

CRISTIANE MACEDO GUBERT
MAGDA FREITAS LOPES DA SILVEIRA

**FADIGA, ESTRESSE E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM
TURNOS CONTÍNUOS DE 12 E DE 24 HORAS.**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de especialista no Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Administração de Pessoas Ênfase no Setor Público da Universidade Federal do Paraná.

Prof Dr.: Acir Seleme

CURITIBA

2007

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de alguma forma nos deram forças para que a conclusão deste trabalho fosse possível.

*Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.
(Leonardo da Vinci)*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivo Geral.....	7
1.2 Objetivos Específicos.....	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1 O Trabalho em Turnos.....	9
2.2 Riscos Individuais no Trabalho em Turnos.....	11
2.3 Fadiga.....	12
2.4 Capacidade para o Trabalho.....	13
2.5 Distúrbios do Sono.....	14
2.6 Duração do Turno de Trabalho.....	16
2.7 Estresse.....	17
2.7.1 Fases do Estresse.....	18
2.7.2 Fontes Potenciais do Estresse.....	18
2.7.3 Conseqüências do Estresse.....	19
2.7.4 Conceitos e Caracterização.....	22
2.8 Síndrome de Burnout.....	28
2.8.1 Definição.....	32
2.8.2 Identificando o Burnout.....	38
2.8.3 Sintomas.....	44
2.8.4 Quadro Clínico.....	45
2.8.5 Desenvolvimento da Síndrome de Burnout.....	47

2.8.6 Burnout e Estresse Ocupacional.....	50
2.8.7 Depressão e Burnout.....	53
2.8.8 Instrumentos de Avaliação.....	55
2.8.9 Histórico e Evolução do Maslach <i>Burnout</i> Inventory – MBI.....	57
2.8.10 Prevenção.....	59
3 METODOLOGIA.....	60
3.1 Procedimentos para a Coleta de Dados.....	61
4 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS.....	62
5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS.....	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXO I: INDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	78
ANEXO II: RETRATO DAS ESCALAS PRATICADAS NO BRASIL.....	85
ANEXO III: MASLACH BURNOUT INVENTORY.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação das escalas adotadas nos estados brasileiros.....	62
Figura 2 - Representação gráfica dos afastamentos dos agentes penitenciários.....	63
Figura 3 - Representação gráfica dos afastamentos dos demais servidores.....	64
Figura 4 - Representação gráfica da média de dias de afastamento dos agentes penitenciários.....	65
Figura 5 - Representação gráfica da média de dias de afastamento dos demais servidores.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo dos afastamentos dos agentes penitenciários.....	63
Tabela 2 - Demonstrativo dos afastamentos dos demais servidores.....	64
Tabela 3 - Demonstrativo da média de dias de afastamento dos agentes penitenciários.....	65
Tabela 4 - Demonstrativo da média de dias de afastamento dos demais servidores.....	66

1 INTRODUÇÃO

No universo de serviços públicos que são prestados à sociedade pelas esferas de governo, encontramos aqueles que pela sua natureza exigem atendimento ininterrupto, ou seja, 24 horas diárias, sete dias na semana. Para que esta condição seja atingida faz-se necessário o planejamento de toda uma estrutura que lhe dê suporte, dentro de limitações de caráter legal e financeiro, de fatores de garantia da saúde dos servidores e da qualidade do serviço, considerando ainda, os objetivos da respectiva política pública de gestão a eles associados.

Em geral, os serviços públicos de saúde e segurança, que não podem ser interrompidos, também são responsáveis por produzir estresse e fadiga, seja pelos fatores inerentes a atividade, seja pela necessidade da adoção de regimes de trabalho em turnos. Particularmente em relação a Recursos Humanos um ponto que com frequência tem sido alvo de discussão, neste cenário, é a escala de horário que deve ser adotada para estabelecer o revezamento das equipes de trabalho. Recentemente no Estado do Paraná, com intuito de uniformizar as escalas até então praticadas, foi adotada a escala de 12x36 (12 horas de trabalho seguidas de 36 horas de descanso) para as funções com carga horária de 40 horas semanais. Sob a ótica da despesa essa escala se mostra vantajosa uma vez que não incorre em pagamento de serviço extraordinário. Já pelo aspecto do seu impacto em relação aos danos causados a saúde tem se verificado posições discordantes em alguns segmentos envolvidos na questão. A categoria que mais tem se insurgido contra a escala de 12X36 é a dos Agentes Penitenciários, a qual praticava anteriormente a escala de 24x48 (24 horas de trabalho por 48 de descanso).

A discordância instalada entre os pontos de vista defendidos por ambos os lados vem trazendo desgaste na relação do poder público com os Agentes, resultando em mais um elemento de tensão neste setor tão delicado.

Diante disso, surge à necessidade da busca de fundamentação segura e justa na resolução da questão apresentada.

Objetivo Geral

Estudar e avaliar os efeitos do trabalho em turnos de 12X36, considerando os aspectos: níveis de fadiga, estresse e capacidade para o trabalho dos Agentes Penitenciários.

Objetivos Específicos

Levantar qual o percentual de utilização de cada escala, 12 e 24, nos estados da Federação em unidades penais de regime fechado;

Avaliar os níveis de fadiga e de estresse dos agentes para cada escala;

Identificar os efeitos de cada escala na capacidade para o trabalho dos agentes;

Estabelecer a relação entre escala x licenças médicas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A questão dos efeitos do trabalho em turnos tem sido objeto de inúmeros estudos que enfocam desde a repercussão de modo geral no indivíduo até análises comparativas entre os reflexos do turno diurno e do noturno, perpassando pelas variáveis que interferem na percepção de fadiga, estresse e na capacidade para o trabalho em trabalhadores que executam atividades em turnos fixos diurnos e noturnos. A literatura aborda uma razoável diversidade sobre o tema no que se refere ao tipo de atividade. Estão disponíveis estudos realizados no setor industrial (têxtil, petroquímica,...), de serviços (transportes, gráficas,...), de extrativismo (mineração e prospecção de petróleo) e com bastante freqüência na área de serviços de saúde, porém muito pouco se fala em relação aos serviços de segurança.

Diante disso, o foco desta análise residirá predominantemente nos estudos realizados com profissionais da área de saúde, por ser a que mais se aproxima da atividade dos agentes penitenciários no que diz respeito aos fatores estressores a

que estão submetidos ambos trabalhadores. As duas atividades apresentam exigências permanentes quanto à necessidade de lidar com frustrações, privações, ameaças e níveis elevados de pressão e ansiedade. Em função de tais características também é comum encontrar estudos que analisam a relação dessas atividades com a Síndrome de Burnout.

2.1 O Trabalho em Turnos

Segundo Martins (2002), a definição de trabalho em turnos proposta por Maurice apud Fischer (1981) é a que melhor expressa os arranjos na organização do trabalho onde no trabalho em turnos, um turno é seguido por outro e há continuação do trabalho interrompido pelo turno precedente por um segundo ou terceiro turno de operações, caracterizado por uma continuidade da produção e uma quebra da continuidade no trabalho realizado por cada trabalhador.

O trabalho em turnos tem sido freqüentemente apontado pelos pesquisadores da matéria como um possível causador de desordens fisiológicas e psicológicas e desgastes na vida social e familiar, repercutindo sobre o seu desempenho produtivo e sua qualidade de vida (MARTINS, 2002). Em decorrência do trabalho em turnos poderão ocorrer alterações de sono, distúrbios gastrintestinais, cardiovasculares e desordens psíquicas e em relação à vida social e à família, ressalta-se o prejuízo na participação de atividades sociais organizadas, como as escolares, culturais, esportivas, etc., dificultando sua integração na vida social da comunidade (Akerstedt, 1988; Vener et al., 1989).

Em seu artigo, os pesquisadores Moreno, Fischer e Rotenberg (2003), revelam que Knauth (1993) ao analisar escalas de turnos, destaca várias características que devem ser consideradas. Para determinar aspectos positivos e negativos de uma escala, é necessário avaliar, pelo menos, o seguinte: o número de turnos consecutivos de trabalho, a duração de cada turno, os horários de início e final dos diversos turnos, a direção do rodízio entre os vários turnos, a regularidade dos horários de tempo livre (pausas entre jornadas de trabalho em turnos). Revelam ainda que em estudo apresentado no *XIV International Symposium on Night and*

Shiftwork, em Wiesensteig, Alemanha (1999), pesquisadores canadenses e franceses observaram que a prática de horas extras associada a turnos de 12 horas representa um fator de risco adicional, resultando em excessiva fadiga, diminuição dos padrões de segurança e de confiabilidade no trabalho (Bourdouxhe et al., 1999). Ao concluir sua apresentação foi dito que não se deve analisar os vários aspectos das escalas de turno fora do contexto em que se encontram, ou seja, é preciso também avaliar que tipos de tarefas são conduzidas, quais as principais cargas de trabalho, quantas pessoas realizarão o trabalho, que treinamento receberam, etc.

O artigo ainda apresenta alguns aspectos de caráter individual que devem ser observados, entre eles destacam a relação que segundo vários autores existe entre a idade e os efeitos do trabalho em turnos. Conforme Costa (1998), “a idade favorece uma intolerância progressiva, pois geralmente está associada a instabilidade de ritmos circadianos, distúrbio do sono, depressão e um declínio na capacidade física e na saúde”. Desta forma, à medida que as pessoas envelhecem modificam-se certas características dos ritmos biológicos que estão relacionados com a tolerância ao trabalho em turnos. As pessoas tornam-se ao longo dos anos mais matutinas, pois segundo alguns estudos preferem dormir mais cedo do que o faziam anteriormente, o que resulta em menor tolerância aos turnos noturnos (Akerstedt; Torsvall, 1981). Por outro lado, os indivíduos com fortes tendências a vespertinidade parecem tolerar melhor o trabalho noturno do que os matutinos (Monk; Folkard, 1992). Da mesma forma, tem forte influência o gênero. A reorganização da rotina em função do trabalho em turnos, particularmente à noite, é mais complexa para as mulheres, em função do papel que lhe é atribuído tradicionalmente quanto a casa e a família. Para elas a realização do trabalho doméstico é prioritária, em relação às demandas de sono, em especial para aquelas que tem filhos, conforme comentário de Gadbois (1981). Os autores entendem que também influi no nível de tolerância ao trabalho em turnos os aspectos relacionais do indivíduo, pois de acordo com Watherhouse et al. (1992), os 10 % de pessoas que gostam do trabalho em turnos inclui diversas pessoas com hábitos solitários para as quais as vantagens financeiras e o lazer diurno podem superar as desvantagens de um estilo de vida anormal.

