e na segurança do trabalho. A qualidade de vida no trabalho não se refere apenas à integridade física, mas à sanidade psicológica dentro de um ambiente competitivo, com relações interpessoais cotidianas e tecnologias duras que se interpõem ao ser humano cuidando de outro no ambiente hospitalar (FISCHER, 1997; BESERRA, 2009).

Assim, diante da necessidade de desvelar a síndrome de burnout e a qualidade de vida no trabalho que normalmente são estudadas separadamente e com grupos isolados de profissionais, mas como ambas estão relacionadas diretamente ao trabalho, buscou-se verificar se há alguma relação entre si. Objetivou-se nesta pesquisa, investigar a relação entre qualidade de vida no trabalho e a síndrome de burnout nos profissionais da saúde de um hospital de ensino.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, com concepções teóricas, conjunto de técnicas utilizadas para o conhecimento da realidade e a habilidade do pesquisador no intuito de contribuir para o entendimento de novos enfoques para a realidade objetiva (MINAYO, 1993).

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Walter Cantídio, localizado na cidade de Fortaleza, referência em saúde terciária no Estado do Ceará. O cenário da assistência integra o Sistema Único de Saúde – SUS. É também, um centro de referência no âmbito do ensino e da pesquisa, importante campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação da UFC na área da saúde e áreas afins, bem como de outras universidades nacionais e internacionais tornando-se alusivo formador de recursos humanos. É um hospital geral, terciário, de grande porte, com 238 leitos ativos, distribuídos em unidades de internação clínicas e cirúrgicas, vinculado à Universidade Federal do Ceará. Possui destaque nacional, em intervenção cirúrgica de alta complexidade, como por exemplo, transplantes de órgãos em especial no transplante hepático.

A população foi constituída pelos profissionais da saúde como segue: médicos (230), enfermeiros (143), técnicos de enfermagem (205), auxiliares de enfermagem (176), nutricionistas (8), fisioterapeutas (14), farmacêuticos (31), terapeutas ocupacionais (2), psicólogos (13) e assistentes sociais (12), perfazendo um total de 834 profissionais.

Das dez categorias profissionais acima elencadas, foram obtidos quatro substratos, ou seja, mantiveram-se os grupos mais representativos em quantidade de sujeitos. As demais categorias profissionais de nível superior foram agregadas de modo a formar um substrato denominado outros profissionais da saúde de nível superior e procedeu-se da mesma forma com os técnicos e auxiliares de enfermagem, pois, na prática profissional, as atividades são semelhantes nesses dois grupos, ficando, portanto: 230 médicos, 143 enfermeiros, 381 auxiliares e técnicos de enfermagem e 80 outros profissionais da saúde de nível superior.

Aplicado à fórmula para população finita, obteve-se 177 sujeitos, desses, 42 médicos, 45 enfermeiros, 60 técnicos e auxiliares de enfermagem e 30 outros profissionais da saúde de nível superior responderam e devolveram os questionários de acordo com a disposição de cada profissional.

O nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão, foi $z = 1,96$ que corresponde a 95% de confiança. Considerou-se para a estimativa da proporção com o qual o fenômeno se verifica $p = 0,50$, portanto obteve-se o valor $q = 0,50$ uma vez que $p + q = 1$. Na condição de total incerteza dos fenômenos acontecerem esse valor revelará o maior erro possível da amostra. O erro amostral é a diferença entre o resultado amostral e o resultado populacional, o erro é considerado amostral quando é proveniente de flutuações amostrais aleatórias, neste estudo, o erro amostral foi de $e = 5\%$.

Tendo em vista assegurar essa característica, optou-se por utilizar a compilação de uma lista de todos os elementos da população, aplicando-se então à listagem um método aleatório, através do programa Excel, selecionando os itens que irão compor a amostra sem qualquer interferência. A lista dos profissionais da saúde foi disponibilizada pelo setor de pessoal do HUWC.