A relação existente entre os efeitos causados à saúde decorrentes do trabalho em turnos e ritmo circadiano é citada de forma praticamente unânime pelos estudiosos em geral.

A palavra circadiana foi introduzida por Halberg (1959) e baseia-se nas palavras latinas *circa*, que significa sobre, e *dies*, que significa um dia. O ritmo se refere a uma seqüência de acontecimentos que se repetem através dos tempos pela mesma ordem e com o mesmo intervalo.(Clancy et al, 1995).

Segundo a Associação Nacional de Medicina do Trabalho ritmo circadiano quer dizer o ritmo biológico no período de aproximadamente um dia (**circadiano**), ou seja, o ritmo de funcionamento das funções fisiológicas do nosso organismo. Estes ritmos são internos e auto-sustentados por grupos de células localizadas dentro de nosso cérebro – os centros do chamado “relógio biológico”. São ligados com várias regiões cerebrais e fora do cérebro – de forma harmônica anunciam ao nosso organismo como deve se comportar – se de dia ou à noite, quais e quanto de cada hormônio será secretado, quando as células de certos tecidos devem se dividir, qual a concentração de enzimas que deve haver naquele momento ou em outro para digerir os alimentos, a velocidade de transmissão dos neurotransmissores, dos batimentos cardíacos, da pressão arterial, da viscosidade do sangue, etc. Os ritmos internos são sincronizados por marcadores externos, presentes no meio ambiente, como a variação entre luz-escuro, o relógio que nos permite saber as horas do dia ou da noite, o momento em que ocorrem as atividades sócio-familiares, os horários de trabalho, etc.

2.2 Riscos Individuais no Trabalho em Turnos

De acordo com Koller (1996), é importante que se identifique os fatores de risco individuais relacionados ao trabalho em turnos, considerando-se contraindicações absolutas: disfunção gastrintestinal severa e doenças incluindo doenças crônicas, doenças hepáticas e do pâncreas; diabetes, especialmente se insulino-dependente; irregularidades hormonais severas; epilepsia e outros tipos de ataques nervosos; fatores de risco cardiovascular presente; doenças degenerativas

(lupus, câncer); depressão ou psicose e distúrbios crônicos de sono, bem como as contraindicações relativas: idade superior a 45-50 anos para ingresso no trabalho em turnos; condições de moradia insatisfatória, especialmente o dormitório; falta de apoio sócio-familiar e mulheres com crianças pequenas, sem apoio doméstico ou comunitário. Sendo recomendada a vigilância médica periódica para a identificação das contraindicações absolutas a partir da condição de saúde e dos hábitos e estilo de vida dos trabalhadores (prática de exercícios físicos, lazer e gerenciamento de estresse).

2.3 Fadiga

O estudo de Marziale & Rozestraten (1995, p.2), teve como objetivo detectar sintomas e sinais de fadiga mental, em enfermeiras com esquema de trabalho em turnos alternantes, os autores escreveram que:

Fadiga é um fenômeno preocupante da situação de trabalho de difícil conceituação, interpretação e aferição e que se torna complexo porque serve para nomear um estado global resultante do desequilíbrio interno devido ao sistema de relações do organismo.

Entende-se após longa revisão da literatura, que a fadiga, pode atingir indivíduos de todas as faixas etárias, no desenvolvimento de qualquer tipo de atividade realizada por um período de tempo, que além de ser um fenômeno que causa mal estar, provoca alterações no estado psicossomático, podendo ser encarado como resultante de esforço físico e/ou mental associado às condições do ambiente, fatores psicológicos inerentes ao regime de trabalho, condições individuais e às condições de trabalho.

Segundo Wisner (1987) toda situação de trabalho tem pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico e cada um deles pode determinar uma sobrecarga.

Alguns pesquisadores questionam as jornadas prolongadas e seus efeitos nas manifestações de fadiga e nas possíveis repercussões na segurança do trabalho.

Os biólogos e pesquisadores Claudia Roberta de Castro Moreno; Frida Marina Fischer e Lúcia Rotenberg (2003) escreveram:

As causas que envolvem a fadiga no trabalho são múltiplas e em geral são decorrentes das associações entre as más condições de trabalho, o desencontro entre os ritmos biológicos e os horários de trabalho.

Revelam ainda, que segundo Sallinen (1997), a fadiga é mais freqüente durante a noite e em horários de trabalho que se iniciam muito cedo de manhã, e ainda que, de acordo com alguns autores (Koller, 1983; Haider et al., 1988), quanto maior o número de anos trabalhando em turnos, maior o número de queixas e o desenvolvimento de patologias associadas a esse tipo de esquema de trabalho.

Em estudo realizado junto a trabalhadores de turnos diurnos e noturnos de uma indústria têxtil Metzner e Fischer (2001) concluíram quanto à importância de os trabalhadores desenvolverem hábitos saudáveis para trabalhar em turnos prolongados. Tal afirmação se deve ao fato de ter sido verificado que a prática de exercícios físicos revelou-se como fator de redução de fadiga.

2.4 Capacidade para o Trabalho

A capacidade para o trabalho é a base do bem-estar do indivíduo e não permanece satisfatória ao longo da vida, sendo afetada por muitos fatores tais como: o estilo de vida e o ambiente de trabalho, que em sendo favoráveis podem mudar este prognóstico (TUOMI et al. 1997).

Ao pesquisar a qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos, Martins (2002, p. 27) destaca que a capacidade para o trabalho, dentro da área da saúde ocupacional, pode ser conceituada de acordo com Tuomi et al. (1997) como o quão bem está, ou estará, um trabalhador presentemente, ou num futuro próximo, e quão capaz ele pode executar seu trabalho, em função das exigências, se seu estado de saúde e de sua capacidade física e mental. Destaca ainda que, partindo-se do significado da palavra “capacidade” que é a qualidade que a pessoa tem de satisfazer par determinado fim e da palavra “trabalho” que é a atividade coordenada, de caráter físico ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento (FERREIRA,

2000). Portanto, capacidade para o trabalho pode ser a qualidade física e/ou mental com que o homem desenvolve o seu trabalho.

Muitos estudos focados em qualidade de vida no trabalho têm utilizado o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) em análises de diversas áreas e sob vários aspectos.

Em estudo sobre envelhecimento e condições de trabalho Bellusci (1998) observou que, as variáveis: sexo, idade e tempo de serviço apresentaram associação significativa com perda da capacidade para o trabalho. Onde as mulheres apresentaram 2,1 vezes mais chance de ter o ICT baixo ou moderado do que os homens, a faixa etária compreendida entre os 40 e 50 anos apresentou maior probabilidade de ter o ICT moderado ou baixo e quanto maior o tempo de serviço maior a chance de ter o ICT baixo ou moderado.

Metzner e Fischer (2001) concluem em seu estudo que:

O fato do tempo na função diminuir o ICT e das condições de trabalho aumentarem o ICT (quanto maior o tempo na função, menor o ICT, e quanto melhores condições de trabalho, maior o ICT) indica a necessidade, por parte das empresas, de empregar a reavaliação periódica das de saúde e da capacidade para o trabalho dos trabalhos e a melhoria constante das condições de trabalho.

O tema “turnos fixos de 12 horas e semana reduzida” é controverso quanto aos benefícios e malefícios trazidos para os trabalhadores. Se, por um lado, os débitos crônicos de sono somados às cargas de trabalho intensas, geram fadiga nos trabalhadores, por outro, as conseqüências em longo prazo na saúde e na capacidade de trabalho ainda não foram completamente esclarecidas na literatura.

Em Seminário realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, sobre educação superior e envelhecimento populacional brasileiro, a pesquisadora Frida Marina Fischer apresentou uma extensa lista de medidas para melhorar a capacidade para o trabalho, sendo que deverá ser avaliada a viabilidade de adoção das mesmas levando-se em conta a natureza da atividade e demais particularidades, como por exemplo, a organização do trabalho em turnos.

2.5 Distúrbios do Sono

Entre os horários de trabalho existentes o que causa o maior número de perturbações é o trabalho noturno, devido ao organismo humano estar adaptado ao trabalho durante o dia e ao descanso e reconstituição das energias durante a noite. Assim, o trabalho noturno exige atividade do organismo quando ele está predisposto a descansar, e vice-versa.

Queixas relativas a problemas de sono são comuns entre aqueles que trabalham sob escalas de plantão. Em seu artigo Os Plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica, Gaspar et al relatam que há um consenso na literatura quando se analisa os efeitos da privação aguda ou crônica de sono sobre o humor na população em geral e em populações médicas. São comuns o aparecimento de hostilidade, angústia, ansiedade, tensão, confusão, fadiga, depressão e um crescente aumento dos sintomas depressivos.

Dormir durante o dia para repor o sono perdido durante uma noite de trabalho pode ser uma necessidade para muitas pessoas, mas o sono diurno apresenta diferenças em relação ao sono noturno, as pessoas permanecem menos tempo na cama, efetivamente dormem menos, além de apresentarem uma redução no sono paradoxal ou sono REM. Esses fatos, além de fatores sociais, relacionam-se também com o ritmo circadiano da temperatura. Estudos mostram que um sono mais prolongado ocorre quando deitamos à noite, quando a temperatura central está baixando; por outro lado, um sono mais curto ocorre quando este começa de manhã, momento no qual a temperatura central está subindo.

Enfocando a questão de gênero e o trabalho noturno, Rotenberg et al (2001) observaram que efeitos prejudiciais do sono mais sobre as mulheres.

Em estudo realizado por Fischer et al (2002) junto a trabalhadores da área de saúde do Instituto Central do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi avaliada a qualidade do sono, sendo que os resultados apontam para uma queda significativa da duração do sono após uma noite de trabalho. As características individuais da população estudada foram consideradas quanto ao estado civil, idade dos filhos, hábitos de vida, qualidade da residência, grau de ruído na residência e número de quartos.

Em artigo sobre o tema, Moreno et al (2003) escreveram e concluíram que:

Alguns autores sugeriram (Minors; Waterhouse, 1981; Minors; Waterhouse, 1983) que após a divisão das 8 horas "normais" de sono em dois episódios de 4 horas cada, os ritmos biológicos estabilizariam-se, desde que um dos episódios de sono ocorresse em um horário preestabelecido do dia. Esse episódio de sono em horário fixo corresponderia ao "sono âncora" (*anchor sleep*) e permitiria maior tolerância dos trabalhadores ao turno noturno. Entretanto, a dificuldade de um indivíduo, que trabalhe em um esquema de turnos alternantes, em ter que realizar um episódio de sono com duração de 4 horas em horário preestabelecido pode impedir o exercício dessa estratégia.

Outros sugeriram que para compensar a privação parcial de sono, característica dos trabalhadores em turnos e noturnos, a necessidade de sono fosse suprida com a realização de episódios de sono (em especial cochilos) sempre que possível, independente do horário em que eles fossem realizados (Dinges et al., 1987; Naitoh et al., 1982). A irregularidade desses episódios de sono, porém, poderia provocar maior dessincronização no sistema de temporização do organismo.

As necessidades de sono são bastante distintas de um indivíduo para outro e, portanto, dormir de 7 a 8 horas a cada 24 horas pode ser suficiente para um trabalhador e não para outro em que a necessidade de sono é maior. Isso ocorre porque o padrão de duração do sono da espécie humana apresenta frações de sono e vigília distintas entre os indivíduos. Os que dormem mais tempo são chamados de "grandes dormidores" (costumam dormir mais de 8 horas) e os que passam pouco tempo dormindo são chamados de "pequenos dormidores" (dormem menos de 8 horas). Logo, um pequeno dormidor, poderia ser qualificado de grande vigilante, porque permanece mais tempo em vigília do que dormindo. O mesmo raciocínio pode ser utilizado para o grande dormidor, que poderia ser classificado de pequeno vigilante (Webb et al., 1970). Conclui-se, portanto, que as estratégias referentes à duração de sono dependerão das características de cada trabalhador, tanto em relação à habilidade de dividir o sono total em vários episódios, quanto em relação à duração de sono.

2.6 Duração do Turno de Trabalho

Além da redução do tempo total do sono e da diminuição da eficiência do sono nos trabalhadores, um outro fator também se mostra importante, estudos mais recentes indicam um aumento no risco acidentes em função do tempo de trabalho, ou seja, quantas horas consecutivas o trabalhador está desempenhando sua função se intervalo. Sendo assim, este risco estaria aumentado em torno de 9 horas após o início do turno de trabalho. Já com 12 horas de trabalho este fator aumentaria em dobro, e com 14 horas de trabalho contínuas este fator de risco aumenta em três vezes. Alguns estudos encontraram aumento de acidentes com 5 horas de trabalho (Folkard, 1996).

O turno de 24 horas de trabalho significa 12 horas de trabalho noturno após 12 horas de trabalho diurno (normalmente com maior nível de exigência), ou 12

horas de trabalho diurno após 12 horas de privação de sono noturno (com maior ou menor exigência de pendendo da área de atuação ou características da atividade).

2.7 Estresse

As primeiras referências à palavra estresse, segundo Lazarus e Lazarus (apud LIPP, 2001, p.17), significava aflição e adversidade, isto por volta do século XIV. No século XVII, segundo Spielberger (apud LIPP, 2001, p.17) a palavra, que tem origem no Latim, passou a ser utilizada em inglês para designar opressão, desconforto e adversidade.

A autora define estresse como uma reação do organismo, com componentes físicos e psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte, que a excite, ou mesmo que a faça feliz.

Wagner III e Hollenbeck, (1999, p.121), definem o estresse como “ um estado emocional desagradável que ocorre quando as pessoas estão inseguras de sua capacidade para enfrentar um desafio percebido em relação a um valor importante.”

Segundo Lipp (2001, p.18), até a Segunda Guerra Mundial o termo estresse era praticamente restrito ao uso de pesquisadores em laboratórios. O estresse envolvido na situação de guerra deu origem a inúmeras pesquisas que revelaram não ser ele somente característico de situações tão graves, mas pode, também, ser oriundo de muitas situações diárias, reais ou imaginárias.

Robbins (2002, p.549) afirma que o estresse tem seu lado positivo, e deve ser visto como uma oportunidade quando oferece um potencial de ganho, quando se está motivado e envolvido no desenvolvimento de uma atividade que dá prazer. Um exemplo, citado pelo autor, é quando um atleta demonstra um desempenho superior, ele utiliza o estresse para dar o máximo de si.

Para os autores Schermerhorn, Hunt e Osborn, (1999, p.290), há necessidade de descobrir o ponto ideal entre os dois lados, o positivo e o negativo, permitindo que as vantagens do estresse sejam conseguidas sem que as desvantagens venham junto. Os autores ressaltam que o estresse construtivo, também chamado de eustresse, quando apresentado em níveis moderados podem ajudar, incentivando o

esforço no trabalho, estimulando a criatividade e encorajando maior desempenho. O estresse destrutivo, também chamado de distresse, é disfuncional para a pessoa e a organização, sobrecarregando as condições físicas e mentais de uma pessoa. Os principais sinais de estresse extremo incluem o absenteísmo, rotatividade, erros, acidentes, insatisfação, desempenho reduzido e até comportamento anti-ético.

2.7.1 Fases do Estresse

De acordo com Selye (apud LIPP, 2001, p.22) o processo de estresse desencadeia-se em três fases: alerta, resistência e exaustão.

2.7.2 Fontes Potenciais do Estresse

Robbins, (2002, p.550-552), identifica três conjuntos de fatores que agem como fontes potenciais de estresse: os ambientais, organizacionais e individuais. A concretização dependerá de diferenças individuais, como experiência no trabalho e personalidade.

Fatores Ambientais: a incerteza econômica, política e tecnológica influenciam tanto a estrutura organizacional como os níveis de estresse dos funcionários da organização. As inovações podem tornar as habilidades dos trabalhadores obsoletas em um período muito curto de tempo, os computadores, os robôs, a automação, além de outras que podem significar uma ameaça para muitas pessoas e conseqüentemente causar o estresse.

Fatores Organizacionais: no local de trabalho o estresse tem origem em muitas fontes, pode resultar de exigências altas ou baixas demais, de conflitos, um chefe demandante e insensível e colegas desagradáveis.

Os autores Schermerhorn, Hunt e Osborn, (1999, p.290), citam os mais comuns estressores no local de trabalho:

Exigências da tarefa – quando pedem para fazer demais ou de menos.

Ambigüidade do papel – não saber as expectativas de desempenho ou os padrões do trabalho.

Conflitos do papel – sentir possíveis e múltiplas expectativas conflitantes de desempenho.

Dilemas éticos – quando lhe pedem para fazer coisas que violam valores pessoais.

Problemas interpessoais – sentir má relação; trabalhar com outros com quem não se dá bem.

Desenvolvimento de carreira – movimentação rápida demais, sentindo-se sobrecarregado; movimentação lenta demais, sentindo-se estagnado.

Ambiente físico – estar incomodado com condições de trabalho insalubres ou desagradáveis.

Fatores Individuais: os fatores da vida pessoal dos funcionários podem ter efeitos sobre o trabalho, isto é, problemas familiares, econômicos e características de personalidade. Pesquisas revelam que algumas pessoas parecem ter uma tendência inerente em acentuar os aspectos negativos da vida. Se isso for verdadeiro, um fator individual significativo que influencia o estresse seria uma disposição básica natural da pessoa, ou seja, os sintomas de estresse expressados no trabalho teriam origem na própria personalidade do indivíduo.

Os fatores de estresse são cumulativos: o estresse se intensifica, os fatores de estresse são um fenômeno acumulativo, pois cada fator novo faz crescer o nível de estresse do indivíduo.

Muitas vezes um fator com pouca importância, se visto isoladamente, pode ser a gota d'água se somado a um nível de estresse já alto. Em geral, fica muito difícil separar a vida no trabalho da particular, este estresse pessoal, provocado por acontecimentos familiares, dificuldades econômicas e problemas particulares, pode afetar as emoções e o comportamento, tanto dentro como fora do trabalho. (ROBBINS, 2002, p.552)

Marilda Lipp, (2001, p.21), ressalta a importância de se distinguir entre os estressores externos e internos, como visto por outros autores. Os externos independem muitas vezes do mundo interno da pessoa, enquanto os estressores internos são determinados completamente pelo próprio indivíduo, constituem-se do modo de ser da pessoa, se ela é ansiosa, se é tímida ou depressiva, ou se tem alguma neurose.

2.7.3 Conseqüências do Estresse

O estresse causa impacto sobre a saúde das pessoas, pois é uma fonte de ansiedade e frustração que prejudica o bem-estar fisiológico e psicológico no decorrer do tempo. Problemas de saúde relacionados com o estresse incluem ataques cardíacos, infartos, hipertensão, enxaquecas constantes, úlceras, abuso de medicamentos, abuso de alimentos, depressão e dores musculares, dentre outros. Pode-se resumir em três categorias gerais: sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. (ROBBINS, 2002, p.553; SCHERMERHORN, et al., 1999, p.291)

Para Robbins, (2002, p.553), os sintomas físicos despertaram a maioria dos cuidados com o estresse, pois as pesquisas realizadas por profissionais de saúde levaram a conclusão de que ele pode ser a causa de mudanças no metabolismo, aumento dos ritmos cardíaco e respiratório, aumento da pressão sanguínea, dores de cabeça e até ataques do coração.

Wagner III e Hollenbeck, (1999, p.123) explicam que o corpo, quando percebe uma ameaça, produz substâncias químicas que elevam a pressão sanguínea e que desviam o sangue da pele e do aparelho digestivo para os músculos. Gorduras do sangue são então liberadas para fornecer um impulso de energia e aumentar a coagulação do sangue em caso de dano. Quando a ameaça é prolongada, tem início outras mudanças que preparam o corpo para uma batalha, e ele passa a conservar recursos como a retenção de água e sais. Inicia-se, também, a produção de ácido gástrico extra para aumentar a eficiência da digestão na ausência do sangue desviado para longe dos órgãos internos.