Definiu-se como critérios de inclusão, aceitar participar voluntariamente da pesquisa; possuir vínculo empregatício com a Universidade Federal do Ceará (UFC) ou com a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC). Definiu-se como critérios de exclusão: termo de consentimento livre e esclarecido sem assinatura; questionários incompletos e não devolução dos questionários por parte dos sujeitos da pesquisa.

Na coleta dos dados foi entregue três questionários estruturados com questões objetivas e o termo de consentimento livre e esclarecido dentro de um envelope lacrado e etiquetado com o nome do participante da pesquisa, cargo, vínculo e setor de modo a garantir o caráter sigiloso das informações respondidas nos questionários. Foram distribuídos 200 envelopes e retornaram 177 constituindo este o tamanho da amostra. O índice de devolução dos questionários foi, então, de 88,5%.

Os sujeitos da pesquisa responderam, inicialmente, a um questionário com abordagem sócio profissional e demográfico, organizado pela autora. Em seguida, responderam o Maslach Burnout Inventory – MBI, um questionário autoaplicável com 22 perguntas que avalia como os profissionais vivenciam seu trabalho.

Os dados foram coletados através dos três instrumentos descritos a seguir: Questionário de caracterização pessoal e profissional – composto por 13 questões objetivas que subsidiaram a caracterização do perfil socioprofissional dos sujeitos; QWLQ-bref (Quality of Working Life Questionnaire) – composto por 20 questões, utilizando escala do tipo Likert de cinco pontos que permite avaliar os domínios físico, psicológico, pessoal e profissional aferidos pelas questões (CHEREMETA et al., 2011; REIS JÚNIOR, 2008).

O teste piloto foi aplicado a 5 sujeitos que não participaram da pesquisa e o tempo médio de aplicação dos 3 questionários e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido foi de aproximadamente 15 minutos. Utilizou-se, para a compilação dos dados em QVT, o software Microsoft Excel for Windows. Os escores de Burnout em cada uma das três dimensões serão analisados de acordo com as variáveis e as características pessoais e profissionais e para isso usaremos o software Microsoft Excel for Windows.

A pesquisa considerou, inicialmente, a análise descritiva dos dados e logo após procedeu-se ao tratamento estatístico utilizando para a análise o software SPSS – versão 15 (Statistical Package for the Social Sciences).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará sendo aprovado conforme protocolo nº 103.10.11.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO HUWC/UFC

Participaram do estudo 177 profissionais da saúde como segue: 42 médicos, 45 enfermeiros, 60 auxiliares e técnicos de enfermagem e 30 outros profissionais da saúde.

A distribuição das frequências e porcentagem das características sócio demográficas dos participantes: a faixa etária mais significativa foi de 41 a 50 anos, com 37,86%; o sexo feminino foi mais representativo, com 81,92%; possuem diploma de especialista 52,54%; o estado civil predominante foi o casado, com 59,88% e 30,5% dos participantes da pesquisa possuem 2 filhos. Quanto a distribuição das frequências e porcentagem dos dados ocupacionais da amostra: a maioria tem entre 15 e 24 anos de experiência profissional (44,63%); o tempo do exercício profissional no HUWC é de 1 a 10 anos (41,24%); predominou a jornada de trabalho semanal de 40 horas (40,11%) e 129 sujeitos (72,88%) possuem vínculo trabalhista na UFC.

O burnout tem predileção pelos profissionais mais jovens, idealistas, que possivelmente não desenvolveram estratégias de defesa. Observa-se através da pesquisa que a idade prevalente na amostra estudada foi de 41 a 50 anos, optou-se por demonstrar o perfil de idade estratificado pelas categorias profissionais estudadas e conclui-se que há uma grande concentração de profissionais no intervalo de 31 a 50 anos. Acredita-se que, devido às demandas profissionais de um hospital de alta complexidade como é o HUWC e pela demanda de energia e falta de recursos humanos e materiais, os profissionais da saúde apresentam alterações em algumas dimensões da SB e dos domínios da QVT (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Quanto aos valores entre os profissionais que tem 2 filhos e os que não têm nenhum, são convergentes. Apesar do nível de escolaridade, entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, exigido ser o nível médio, 30% possuem especialização. Para tanto, os indivíduos com maior nível educacional são mais propensos ao burnout.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC - (N= 177)