Quanto aos sintomas psicológicos, Robbins relata que o estresse pode causar insatisfação, inclusive no trabalho, tensão, ansiedade, irritabilidade, tédio e procrastinação. Os gerentes precisam ficar atentos aos sinais de estresse excessivo em si e em seus colegas de trabalho, pois os sintomas são múltiplos e variados. As evidências indicam que quando as pessoas estão trabalhando em empresas que apresentam demandas múltiplas e conflitantes, ou quando não há clareza sobre os deveres, a autoridade e a responsabilidade de cada um, tanto o estresse como a insatisfação podem aumentar. (ROBBINS, 2002, p.555)

Os sintomas comportamentais do estresse incluem mudanças na produtividade, absenteísmo e rotatividade, além de mudanças nos hábitos de alimentação, aumento do consumo de álcool ou tabaco, fala mais rápida,

inquietação e distúrbios do sono. Muitas pesquisas estão sendo feitas para estudar a relação entre desempenho e estresse, e demonstram que níveis baixos e moderados estimulam o corpo e aumentam a sua capacidade de reagir, mas o excesso impõe demandas ou limitações resultando na piora do desempenho. O autor ressalta, que mesmo os níveis de estresse moderados podem ter uma influência negativa sobre o desempenho em longo prazo, quando a intensidade contínua consome o indivíduo e reduz suas fontes de energia. Robbins utiliza, para exemplificar, o pronto-socorro, onde o nível de estresse é vivenciado continuamente e pode resultar em fraco atendimento, colocando os profissionais sob risco de um esgotamento.

Para Lipp, (2001, p.302), há séculos o homem tinha como fonte principal de estresse, não a burocracia de hoje, mas outras situações que ameaçavam sua vida. O agente estressor da vida de nossos antepassados, o tigre selvagem, deu lugar à competição, às reuniões e à burocracia que o executivo de hoje experimenta.

O estresse não está limitado à moderna sociedade ocidental, pois é um fenômeno tão antigo quanto a história da humanidade. Sempre que um indivíduo se relaciona com outras pessoas ou com o seu meio ambiente, cria-se uma certa quantidade de estresse. Trata-se de uma reação bioquímica e comportamental que se origina na resposta de "luta ou fuga", como expressão do instinto de conservação. Ao confrontar-se com uma situação de perigo de vida, nossos ancestrais tinham que responder lutando ou fugindo do perigo. O sistema nervoso autônomo prepara o indivíduo para a resposta física instantânea, liberando os hormônios na corrente sanguínea, aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial, acelerando a frequência respiratória, aumentando a tensão muscular e fornecendo um rápido suprimento de energia, preparando o organismo para a ação. Uma vez passado o perigo, o homem das cavernas voltava ao seu estado natural.

Apresentamos, hoje, as mesmas respostas automáticas ao estresse que os homens das cavernas utilizavam para enfrentar os perigos físicos da sobrevivência. O homem moderno é menos confrontado com estas ameaças físicas que necessitam de ação imediata, mas, no entanto é muito mais confrontado com desafios psicológicos que necessitam de pouca ou nenhuma ação imediata. Mas, ainda assim, a mesma resposta de luta e fuga é desencadeada.

2.7.4 Conceitos e Caracterização

Historicamente, o termo estresse já foi utilizado em inglês ordinário, e, principalmente pela física, para designar o total das forças que agem contra uma resistência. Também foi utilizado em medicina para se descrever a tensão mental.

Hans Selye (1959) foi o primeiro estudioso que utilizou a palavra estresse no sentido que ela tem hoje e procurou definí-lo através de sua dimensão biológica. De acordo com o autor, o estresse é um elemento que pertence a toda patologia que produz modificações na composição química e estrutura do corpo. Este estado se manifesta como Síndrome Geral de Adaptação (S.G.A.) que compreende a atrofia dos órgãos linfáticos e úlceras gastrintestinais, dilatação do córtex da supra-renal, além de perda de peso e outras alterações.

A fase inicial ou de alarme é marcada por manifestações agudas. Caracteriza-se pela quebra da homeostase e um estado de prontidão para o ataque ou defesa frente a um estressor. Na fase de resistência, as manifestações agudas desaparecem e a energia de reserva é utilizada para reequilibrar-se e recuperar-se ou ao contrário, enfraquecer ainda mais o organismo. Na fase de exaustão, há a volta das reações da primeira fase, ocorrendo um enfraquecimento total ou parcial da resistência do indivíduo, comprometendo mais as estruturas físicas e psicológicas, podendo ocasionar até a morte. Selye (1973) comenta que o estresse pode ser encontrado em qualquer das fases e de que não é necessário que as três fases se desenvolvam para haver o registro da síndrome.

Ao analisar o conceito de Selye (1973) sobre S. G. A, Santos (1994, p. 23) considera-a um conjunto de fenômenos através dos quais o corpo está tentando se adaptar ao agente agressor. Define este último como “todo e qualquer elemento capaz de causar desconforto e doenças no indivíduo”, ou ainda, “capaz de causar desconforto emocional e doença mental”.

Autores brasileiros como Moreira e Mello Filho (1992, p.121) definem estresse no sentido bio-psico-social, como um “termo que compreende um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, freqüentemente com efeitos danosos”. Pontuam, ainda, que embora Selye tenha apresentado a S.G.A. como predominantemente um conceito de estresse biológico, posteriormente sua equipe o estudou sob o enfoque psicológico e social.

Utilizando-se de uma abordagem cognitiva – comportamental, Lipp (1984), define o estresse como uma reação psicológica com componentes emocionais físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa. A autora diferencia eustresse de distresse.

O primeiro, necessário para o bom desempenho da pessoa através de respostas a pequenos estímulos estressores ou agressores, indispensáveis no desenvolvimento da integridade da função do ser. No desenvolvimento do indivíduo no ambiente pessoal e social uma crise é um catalisador, uma oportunidade que abala atitudes fixas, evocando novas respostas e provocando o próprio desenvolvimento.

O segundo denominado como mau estresse, é caracterizado quando as respostas exigidas por uma demanda intensa e prolongada, agradável e desagradável são excessivas, ultrapassando a capacidade de resistência e adaptação do organismo como um todo.

Lipp (1984) considera tanto as características reais dos estímulos (englobam processos metabólicos e sensoriais, sem a participação de mecanismos interpretativos) quanto a ação interpretativa que o indivíduo faz dos mesmos (ação proveniente do componente aprendizagem que a pessoa acolheu durante seu período vital) elementos de determinação do distresse ou do eustresse.

Rodrigues (1997) apresenta uma visão bio-psico-social do estresse, considerando os estímulos estressores presentes tanto no âmbito externo (físico ou social) quanto interno (emoções, pensamentos, fantasias e sentimentos). Enfatiza, também, a participação do indivíduo na equalização do estímulo estressor. Demonstra que as crenças e compromissos são fatores individuais que norteiam o processo de avaliação.

Simonton e colaboradores (1987) relacionam o estresse a condições ou estados emocionais provenientes da reação do indivíduo frente a mudanças significativas em suas vidas (sejam positivas ou negativas) que acionam mudanças de hábitos, de relação interpessoal e de concepções de sua auto – imagem com o objetivo de adaptação do indivíduo a estas mudanças. Ambos explicitam a importância da subjetividade do indivíduo, afetando o esquema estímulo - resposta, modulando a intensidade dos agentes estressores.

Segundo Castiel (1994), o termo inglês stress, que é originário da disciplina da mecânica, é ambíguo e esta ambigüidade permanece também quando de sua

aplicação na biologia. Tal termo pode ser entendido como uma força exercida sobre um corpo que tende a deformar-se e também pode ser encarada como a intensidade desta força. No âmbito biológico podemos compreendê-la como uma tensão mental ou física, a urgência ou a pressão que a causa. Com isto, tem-se uma dificuldade em diferenciá-la como causa ou efeito. O mesmo autor considera que a teoria do estresse é pertinente em situações extremas como uma catástrofe. Além delas, o conceito torna-se confuso e perde seu sentido.

Existe certa dificuldade no diagnóstico diferencial dos sintomas e fases do estresse em que o indivíduo se encontra. Consultando a literatura internacional, Lipp (1997) descreve algumas formas de avaliá-lo:

Podemos concluir analisando as considerações anteriores, que existem diferentes conceituações e formas de encarar este termo. Apesar das críticas, principalmente concentradas sobre o aspecto científico e metodológico, o valor dos esforços direcionados para o esclarecimento de tão importante assunto deve ser reconhecido.

Uma abordagem atual dada por vários autores, na qual baseia-se esta dissertação, é a de que o estresse é de etiologia multifatorial, ou seja, vários sistemas abertos em interação, hierarquizados e controlados por mecanismos complexos. Logo é pertinente examinar: a) a presença de um fato ou acontecimento estressante, b) a interpretação dada ao acontecimento como algo perigoso, c) a capacidade individual adaptativa ou de domínio da situação, d) a predisposição genética individual e e) a presença eventual de um agente etiológico, por exemplo: bactérias, doenças, vida sedentária, etc.

Deve-se ter em mente que o estresse não é uma doença por si só, mas um componente que predispõe ao surgimento de condições patológicas. Segundo Doubler (1998) a relevância do conceito está em sua provável relação com o adoecimento.

Esta temática não só preocupa a comunidade científica internacional e nacional, como também líderes sindicais, órgãos governamentais e as próprias organizações, pois o nível de absenteísmo, produtividade e qualidade dos serviços prestados, as doenças psicossomáticas e o abandono comportamental ou emocional do trabalho, prejudicam a qualidade de vida do próprio trabalhador, a organização e a comunidade em geral, pois os efeitos destas condições danificam as relações familiares e sociais.

Para Bernik (1997), o estresse atualmente é um problema de saúde pública, econômico e social, que traz como consequência, gastos para o indivíduo, para empresas e governos. Para este autor, fatores como as preocupações sobre o futuro, num período marcado por instabilidade econômica e política, baixa qualidade de vida e larga margem de desemprego, contribuem para o aumento de sua incidência.