As médias referentes às variáveis representantes da QVT não variaram significativamente, sendo que o domínio pessoal apresentou valor médio mais elevado (3,70) e o domínio profissional atingiu o menos elevado (3,03). Observa-se ainda que todos os domínios apresentaram nível de dispersão absoluta entre 0,54 e 0,59, como também registrou-se nível de dispersão relativa variando entre 16,66% e 17,98%, sugerindo que os sujeitos percebem os aspectos relacionados aos domínios da QVT de forma homogênea.

Ademais, os valores em uma escala centesimal, as médias de cada domínio e o índice de QVT dos profissionais da saúde do HUWC correspondem ao domínio físico/saúde abrange os aspectos relacionados a: qualidade do sono, qualidade da alimentação, hereditariedade, sensação de conforto, cansaço, satisfação das necessidades fisiológicas básicas, atendimento médico, realização de atividade física no trabalho, exercícios posturais, aparecimento de doenças do trabalho e seu respectivo tratamento, ergonomia, entre outros. Todos esses aspectos se correlacionam com uma boa prática educativa, comportamental e motivacional visando um equilíbrio entre corpo/saúde/doença. O domínio pessoal abrange os aspectos do próprio indivíduo como seu meio familiar, suas relações pessoais, suas crenças religiosas e culturais. O domínio profissional abrange os seguintes aspectos: absenteísmo, saúde do trabalhador, acidentes de trabalho, carga de trabalho, instabilidade de horários, autonomia, credibilidade do superior, cooperação entre os níveis hierárquicos, plano de carreira, reconhecimento do seu trabalho, participações nas decisões, treinamento, vida pessoal preservada.

Tendo como base o quadro de resultados, pode-se concluir que os profissionais da saúde do HUWC estão com níveis satisfatórios de QVT (60,30%) contido na variação de > 55 a 75%, sobressaindo-se os domínios psicológico e pessoal com (65,67%) e (67,58%) respectivamente. Observa-se ainda que o domínio pessoal atingiu o maior percentual sobre os demais, e que o domínio profissional apresenta o menor índice (50,86%) sendo classificado como nível neutro, ou seja, variando entre > 45 a 55%.

No ambiente hospitalar, todas as categorias que estão inseridas nesse contexto demandam cargas de responsabilidade peculiares a cada profissional, mas a profissão médica carrega uma carga maior, haja vista, que são eles quem define a melhor terapêutica para o paciente sob sua assistência e que qualquer erro poderá causar danos a outro ser humano.

O trabalho no hospital ocorre com vários profissionais que precisam ter uma relação interpessoal muito boa para que o processo de trabalho ocorra bem.

3.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC - AMOSTRA (N= 177)

Pode-se afirmar que os profissionais da saúde do HUWC, com relação às dimensões de burnout, apresentam moderado grau de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, com percentuais de 48,58%, 53,67% e 43,5%, respectivamente, e apenas 2,82% apresentam grau de realização profissional de somente 2,82%. Considera-se que um sujeito com a síndrome de burnout obtenha altas pontuações em (EE) e (DE), associadas a baixas pontuações em (RP), portanto um grau baixo de burnout é decorrente de baixas pontuações nas subescalas de EE e DP e altas na de RP.

O trabalho aqui descrito, embora fruto de uma observação local e temporal, evidencia que os profissionais não estão acometidos de burnout, porém o resultado nos remete a um cenário preocupante, pois, moderados graus de EE e DP com baixo grau de RP pode indicar que se medidas de intervenções ao burnout não forem adotadas pela gestão de recursos humanos do HUWC/UFC existe um forte indício que esses profissionais estejam muito suscetíveis a desenvolver a SB, pois estes índices revelam que os mesmos sentem-se moderada a altamente exaustos emocionalmente, moderadamente apresentam sentimentos de distanciamento afetivo dos pacientes sob seus cuidados e experimentam moderadamente a altos sentimentos de baixa realização profissional.

As causas aventadas para tais considerações refletem possivelmente do tipo de trabalho considerado – instituição hospitalar de assistência terciária à saúde – o que de forma prática está intimamente relacionado com assistência de alta complexidade. Haja vista as grandes demandas nos serviços públicos de saúde, especificamente num hospital de ensino, portanto, o perfil do paciente atendido no HUWC demanda de uma intervenção assistencial mais específica, o que pode sobrecarregar as dimensões física e psicológica, ademais pode afetar os valores social e cultural dos profissionais envolvidos.

3.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS CORRELAÇÕES ENTRE QVT E SB NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC - AMOSTRA (N= 177)

Os dados obtidos com a pesquisa permitem afirmar que existe correlação significativa entre a variável QVT e as três dimensões que representa a SB, como segue: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, sendo correlação negativa para os dois primeiros e positiva para o terceiro. Deste modo, quanto maior for o grau de exaustão emocional e despersonalização menor será a QVT e quanto maior for a realização profissional maior será a QVT.

Os três fatores: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, possuem correlação entre si de tal modo que: exaustão emocional possui correlação positiva com despersonalização e negativa com realização profissional e despersonalização possui correlação negativa com realização profissional. O mais elevado índice de correlação foi encontrado para as variáveis exaustão emocional e despersonalização.

Entre os fatores que compõem a qualidade de vida no trabalho, a exaustão emocional possui maior fator de correlação (negativa) com o domínio Físico/Saúde; a despersonalização possui maior fator de correlação (negativa) com Profissional e realização profissional possui maior fator de correlação (positiva) com Pessoal.

O domínio psicológico está correlacionado positivamente com o domínio físico, em 47%, ou seja, ambos variam na mesma direção/sentido. Burnout (EE) está correlacionado negativamente com o domínio psicológico, em 44,9%, ou seja, o aumento de uma variável tende a provocar uma queda na outra variável. O mesmo ocorre com o domínio pessoal e domínio profissional. A correlação com o domínio físico é bem mais baixa (-15,7%), embora seja também inversa.

Há uma correlação negativa significativa entre a idade e os fatores exaustão emocional e despersonalização, sendo os maiores valores apresentados nestes fatores por pessoas de menor idade e uma correlação positiva tanto com realização profissional como com qualidade de vida no trabalho, sendo os maiores valores destes fatores apresentados nas pessoas de maior idade. Em relação ao número de filhos, não há correlação significativa entre esta variável e os fatores analisados.

Não há diferença significativa entre os valores médios dos fatores: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, assim como qualidade de vida quando comparados ao sexo. Não há diferença significativa nos fatores acima apresentados quando são analisadas as variáveis: escolaridade, profissão e estado civil.

3.5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS REGRESSÕES ENTRE QVT E SB NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HUWC - AMOSTRA (N= 177)

Utilizando-se o método backward de ingresso de variáveis, obteve-se como resultado final uma regressão linear simples, significativa estatisticamente a 3,4% (p-valor = 0,034), revelando uma relação negativa (inversa) entre o domínio físico da QVT e a despersonalização de burnout. Conclui-se, com os resultados obtidos, que se o domínio físico/saúde estiver elevado a despersonalização terá a tendência de cair e vice-versa, ou seja, quanto maior a despersonalização menor será o domínio físico/saúde da QVT.

Utilizando-se o método backward de ingresso de variáveis, obteve-se como resultado final uma regressão linear múltipla, revelando uma relação negativa (inversa) entre o domínio psicológico da QVT e a exaustão emocional de burnout e uma relação positiva entre a variável dependente e a realização profissional de burnout. A variável exaustão emocional de burnout tem maior impacto na ocorrência do domínio psicológico, dado que apresenta coeficiente padronizado de -0,381, portanto, mais elevado que o verificado para a realização profissional.