França e Rodrigues, partindo da perspectiva multicausal dos fenômenos relacionados ao binômio saúde – doença, apontam o conceito de estresse como forma de esclarecimento e compreensão da influência de processos sociais e psicológicos sobre a manutenção da saúde, ou do adoecimento. Definem estresse relacionado ao trabalho como:

... aquelas situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou sua saúde física ou mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações (França e Rodrigues, 1997. p. 24, 25).

Aubert (1996) faz uma distinção entre estresse profissional e neurose profissional. O primeiro é caracterizado como perturbação no indivíduo decorrente da excessiva mobilização de sua “força adaptativa” para o enfrentamento de demandas de seu ambiente laboral que extrapolam suas capacidades físicas ou psíquicas atuais. É de caráter passageiro quando os fatores desencadeantes podem ser controlados. A neurose profissional é descrita como “um estado de desorganização persistente da personalidade, com consequente instalação de uma patologia, vinculada a uma situação profissional ou organizacional determinada” (p. 165). É uma consequência do estresse laboral e representa uma expressão simbólica do conflito psicológico, relacionado a organização e a profissão, podendo ter suas raízes na história infantil do indivíduo.

Para Marilda Lipp (2001, p.195-226) é válido mencionar um tipo específico de estresse, o *burnout*.

Burnout não deve ser confundido com estresse, pois se tratam de conceitos diferentes (Farber, 1991). Os autores que defendem a síndrome de burnout como algo diferente do estresse, alegam que a primeira caracteriza-se por atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, enquanto a segunda aparece como

um desfalecimento pessoal que interfere na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

Kyriacou e Sutcliffe (1978) consideram burnout como a intensificação da sintomatologia própria do estresse.

De acordo com Maslach (1993), o papel temporal e relacional de burnout o diferencia do estresse, pois esta base relacional está alicerçada na tensão emocional e nas formas de enfrentamento que o trabalhador utiliza nas diversas situações de trabalho (qualidade negativa ou inadaptaada).

Byrne (1993), aponta a síndrome como a etapa final das incansáveis tentativas mal sucedidas do indivíduo de solucionar o estresse proveniente de condições negativas na execução do trabalho.

Pode-se afirmar, segundo Maslach e Leiter (1997, p.9) que “É provável que burnout ocorra sempre que existir desequilíbrio entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa que faz o trabalho”.

O estresse não leva necessariamente a burnout, pois existem muitas variáveis implicadas no processo: predisposição constitucional para o estresse, as condições ambientais agressoras, a personalidade e a percepção subjetiva do sujeito, além da capacidade de enfrentamento. A pessoa com fadiga acentuada por excesso de carga de trabalho, ou ao contrário, por estar envolvida com um trabalho monótono e entediante não apresenta burnout, pois a queda da produtividade, a indiferença em relação à clientela e o sentimento de incompetência não estão presentes.

Maslach e Leiter (1997) descrevem que a pessoa não inicia um trabalho apresentando burnout, e sim, apresentam engajamento e satisfação e gradualmente estes sentimentos vão sendo substituídos por sentimentos de aborrecimento, ansiedade e raiva, e pela falta de realização. A pessoa acredita estar vivendo uma crise que é de âmbito pessoal. Com isso parece estabelecer-se a exaustão emocional como primeiro elemento da síndrome.

Como defesa à dor do querer e não conseguir despende mais energia, o indivíduo desenvolve um afastamento psíquico e emocional da clientela e de suas relações, podendo atingir inclusive suas relações sociais. Trata-se mais especificamente do elemento despersonalização. Certo distanciamento emocional presente no sintoma de despersonalização pode ser adequado para manter a saúde do indivíduo.

De acordo com vários autores, a situação se agrava quando somada ao aspecto exaustão emocional, a despersonalização leva ao comprometimento do desempenho e sensação de incompetência estabelecendo-se assim, a redução do sentimento de realização profissional ou ainda baixo envolvimento pessoal no trabalho.

Pesquisas demonstram que os profissionais altamente motivados, que reagem ao cansaço e estresse no trabalho, se dedicando ainda mais as suas atividades, são alvos de burnout. Outros estudos indicam que pessoas com características de personalidade aparentemente adequadas, quando em contato direto com determinados ambientes de trabalho, desenvolvem a síndrome.

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 definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão a tal situação (Lipp & Rocha, 1994).

Considerando as diferentes definições da palavra estresse, Lazarus (1993) descreve quatro pressupostos essenciais que devem ser observados: 1) um agente causal interno ou externo que pode ser denominado de estressor; 2) uma avaliação que diferencia tipos de estresse (dano, ameaça e desafio); 3) os processos de *coping* utilizados para lidar com os estressores e 4) um padrão complexo de efeitos na mente ou no corpo, freqüentemente referido como reação de estresse.

Apesar do estudo dos eventos estressores contar com um considerável desenvolvimento histórico, a maior parte da literatura empiricamente validada surgiu somente nas últimas duas décadas (Briere, 1997). Nas formulações iniciais preponderava o foco sobre o evento estressor per se, mas atualmente existe grande consideração nas diferenças individuais e nas variáveis cognitivas e motivacionais (Lazarus, 1993). Sendo assim, é importante considerar não só a imensa quantidade de fatores potencializadores de estresse, mas também, os aspectos individuais, a maneira como cada um reage às pressões cotidianas, bem como os aspectos culturais e sociais aos quais os sujeitos estão submetidos.

Fatos como problemas familiares, acidentes, doenças, mortes, conflitos pessoais, dificuldade financeira, desemprego, aposentadoria, problemas no ambiente de trabalho, guerras e inúmeros outros podem ser experienciados de maneira diversa por dois indivíduos diferentes, em um mesmo contexto histórico,

cultural e social, por exemplo, assim como problemas críticos na ordem social de um país podem potencializar o estresse patológico em diversos indivíduos (Helman, 1994; Ladeira, 1996).

Em suas sociedades, os indivíduos tentam atingir metas definidas, níveis de prestígio e padrões de comportamento que o grupo cultural impõe e espera de seus integrantes (Helman, 1994), de maneira que uma frustração na realização desses aspectos pode desencadear o estresse.

Cardoso (1999) afirma que, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser lesada não apenas pela presença de fatores agressivos (fatores de risco, de "sobrecarga"), mas também pela ausência de fatores ambientais (fatores de "subcarga" como a falta de suficiente atividade muscular, falta de comunicação com outras pessoas, falta de diversificação em tarefas de trabalho que causam monotonia, falta de responsabilidade individual ou de desafios intelectuais).

Portanto, pode-se verificar que algum estresse é importante para a realização de qualquer atividade e que sua total ausência, assim como seu excesso, podem ser prejudiciais à saúde. Entretanto, o prolongamento de situações de estresse pode repercutir num quadro patológico, originando distúrbios transitórios ou mesmo doenças graves, como o estresse ocupacional.

2.8 Síndrome de Burnout

O termo "Síndrome de Burnout" foi desenvolvido na década de setenta nos Estados Unidos por FREUNDERBERGER (1974). Ele observou que muitos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam um processo gradual de desgaste no humor e ou desmotivação. Geralmente, esse processo durava aproximadamente um ano, e era acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um particular estado de estar "exausto".

Posteriormente, a psicóloga social CHRISTINA MASLACH (1981, 1984, 1986) estudou a forma como as pessoas enfrentavam a estimulação emocional em seu trabalho, chegando a conclusões similares às de Freunderberger. Ela estava interessada nas estratégias cognitivas denominadas despersonalização.

De maneira geral, a maioria dos autores estão de acordo que o burnout é uma síndrome característica do meio laboral e que esta é um processo que se dá em

resposta a cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo conseqüências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social.

Na esfera institucional, os efeitos do burnout se fazem sentir tanto na diminuição da produção como na qualidade do trabalho executado, no aumento do absenteísmo, na alta rotatividade, no incremento de acidentes ocupacionais, na visão negativa da instituição denegrindo a imagem desta e, tendo como resultado importantes prejuízos financeiros.

A síndrome tem sido estudada a partir da década de 70 em diferentes países e, atualmente constitui-se como um problema psicossocial do trabalho. No Brasil, só recentemente, tem recebido atenção por parte da comunidade científica e política

Freudenberger (1974), que era psicanalista utilizando-se de uma perspectiva clínica, reconhece que burnout trata-se de um estado de exaustão, fruto de trabalho excessivo que acarreta inclusive a alienação de necessidades do próprio trabalhador. Associa as causas às características individuais do trabalhador, dando pouca ênfase aos aspectos sociais. Delimita a síndrome como um estado apresentado pelo indivíduo e não como um processo gradual a desenvolver-se. Também concebem desta forma os autores Pines & Aronson (1988) dentre outros.

Freudenberger (1974) considera Burnout um estado de esgotamento ou exaustão resultante de grande dedicação e esforço no trabalho, onde o indivíduo afasta ou deixa de lado as suas próprias necessidades. Inicialmente, pensava-se a síndrome, afetando apenas profissionais que são considerados “cuidadores” (médicos, psicólogos, agentes penitenciários, professores e similares), mas hoje se percebe que outros profissionais são acometidos por ela.

Freudenberger complementou seus estudos em 1975 e 1977, incluindo em sua definição comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (Freudenberger, 1974; França, 1987; Perlman & Hartman, 1982).

Somente a partir de 1976 os estudos sobre *burnout* adquiriram um caráter científico, uma vez que foram construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registrar e compreender este sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização.

Christina Maslach, psicóloga social, foi quem entendeu primeiramente, em estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, que as pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal. Christina

Maslach, Ayala Pines e Cary Cherniss foram os estudiosos que popularizaram o conceito de *burnout* e o legitimaram como uma importante questão social (Farber, 1991).

No Brasil, a primeira publicação data de 1987, em que França (1987), na Revista Brasileira de Medicina, discorre sobre *A síndrome de "burnout"*.

Na década de 90 as primeiras teses e outras publicações começam a aparecer, alertando alguns profissionais sobre este tema a ponto de em 6 de maio de 1996, quando da Regulamentação da Previdência Social, a síndrome de burnout vir a ser incluída no Anexo II no que se refere aos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais*. Entretanto, mesmo assim, esta ainda é desconhecida da maior parte dos profissionais, mesmo daqueles que devido à sua ocupação, deveriam conhecê-la o suficiente para poder orientar, diagnosticar ou encaminhar para uma intervenção. Por vezes, em função do despreparo destes, a pessoa em burnout é tratada como em estresse ou depressão, o que não a beneficia, uma vez que a causa principal do problema não é atacada, além da sobrecarga de se atribuir toda a dificuldade a componentes pessoais.