A equação de regressão linear múltipla obtida para a variável domínio pessoal QVT revela uma relação negativa com a variável exaustão emocional de burnout e positiva com a variável realização profissional de burnout. A exaustão emocional de burnout explica em maior magnitude o domínio pessoal QVT, porquanto apresenta maior coeficiente padronizado (-0,355). O método de ingresso de variáveis continua sendo o backward.

A equação de regressão linear múltipla obtida para a variável domínio profissional QVT revela uma relação negativa com a variável exaustão emocional de burnout e positiva com a variável realização profissional de burnout. Mais uma vez, a exaustão emocional de burnout explica em maior magnitude a variável dependente, no caso o domínio profissional QVT, apresentando maior coeficiente padronizado (-0,530). O método de ingresso de variáveis continua sendo o backward.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os profissionais da saúde do HUWC da UFC, nessa determinação temporal e amostral, apresentaram moderadas pontuações em exaustão emocional (48,58%) e despersonalização (58,19%) e moderada realização profissional (53,67%), pode-se dizer com esses dados que os profissionais não apresentam a síndrome de burnout, mas moderada exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Além disso, chamou a atenção que 34,46% dos profissionais apresentaram alta exaustão emocional e apenas 16,95%, baixa. Na dimensão realização profissional, apenas 2,82% apresentaram alta realização profissional e 43,5% baixa realização profissional.

Os resultados da QVT foram satisfatórios para os domínios físico/saúde, psicológico e pessoal, porém o domínio profissional ficou no parâmetro neutro atingindo apenas 50,86%. É possível afirmar que a síndrome de burnout repercute na QVT ou mesmo que a QVT contribui para desencadear SB.

Os instrumentos utilizados na pesquisa (MBI e QWLQ-bref) foram adequados para os objetivos propostos. A primeira hipótese definida afirma que os profissionais da saúde do HUWC, com baixa qualidade de vida profissional (QVT), apresentam síndrome de burnout (SB). Para confirmar ou não essa hipótese, foi necessário verificar a relação entre QVT e SB. Os resultados obtidos confirmaram a hipótese, ou seja, a baixa QVT pode contribuir com a ocorrência da SB.

A síndrome de burnout caracteriza-se por uma alta exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional com etiologia multidimensional e tem afetado milhares de trabalhadores em todo o mundo. A saúde, como bem estar físico e profissional, é condição necessária para um desempenho satisfatório de respostas ao estresse diário nas rotinas e horas de trabalho, algumas vezes extenuante com exigências de graus variáveis de respostas diretas e imediatas das suas respectivas responsabilidades.

A realização profissional é extremamente importante para um desempenho satisfatório dentro dos critérios organizacionais e evidencia sentimento de bem estar físico e emocional no trabalho. Os índices que norteiam esse cenário encontram na autoestima, motivação e no bom desempenho seus melhores argumentos, porém, o desinteresse profissional, sentimento de incapacidade, despreparo e a insatisfação pela atividade desempenhada acabam por provocar sentimento de culpa ou frustração profissional por uma profissão que julga ser errada e então os conflitos vem à tona.

REFERÊNCIAS

- [1] BACHION, M. M.; PERES, A. S.; BELISÁRIO, V. L.; CARVALHO, E. C. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 33-39, 1998.
- [2] BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- [3] BESERRA, F. M. Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em hospital geral. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.*
- [4] CHEREMETA, M. et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida. Revista da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Ponta Grossa, PR, n. 01, jan./jun. 2011.*
- [5] FISCHER, F. M. Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores. *Brasil: CUT*, pp. 5 – 8, 1997.
- [6] FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, nº 30, p. 159-165, 1974.
- [7] GUIMARÃES, L. A. M., CAMARGO, D. A., TEIXEIRA, A. Violência no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M. GUIBITS, S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. vol. III. p. 245 – 264.
- [8] JORGE RODRIGUEZ F.; BLANCO RAMOS M. A.; ROMERO GARCIA L. et al. Relación de la calidad de vida profesional y El burnout em médicos de atención primaria. *Aten. Primaria*, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.