A referência à síndrome, por vezes, ocorre através de outras denominações como: *estresse laboral* para assinalar a associação necessária ao mundo do trabalho (Büssing & Glaser, 2000; González, 1995; Herrero, Rivera & Martín, 2001; Schaufeli, 1999), ou *estresse profissional* (May & Revich, 1985, Nunes, 1989), ou *estresse assistencial*, *estresse ocupacional assistencial* ou simplesmente *estresse ocupacional* evidenciando a maior incidência entre aqueles que se ocupam em cuidar de pessoas, independentemente do caráter profissional ou trabalhista (Carlotto, 1999; Firth, 1985; Shoröder, Martín, Fontanais & Mateo, 1996). Localizamos a expressão *síndrome de queimar-se pelo trabalho* (Gil-Monte & Peiró, 1997, Seisdedos, 1997) ou *desgaste profissional* (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000) em alguns estudos espanhóis. No Brasil, encontramos também a referência à *neurose profissional* ou *neurose de excelência* (Stella, 2001), ou *síndrome do esgotamento profissional* (Moraes, 1997), o que confunde e, muitas vezes dificulta, um levantamento de pesquisas na área.

A influência espanhola no desenvolvimento de estudos sobre o burnout aparece em dissertações e teses, algumas posteriormente publicadas em forma de artigos ou capítulos de livros, como a de Lautert (1995) realizada em profissionais de enfermagem no Rio Grande do Sul, orientada por Maria Paz Quevedo Aguado, ou a

de Moura (1997) sob orientação de Jorge Castellá Sarriera que, apesar de lecionar também no Rio Grande do Sul, é de origem espanhola e realizou parte de seus estudos de pós-graduação neste país. Kurowski (1999) investigou o burnout em agentes penitenciários de Curitiba, sob orientação de Bernardo Moreno-Jiménez.

Burnout, termo da cultura anglo-saxônica, pode ser traduzido para o português como se apagar ou queimar-se, lembrando de certo modo, a imagem de uma vela ou fogueira apagando-se lentamente.

Trata-se de uma síndrome, fruto do estresse laboral crônico que afeta os profissionais e sua relação com o trabalho. Este perde o seu sentido e os eventos dele provenientes passam a não importar; esforços são inúteis para modificar esta situação. Burnout tem maior incidência em profissionais que desempenham função assistencial a qual exige deles elevado investimento na relação interpessoal, marcada pelo cuidado e a dedicação. Com o passar do tempo, o profissional se desgasta, se estressa e desiste. As manifestações dessa desistência são: queda da auto-estima, esgotamento emocional, surgimento de comportamentos inadequados frente a sua clientela (irritação, descaso, cinismo e distanciamento), diminuição da produtividade e da auto-realização no trabalho, instalação de problemas psicossomáticos e absentéismo.

O estudo da incidência ou prevalência dos sintomas de burnout nas profissões pode nos ajudar a compreender a natureza da etiologia ou nexos do adoecimento. As ocupações assistenciais são as mais afetadas, pois estão fundamentadas na filosofia humanística e a discrepância entre expectativas e a realidade contribui para o nível de estresse que tais profissionais experimentam (Alvarez & Fernandez, 1991). Outro fator que contribui para a alta incidência da síndrome é o longo tempo dedicado aos clientes que freqüentemente se encontram em situações dramáticas gerando, com isso, uma relação interpessoal provida de frustração, medo e tensão emocional.

De acordo com Oliveira (2001), o termo de origem inglesa *burnout* designa "algo que deixou de funcionar por exaustão de energia". Conforme Maslach & Jackson (1981), manifesta-se a partir de sintomas específicos e pode ser concebida com um construto que abrange três fatores, ou seja, a exaustão emocional, a despersonalização e sentimentos de reduzida realização profissional. Já para Pines & Aronson (1988), a síndrome pode ser definida como um estado de exaustão emocional, física e mental causado por um envolvimento de longa duração em

situações emocionalmente exigentes. Jackson et al. entendem que esse estado emocional exaustivo é causado por uma exigência excessiva de caráter psicológico e emocional.

Cabe salientar, no entanto, que, tal como afirmam Ezzmann et al., o *burnout* é distinto das reações clássicas de estresse porque está mais relacionado a uma fadiga psicológica. Da mesma forma, Lunardi (2004) defende que a síndrome de *burnout* é diferente do estresse porque, enquanto aquela envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, à organização e ao trabalho, o estresse aparece mais como uma relação particular entre uma pessoa e o seu ambiente.

Ballone (2005) observou que os primeiros anos da carreira profissional seriam os mais vulneráveis ao desenvolvimento da doença e que há preponderância do transtorno em mulheres.

Segundo Gasparetto (1998), a atividade policial moderna exige do profissional o constante aperfeiçoamento das relações públicas e interpessoais, permitindo a interação com a comunidade, sem que, contudo, perca a energia e a autoridade que devem emanar, naturalmente, de sua personalidade. Burke (1993) ressalta que pesquisas têm demonstrado que os policiais podem experimentar o *burnout* tanto quanto os outros profissionais, embora a relação entre policiais e essa síndrome não tenha sido bem estudada. Chamberlain & Zika (1990) também consideram importante um estudo mais pontual sobre essa relação.

Christina Maslach e Susan Jackson (1981) abandonando a perspectiva centralizada somente nas características do trabalhador como fatores determinantes de *burnout*, somam a essas, as variáveis sociais e ambientais, como elementos igualmente atuantes no desenvolvimento do fenômeno.

2.8.1 Definição

A definição mais aceita atualmente sobre a Síndrome de Burnout fundamenta-se na perspectiva social-psicológica (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Golberg, 1998). Esta perspectiva considera a síndrome como uma reação à tensão emocional crônica causada por se lidar excessivamente com pessoas. É um construto formado por três dimensões relacionadas, mas

independentes. A primeira delas é a de exaustão emocional, caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. É possível somarem-se sentimentos de frustração e tensão, pois os trabalhadores podem perceber que já não têm condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas, como faziam antes. Outra dimensão é a de despersonalização, situação em que o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos. Os trabalhadores podem desenvolver uma insensibilidade emocional. A terceira dimensão é a baixa realização pessoal no trabalho, definida como uma tendência do trabalhador a se auto-avaliar de forma negativa. As pessoas se sentem infelizes consigo mesmas e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. Também experimentam um declínio do sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros.

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o que tem emergido de quase todos os estudos é a conceituação de *burnout* como uma síndrome psicossocial surgida como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho. Depois de anos de investigações mantém-se a consistência dos fatores situacionais inicialmente correlacionados a este fenômeno. "Os resultados destes estudos têm deixado claro o impacto da situação de trabalho sobre o *Burnout* individual" (p. 401).

Os avanços nos estudos da Síndrome de Burnout têm ocorrido, porquanto as questões metodológicas têm sido qualificadas desde a sua fase pioneira. Schaufeli, Maslach e Marek (1993) observam que os progressos localizam-se em três grandes áreas: as medidas adotadas, uma vez que o Maslach Burnout Inventory (MBI) tem sido o instrumento utilizado pela maioria dos pesquisadores; os estudos transnacionais; e as investigações sobre o processo de desenvolvimento da síndrome.

Alvarez e Fernandez (1991) consideram, de forma complementar, que o burnout é uma resposta aos altos níveis de tensão no trabalho, insatisfação pessoal e escassez de atitudes de enfrentamento das situações que possam gerar conflitos, o que sugere que características de personalidade também predis põem o surgimento da síndrome, assim como um traço organizacional e social. Para Lautert (1995), sintomas como fadiga crônica, cefaléias, perda de peso, hipertensão, dores musculares, asma e nas mulheres alterações menstruais, são sinais precoces do burnout ligados ao psicossomatismo.

Para Codo e Vasques-Menezes (1999), *burnout* consiste na “síndrome da desistência”, pois o indivíduo, nessa situação, deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem e, aparentemente, torna-se incapaz de se envolver emocionalmente com o mesmo. No entanto, autores discutem a possibilidade de males como fadiga, depressão, estresse e falta de motivação também apresentarem a desistência como característica marcante. Dessa forma, pode-se pensar que estudos sobre desistência e, conseqüentemente, sobre *burnout* se iniciaram juntamente com os estudos de Pavlov. Este pesquisador constatou que cães submetidos a uma tarefa progressivamente difícil de realizar, como, por exemplo, diferenciar um círculo de uma elipse, apresentavam um rompimento no comportamento e esse rompimento foi denominado, por Pavlov, de “neurose experimental” (Codo & Vasques-Menezes, 1999). Essa ruptura no comportamento não seria uma resposta frente a uma dificuldade tão grande que só restaria ao cão desistir da atividade e entrar em neurose experimental? Por analogia, os seres humanos poderiam entrar em *burnout* ao se sentirem incapazes de investir em seu trabalho, em conseqüência da incapacidade de lidar com o mesmo (Codo & Vasques-Menezes, 1999).

Para Cherniss (citado em Roazzi, Carvalho, & Guimarães, 2000) *burnout* é uma forma de adaptação que pode resultar em efeitos negativos tanto para a própria pessoa quanto para seu local de trabalho. Portanto, é conseqüência de uma tentativa de adaptação própria das pessoas que não dispõem de recursos para lidar com o estresse no trabalho. Essa falta de habilidade para enfrentar o estresse é determinada tanto por fatores pessoais como por variáveis relativas ao trabalho em si e à organização. A exaustão emocional é caracterizada por um sentimento muito forte de tensão emocional que produz uma sensação de esgotamento, de falta de energia e de recursos emocionais próprios para lidar com as rotinas da prática profissional e representa a dimensão individual da síndrome. A despersonalização é o resultado do desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, por vezes indiferentes e cínicas em torno daquelas pessoas que entram em contato direto com o profissional, que são sua demanda e objeto de trabalho. Num primeiro momento, é um fator de proteção, mas pode representar um risco de desumanização, constituindo a dimensão interpessoal de *burnout*. Por último, a falta de realização pessoal no trabalho caracteriza-se como uma tendência que afeta as habilidades interpessoais relacionadas com a prática profissional, o que influi diretamente na

forma de atendimento e contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização (Maslach, 1998). Trata-se de uma síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas não lhe importam mais e qualquer esforço lhe parece inútil. Finalmente, a síndrome de *burnout* tem sido negativamente relacionada com saúde, performance e satisfação no trabalho, qualidade de vida e bem-estar psicológico (Rabin, Feldman, & Kaplan, 1999).