- [9] LAUTERT, L. O desgaste profissional do enfermeiro. Tese de Doutorado – Universidad de Salamanca, 1995.
- [10] MASLACH, C.; JACKSON, S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
- [11] MENDES, A. M. (Org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- [12] MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.
- [13] MORENO-JIMÉNEZ B. Olvido y recuperación de los factores psicossociais em la salud laboral. Editora dos Archivos de Prevención de Riesgos Laborales nº 3, p. 3-4, 2000.
- [14] REIS JÚNIOR, D. R. dos. Qualidade de Vida no Trabalho: Construção e validação do questionário QWLQ-78. Ponta Grossa, 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Paraná.
- [15] SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. Professional burnout. Em M. J. Schabracq, J. M., Winnubst, C. L. Cooper (Orgs.), Handbook of Work and Health Psychology (pp. 311-346). London: Wiley, 1996.
- [16] TAMAYO, A. et al. Cultura e saúde nas organizações. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Autores

Ana Beatriz da Silva Ribeiro

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Anhanguera - UNIDERP. Pós-graduação em Gestão em Gestão do SUAS pela Faculdade de Quixeramobim - UNIQ

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares

Enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Itaperi. Enfermeira Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) Especializanda em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

Ariane Spat Ruviaro

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano (2009), Especialista em Enfermagem Oncológica pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ) - (2019), Pós-graduação em Enfermagem Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ) e Pós em Pediatra e Neo com Qualificação em PICC pela FAMETRO em andamento. Funcionária do ISGH/UPA atuando na área da Urgência e Emergência com Curso de Classificador de Risco Manchester. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin atuando na assistência e Coordenação da UTI Oncológica, e na assistência da Unidade Pediátrica Oncohematológica – Centro Pediátrico do Câncer. Enfermeira do Hospital São Camilo Cura D’Ars na área da Emergência, Clínica-Cirúrgica e Obstetrícia(2011-2014).

Brenda Andrade de Freitas

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Católica de Quixadá – UNICATÓLICA. Pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ

Camilla Kenny Nobre Girão Mendes

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Católica de Quixadá – UNICATÓLICA. Pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ

Carla Vanessa Pinheiro da Silva

Graduada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do curso Técnico de Enfermagem.

Caroline Dantas dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará - FAECE. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Católica Nossa Senhora das Vitórias - Grupo Educar Service e Enfermagem em Terapia Intensiva pela Capacitado - UNIQ. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do adulto e idoso, atuando principalmente nos seguintes temas: classificação de risco, emergência, clínica médica e cirúrgica, oncologia, terapia intensiva e paciente crítico. Atualmente é Enfermeira Assistencial no Hospital Haroldo Juaçaba - ICC, no setor UIC e preceptora de estágio em enfermagem pela Universidade Estácio do Ceará.

Cibelle Regina Barbosa da Silva

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (2004). Pós-graduada em Gestão Social FAMETRO - Faculdade Metropolitana e Educação a Distância e Novas Tecnologias pela Universidade Anhanguera. Atualmente é Assistente Social da Prefeitura Municipal de Pacoti. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social de Planejamento e execução das Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde e sus, gestão do SUAS, gestão do Bolsa Família, aperfeiçoamento, planejamento e atribuições do Sistema Único de Assistência Social. Professora da Uniasselvi - Centro Acadêmico Leonardo da Vinci (Curso de

Serviço Social), além de coordenar o curso de Pós - Graduação em Gestão do SUAS e Segurança Social pela UNIQ -Faculdade de Quixeramobim e ser livre docente da instituição.

Djamila Mara Magalhães Freitas

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Católica de Quixadá – UNICATÓLICA. Pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ. Técnica de Referência do Centro de Assistência Social (CRAS) do município de Iracema/CE

Etevaldo Deves Fernandes Neto

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu. Especialista em Fisioterapia Traumatológica Ortopédica pelo Instituto de Ciência, Educação e Tecnologia de Votuporanga - SP. Pós-graduando em Terapia Intensiva Adulto, Neonato e Pediátrico na Nacionalfísio. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e pesquisador no Laboratório de Biofísica da Respiração na referida instituição.