A síndrome é compreendida como processo dinâmico, que se estabelece gradualmente, sendo por conseqüência possível identificar a apresentação da síndrome em níveis distintos. Gil-Monte e Peiró (1997) descrevem uma série de pesquisas desenvolvidas explorando a evolução da síndrome e defendem o modelo de Gil-Monte, Peiró, e Valcárcel (1995, citado em Gil-Monte & Peiró, 1997), no qual o processo se inicia com o desenvolvimento dos sentimentos de baixa realização pessoal e exaustão emocional em paralelo. Posteriormente, instala-se a despersonalização em resposta a ambos sentimentos, como uma estratégia defensiva.

Tamayo (1997), Lee e Ashforth (1996) e Gil-Monte e Peiró (1997) assinalam a intensificação dos estudos nos últimos 15 anos, de forma que já acumula uma considerável tradição empírica, o que segundo Maslach et al. (2001) tem implicado em uma crescente sofisticação metodológica e das ferramentas estatísticas utilizadas.

Há convergências nos estudos em apontar uma incidência elevada de tal síndrome entre profissionais de saúde (Amorim, 2002; Benevides-Pereira, 2002a, 2002b; Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2002; Gil-Monte & Peiró, 1997; Tamayo, 1997), professores (Carlotto, 2002; Codo, 1999; Silva & Barboza, 2003) e policiais (Gil-Monte & Peiró, 1997), caracterizando uma tendência de endemia, embora que não ocorra exclusivamente com tais profissionais. Borges et al. (2002), replicando o estudo de Tamayo (1997) em hospitais públicos, levantaram a primeira evidência da incidência da síndrome entre profissionais de saúde em Natal.

Muito também há se estudado sobre seus determinantes para possibilitar o desenvolvimento e seleção adequada de estratégia de prevenção e de enfrentamento do problema. O número de aspectos e/ou fatores que se associam à ocorrência da referida síndrome são tantos que Gil-Monte e Peiró (1997) classificam as variáveis antecedentes em desencadeantes e facilitadores. Por desencadeantes,

os autores identificam aqueles estressores com um caráter crônico que ocorrem no ambiente de trabalho. Por facilitadores, os autores designam características pessoais dos indivíduos que ampliam a suscetibilidade do indivíduo a apresentar sintomas da referida síndrome. Maslach e Leiter (1999) atentam para a importância de optar por estratégias preventivas centradas nos aspectos organizacionais. Por isso desenvolvem um modelo de intervenção, focalizando três tipos de antecedentes ambientais / organizacionais: processos e estruturas de administração (supervisão, avaliação de desempenho, saúde e segurança); seis áreas da vida organizacional (carga de trabalho, controle, remuneração, união, equidade e valores) e, o compromisso com o trabalho (energia, envolvimento e eficiência).

Os primeiros trabalhos sobre o *burnout* fazem referência exclusivamente a profissões do tipo assistencial (trabalhadores sociais, enfermeiras, professores, etc.); atualmente se parte de uma perspectiva mais ampla, e o conceito estendeu-se a todo tipo de profissionais e grupos ocupacionais (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

De fato, esta síndrome foi observada, originalmente, em profissões predominantemente relacionadas a um contacto interpessoal mais exigente, tais como médicos, psicanalistas, carcereiros, assistentes sociais, comerciários, professores, atendentes públicos, enfermeiros, funcionários de departamento pessoal, telemarketing e bombeiros. Hoje, entretanto, as observações já se estendem a todos profissionais que interagem de forma ativa com pessoas, que cuidam e/ou solucionam problemas de outras pessoas, que obedecem a técnicas e métodos mais exigentes, fazendo parte de organizações de trabalho submetidas à avaliações.

De acordo com MASLACH (2001), grande parte dos aportes utilizados para o estudo do construto são investigações transversais e há escassos estudos longitudinais. Assinala ainda que nas investigações efetuadas nos últimos 25 anos teria predominado a hipótese que as pessoas idealistas têm um risco maior para o Burnout. Uma segunda hipótese estudada é que a Síndrome de Burnout resulta da exposição a estressores crônicos.

Pode-se afirmar que existem perfis de profissionais mais propensos a desenvolverem a síndrome de burnout. Pesquisas demonstram que os profissionais altamente motivados, que enfrentam o cansaço e estresse no trabalho, se dedicando ainda mais as suas atividades, estão propensos a burnout. Benevides Pereira (2002) indica que pessoas com características de personalidade tipo A, competitivas,

impacientes, com dificuldades de tolerar frustrações e necessidade de ter o máximo de controle sobre a própria carreira, quando em contato direto com determinados ambientes de trabalho, lidam mal com suas falhas e são autocríticos, tornando-se alvos primordiais ao desenvolvimento da síndrome.

A síndrome de Burnout apresenta graus diferentes de manifestação, frequência e intensidade, por ser um processo gradual, e cumulativo. Quanto à frequência: o menor grau é presente quando ocorre o aparecimento esporádico dos sintomas, e o maior grau é detectado quando a presença é permanente. Quanto à intensidade, o nível baixo caracteriza-se pela incidência de sentimentos como a irritação, esgotamento, inquietações e frustração e o nível alto constitui-se na presença de doenças e somatizações (Iwanicki, 1983).

Deve-se considerar que não é necessário apresentar todos os sintomas para caracterizar burnout. Observa-se também que a ocorrência dos sintomas defensivos constitui a característica mais importante, pois diferenciam a síndrome do estresse (BENEVIDES PEREIRA 2002).

MANASSERO *et al.* (1995) propõem que existem três perspectivas diferentes a partir das quais a Síndrome de Burnout tem sido estudada:

1) **A perspectiva psicossocial:** adotada por Maslach e Pines, que pretende explicar as condições ambientais nas quais se origina a Síndrome de Burnout, os fatores que ajudam a atenuá-la (especialmente o apoio social) e os sintomas específicos que caracterizariam a síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, nas distintas profissões. Além disso, neste enfoque se desenvolveu o instrumento de medidas mais amplamente utilizado para avaliar a síndrome, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Cabe ressaltar que em relação ao instrumento, sua validade de construto demonstra que o mesmo mede as três dimensões assinaladas na literatura: esgotamento emocional, despersonalização e reduzido ganho pessoal. GIL-MONTE e PEIRÓ (1999) mencionam que o instrumento continua tendo deficiências psicométricas devido ao fato de que em distintas investigações foram obtidos diferentes níveis de validade interna e externa.

2) **A perspectiva organizacional:** que se centra em que as causas da Síndrome de Burnout se originam em três níveis distintos, o individual, o organizacional e o social (CHERNISS, 1980). O desenvolvimento da Síndrome de Burnout gera nos profissionais, respostas ao trabalho, que não têm que aparecer sempre, nem juntas, como a perda do sentido do trabalho, idealismo e otimismo, ou a ausência de

simpatia e tolerância frente aos clientes e a incapacidade para apreciar o trabalho como desenvolvimento pessoal.

3) **A perspectiva histórica:** é fruto dos estudos realizados por SARANSON (1982) sobre as conseqüências das rápidas mudanças sociais nos Estados Unidos depois da Segunda Guerra Mundial no trabalho e das condições de trabalho.

De acordo com CHERNISS (citado por MASLACH, 1993), a Síndrome de Burnout é um processo que começa com um excessivo e prolongado nível de tensão ou "estresse" que produz a fadiga no trabalho, sentimento de estar exausto, irritabilidade. Similarmente a Síndrome de Burnout tem sido caracterizada como uma progressiva perda do idealismo e da energia e o propósito de ajudar aos usuários dos serviços.

BIBEAU (citado por MASLACH, 1993) propõe um diagnóstico objetivo e também subjetivo da Síndrome de Burnout com critérios para determinar seu grau. O principal sintoma seria a fadiga ou esgotamento emocional, acompanhada de um sentimento de incompetência profissional e insatisfação no emprego, além de problemas de concentração, irritabilidade e negativismo. O principal indicador seria o estado emocional por um período de vários meses, observado por distintas pessoas como colegas, supervisores e outros.

2.8.2 Identificando o Burnout

Entre os fatores aparentemente associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout está a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe.

Os autores que defendem a Síndrome de Burnout como sendo diferente do estresse, alegam que esta doença envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho, enquanto o estresse apareceria mais como um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Entretanto, pessoalmente, julgamos que essa Síndrome de Burnout seria a conseqüência mais depressiva do estresse desencadeado pelo trabalho.

As variáveis associadas a burnout mais averiguadas em trabalhos de pesquisa são: idade, gênero, estado civil, prole e condição familiar, nível educacional, área e tempo de atuação na profissão, tipo de ocupação, carga quantitativa e qualitativa de trabalho, trabalho em turnos, qualidade das relações com colegas e clientes, apoio da chefia e da organização, conflito e ambigüidade de papéis dentre outras mais específicas a determinadas populações.

Considera-se a Síndrome Burnout como provável responsável pela desmotivação que sofrem os profissionais da saúde atualmente. Isso sugere a possibilidade de que esta síndrome esteja implicada nas elevadas taxas de absenteísmo ocupacional que apresentam esses profissionais.

Segundo pesquisas de Martínez (2000), a epidemiologia da Síndrome de Burnout tem aspectos bastante curiosos. Seu detalhado trabalho mostrou que os primeiros anos da carreira profissional seriam mais vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome.

Há uma preponderância do transtorno nas mulheres, possivelmente devido à dupla carga de trabalho que concilia a prática profissional e a tarefa familiar. Com relação ao estado civil, tem-se associado a síndrome mais com as pessoas sem parceiro estável.