Eveline Araujo de Oliveira

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu. Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória e UTI na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Francisca Antonia do Vale Gomes

Aluna ouvinte do curso de Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas - UFC. Graduação em Enfermagem pela Fametro. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Docente do Curso Técnico de Enfermagem. Docente do Curso Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Quixeramobim(UNIQ). Enfermeira no setor de Pediatria do Hospital Municipal Dr. Aberlado Gadelha da Rocha.

Gervana Sampaio Silva Teixeira

Bacharel em enfermagem, Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Licenciatura em Pedagogia; Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; Especialista em Neuropsicopedagogia Clínica, Especialista em Psicopedagoga Clínica e Institucional, Especialista em Educação Especial e Acadêmica em Psicologia.

Hélio de Almeida Nobre Junior

Aluno ouvinte do curso de Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas - UFC. Especialista em Urgência e Emergência - FATENI. Participa do grupo de pesquisa de Gastroenterologia - UFC e da Liga de Gastroenterologia do Curso de Medicina - UFC. Docente de Cursos de Pós-graduação da área da saúde.

Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt

Enfermeira. Especialista em Saúde em Educação Profissional na Área de Saúde, em Saúde da Família e em Saúde Pública. Experiente na gestão/coordenação de programas públicos de saúde e assistência de enfermagem na estratégia saúde da família e área hospitalar. Referência técnica e assistencial em Saúde da Mulher. Membro da Comissão e do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Assessora Técnica da Secretaria de Saúde do Ceará na Gestão de Leitos COVID-19 e Central de Regulação de Leitos.

Jaqueline Gomes de Souza Santos

Enfermeira, Mestre em políticas Públicas e Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Especialista em Gestão Universitária pela UFC, graduada em Enfermagem e Obstetrícia pelo centro Universitário Adventista de São Paulo- UNASP. Funcionária pública federal lotada no Hospital Universitário Walter Cantídio. Atuou na preceptoría da residência Integrada Multiprofissional em atenção à saúde da UFC e na supervisão de estágio curricular do curso de graduação em enfermagem da faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem-UFC. Atua na gestão da Unidade de Regulação Assistencial no HUWC/UFC/EBSERH.

Lívia Lopes Custódio

Psicóloga. Doutoranda em saúde coletiva pela universidade estadual do Ceará - UECE. Mestre em saúde coletiva pela universidade estadual do Ceará - UECE. Graduada em Psicologia e Pedagogia. Participação ativa no grupo de pesquisa DOCAFS - doenças crônicas em crianças e adolescentes, família, saúde coletiva e enfermagem.

Márcia Alves Ferreira

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela UECE e em Saúde da Família e da Comunidade pela UFPI. Mestre em Gestão em Saúde pra UECE. Enfermeira Assistencial no HUWC.

Maria Liliane Miranda da Costa

Bacharel em Serviço Social pela UECE. Pós-graduação em Gestão Social pela Fametro. Assistente social, servidora efetiva da Preeitura de Palmacia, atua no CRAS de Palmacia como assistente social. Tutora externa do curso de Serviço Social da Uniasselvi. Professora dos cursos de Pós-graduação da UNIQ. Ministra conferências na área de Assistência Social e Gestão Social

Maria Meiriane Freire Aguiar

Graduada em Letras com habilitação em Língua Portuguesa, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Pós-graduada em Psicopedagogia clínica e institucional com docência no ensino superior e pós graduada em Atendimento Educacional Especializado-AEE

Marina da Silva Nobre

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Especialização em andamento em Enfermagem obstétrica e saúde da mulher pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Servidora Pública na Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza, aprovada na Seleção Publica para atuação na Estratégia de Saúde da Família. Lotada na Unidade Primária de Saúde Evandro Ayres de Moura, nos atendimentos dos programas da Saúde integral da Mulher, Saúde da Criança, Adulto e Idoso, Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase. Coordena o programa de Imunização da UAPS Evandro Ayres de Moura. Plantonista na Sala de Parto do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. Foi estagiária de enfermagem, do Instituto da Primeira Infância - IPREDE, atuando nos programas de atendimento à crianças e famílias em vulnerabilidade social, e no setor de imunização. Durante 2016-2018. Enfermeira Voluntária, também do Instituto da Primeira Infância - IPREDE, no período de Janeiro-Março de 2018. Foi membro da comissão organizadora de eventos da Associação para melhoria da Enfermagem, no período de Junho-Novembro de 2016. Membro do Grupo de pesquisa e extensão em aleitamento materno (GRUPAM)/Estácio 2017-2018. Bolsista Voluntária do Programa de Iniciação Científica de Aleitamento Materno do Centro Universitário Estácio do Ceará no período de 2017-2018.

Michelle Soeiro de Oliveira

Enfermeira. Doutorada e Mestre em Ciências médico cirúrgicas - UFC. Especialista em Saúde Mental e atenção psicossocial - Uniq. Graduanda em Enfermagem. Editora Chefe da Retep. Professora curso de Pós-graduação na área da saúde!

Michelline Soeiro de Oliveira

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Psicossocial - UNIQ. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Gênesis - Unidades de Alojamento Conjunto, Sala de Parto, Posto Clínico e Cirúrgico. Professora Docente da Pós-graduação - UNIQ. Membro da RETEP- Revista Tendências da Enfermagem.

Raquel Guimarães Tavares Martins

Enfermeira. Pós-graduanda em Estomaterapia. Assistência em Home Care. Docente em Cursos Técnicos de Enfermagem. Enfermeira e assessora técnica na Secretaria de Saúde do Ceará na Gestão de Leitos COVID-19 e Central de Regulação de Leitos.

Regiane Pereira Garcia

Possui graduação em Administração pela Universidade Metodista de São Paulo (2013.1). Pós-graduado em Gestão de Projetos - FAERPI Universidade Entre Rios do Piauí (Lato Sensu)-concluído 2014.2 Pós-graduado em Gestão Escolar e Coordenação Pedagógica - FTP - Faculdade Tecnologia de Palmas (Lato Sensu) - concluído 2015.1. Foi monitora - Sentido Único Gestão Educacional Superior (2013.2 a 2015.1). Foi Coordenadora Pedagógica pela Universidade Metodista de São Paulo polo Fortaleza 2015.2 à 2016.2. Foi Coordenadora Pedagógica pela Universidade Metodista de São Paulo polo Fortaleza e Coordenadora Pedagógica de Pós Graduação pela Sentido Único Gestão Educacional Superior 2016..2 à 2018.1. Mestranda em Ciências da Educação na Universidade San Carlos- PY - USC(2017 em andamento). Tutora externa - Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI) Polo Caucaia(2018.1 -).

Samara Gomes Matos Girão

Mestre em Saúde da Mulher e da Criança na UFC/ CE, sob a orientação da Prof^ª Dra. Ana Kelve Damasceno na linha de pesquisa em Saúde da Mulher sob título de Atualização e Validação de um aplicativo durante o pré-natal. Pós-graduanda em ENFERMAGEM NEONATAL e PEDIÁTRICA pela FAMETRO e Residência Multiprofissional em Neonatologia pela ESP-CE. Atuou como enfermeira assistencial no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP-UFC). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Desenvolvimento Infantil, atuando principalmente nos seguintes temas: Autismo (TEA), síndromes, Enfermagem Neonatal e Pediátrica, Saúde da mulher, Saúde da Criança, Prematuridade, Estimulação Precoce, Aleitamento materno, Tecnologias educativas em Saúde, SNC (bolsista CNPQ/ FUNCAP), Etanol, Risperidona.

Sara Maria Oliveira Bandeira

Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e em Estomaterapia. Docente em Cursos Técnicos de Enfermagem. Docente da Pós-graduação da Faculdade de Quixeramobim. Enfermeira Assistencial do Hospital Geral Dr. César Cals.