Segundo Burk & Greenglass (*apud* Moura, 2000) as condições de trabalho consideradas como causadoras da síndrome na escola são as seguintes: 1-pouca possibilidade de ascensão profissional, 2- baixa participação direta na gestão e planejamento do trabalho, 3 - reduzidos salários, 4- sobrecarga de trabalho, 5- conflito de papéis, 6- ambigüidade no que se deva realizar dentro do trabalho, 7- exigência de muito envolvimento com o aluno e 8- burocratização do trabalho.

As definições sobre *Burnout* foram agrupadas em quatro perspectivas: clínica, sociopsicológica, organizacional e sociohistórica.

Na perspectiva clínica, proposta por Freudenberger, representa um estado de exaustão resultante de um trabalho exaustivo em que até as próprias necessidades são deixadas de lado.

Na abordagem sociopsicológica da síndrome, Malasch e Jackson indicam como o estresse laboral e leva ao tratamento mecânico do cliente. *Burnout* aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto

no trabalho. Resumindo, "o trabalhador se envolve afetivamente com seus clientes, desgasta-se, não agüenta mais, desiste, entra em *Burnout*".

Na perspectiva organizacional, os sintomas que compõem a síndrome seriam respostas possíveis para um trabalho estressante, frustrante ou monótono. A diferença entre *Burnout* e alienação seria que a alienação diminui a liberdade do sujeito para concluir sua tarefa; no caso do *Burnout* a situação é inversa, o sujeito tem liberdade para agir, mas sobre uma tarefa impossível de realizar.

Na perspectiva sociohistórica, pondera-se que, pelo fato de as condições sociais não canalizarem os interesse de uma pessoa para ajudar outra, torna-se difícil manter o comprometimento de servir aos demais no trabalho⁽¹³⁾.

O desgaste físico e emocional a que as pessoas estão submetidas em seu ambiente de trabalho e na execução de suas tarefas é bastante significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, como é o caso das depressões, transtornos de ansiedade, fobias, distúrbios psicossomáticos e burnout.

Os estímulos estressores ligados à atividade laboral são muitos e podemos de forma simplificada relacioná-los da seguinte forma: sobrecarga – denotada pela urgência de tempo, responsabilidade excessiva, falta de apoio e expectativas excessivas próprias ou de pessoas que o cercam; falta de estímulos – tédio; solidão ou falta de solicitações de sua capacidade e potencial; ruídos e alterações do sono; falta de perspectivas; mudanças constantes determinadas pela organização, por adições a novas tecnologias, mudanças devido ao mercado e mudanças auto-impostas, além das questões ergonômicas que podem comprometer o organismo nas dimensões física e mental.

É pertinente citar, também, as mudanças no mundo do trabalho provocadas pelo processo de globalização da economia, a sofisticação tecnológica, a decadência das relações humanas cooperativas que são substituídas por aspectos competitivos e de busca de recompensas extrínsecas ao próprio trabalho como elementos importantes no surgimento de sentimentos de insegurança, ansiedade e diminuição da auto – estima do indivíduo e de grupos sociais.

Quando estes sentimentos são intensos e permanentes, e as características da função no trabalho também contribuem para a manutenção destas condições, o indivíduo apesar de tentar repetidamente soluções para essas questões, somado ao desgaste dos constantes fracassos, está vulnerável ao surgimento de burnout.

Comumente ouvimos indivíduos dizendo em seus locais de trabalho, em suas casas ou no âmbito social, que estão estressados e cansados e que gostariam de fazer algo diferente ou tirar férias prolongadas. Estes sentimentos são expressos por fazerem parte já do senso comum e serem compartilhados e aceitos pelas pessoas. Trocam-se idéias a respeito, propõe-se mudanças na rotina do trabalho, início de exercícios físicos ou maior dedicação ao lazer e a diversão, ou ainda a ingestão de vitaminas. De acordo com vários autores, esta é uma concepção errônea, pois o indivíduo acredita tratar-se apenas de uma crise momentânea e que ele é o único responsável pela resolução da mesma. Tentativas de mudança acabam mal sucedidas predispondo o indivíduo a burnout. Farber (1991), indica que a síndrome não é causada pelo estresse em si, e salienta a falta de recursos e suporte que a organização proporciona ao indivíduo.

Bernardes (1988, p. 25) caracteriza a organização de trabalho:

...como uma associação de pessoas que se relacionam entre si e com o ambiente externo, colaborando e dividindo o trabalho para transformar matéria prima ou insumos em bens ou prestação de serviços a sociedade. Também tem o objetivo de atender as necessidades de seus próprios participantes, condição esta, para manter-se existente no tempo.

Saúde na organização representa fornecer condições de trabalho condizentes as necessidades das pessoas e de seus biorritmos, assegurando o bem estar físico e psicológico (Moscovici, 1993). Maslach e Leiter (1999, p. 18) observam “burnout não é um problema das pessoas, mas principalmente do lugar onde as pessoas trabalham”.

Não resta dúvida de que homem e trabalho estão intimamente relacionados, pois esse contribui na formação da subjetividade e identidade do indivíduo e essas agem sobre sua percepção, desempenho e aquisições provenientes de seu trabalho.

De acordo com Codo, Sampaio e Hitomi (1993, p. 59) “tentar compreender o homem sem considerar o trabalho é tentar compreender o homem, apesar de sua vida”. Os mesmos autores acrescentam que:

...o homem produz sua própria existência na medida em que trabalha, arquitetando a estrutura social com suas próprias mãos, a mesma estrutura que lhe servirá de habitat; o homem é o meio ambiente do homem.

Os estressores ocupacionais estão divididos em dois grupos distintos: estressores do ambiente físico e demandas estressantes do trabalho e de seu conteúdo. Os primeiros referem-se a ruídos, vibração, qualidade de iluminação, temperatura, higiene, ventilação, adequação de espaço físico dentre outros fatores. Todos esses, podem trazer conseqüências psicológicas e ergonômicas sobre a saúde do trabalhador. As demandas estressantes do trabalho e de seu conteúdo (execução da tarefa em si) constituem o grupo de maior interesse para essa investigação.

Dentre os fatores que dele fazem parte, cabe salientar:

Sobrecarga de trabalho: ocorre tanto em termos qualitativos como quantitativos. É considerada causa do estresse (Bianchi, 1990; Cherniss, 1983; Cohen – Mansfield e Rosenthal, 1989; Dewe, 1989; Fornés, 1994; Paraguayo, 1990). Peiró (1992) descreve que essas sobrecargas de trabalho produzem sintomas de estresse físico e psicológico e assim os enumera: tensão e insatisfação no trabalho, ansiedade, sensação de ameaça, redução da auto-estima, elevação do nível de colesterol circulante, aumento da taxa cardíaca, resistência da pele e, consumo de tabaco. O excesso de horas trabalhadas reduz a possibilidade de apoio social do indivíduo.

Relações interpessoais no trabalho: boas relações entre pessoas que compõem o grupo de trabalho são fator fundamental para a saúde pessoal e organizacional (Llopis, 1993; Crawford, 1993; Fornés, 1994). A qualidade das relações interpessoais é potencializadora de agentes estressores. O conflito pode gerar crescimento e estimular novas soluções, mas se contínuo gerará frustração, tensão, doenças psicossomáticas e outros males (Peiró, 1993).

Estágios de desenvolvimento da carreira profissional: Peiró (1993) relaciona a fase inicial de desenvolvimento da carreira com discrepâncias entre expectativas e realidade. A fase de consolidação da carreira é dedicada à busca de equilíbrio entre as demandas familiares e a própria carreira. A seguinte, fase de manutenção da carreira, pode gerar estresse à medida que é constatado o êxito na carreira e o fracasso na vida pessoal. A última etapa refere-se ao estresse causado pela evidência do envelhecimento do indivíduo marcada pela aposentadoria.

Status profissional e salário: para Peiró (1992) elevado status = salário mais alto = maior satisfação. Se não há perspectiva dessa condição, maior a possibilidade de estresse. O mesmo autor mostra que a satisfação obtida em relação ao trabalho é dependente da percepção de sua equidade por parte do trabalhador.

Novidade ou variedade das tarefas: Peiró (1993) afirma que o trabalho rotineiro e contínuo, durante longos anos, torna o trabalhador menos flexível e mais predisposto ao estresse; em contrapartida, quando ocorre excesso de mudanças de tarefa esse também pode se estabelecer.

Ambigüidade de funções: para Heim (1992) esta ocorre, quando membros do grupo de trabalho têm expectativas ou demandas incompatíveis entre si, em relação ao indivíduo. Denomina-se também, ambigüidade de funções, a sobrecarga decorrente de acúmulo de obrigações e responsabilidades provenientes de uma ou várias funções que a pessoa desempenha (Fornés, 1994). Cherniss (1983) descreve forças específicas da ambigüidade de funções como: falta de informação sobre expectativas dos colaboradores; conhecimento sobre oportunidade de crescimento; informação necessária para o desempenho no trabalho, dentre outras, que contribuem para o aumento de tensão e estresse do indivíduo.

Controle de atividades: Crawford (1993) e Fornés (1994) citam essa variável como grau em que o ambiente de trabalho permite ao indivíduo controlar as atividades que realiza no nível intrínseco (planificação e procedimentos) e extrínseco (salários, benefícios e horários). Quanto mais controle o indivíduo possui, menor a possibilidade da elevação da tensão ou surgimento do estresse.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta, em seu informe sobre a saúde no mundo, publicado em 2000, sobre a necessidade de avaliação da qualidade dos sistemas de saúde. Recomenda maior cuidado com os recursos humanos dessas organizações, porque deles depende a eficiência e a eficácia do sistema. Salaria que são as pessoas que desenvolvem conhecimentos, habilidades e motivação. As condições de trabalho do profissional de saúde influenciam a sua qualidade de vida, bem como a qualidade dos serviços prestados. Soma-se a isso, também as conseqüências advindas para a própria sociedade. Absenteísmo, acidentes de trabalho e riscos laborais de origem psicossocial como o estresse e a síndrome de burnout ocupam posição de destaque. Gil Monte (2001) complementa, que a gestão de recursos humanos deve dedicar maior atenção a esses fenômenos, desenvolvendo estratégias de avaliação e intervenção.

Enquanto Gil-Monte (1993) considera que, no primeiro momento, o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, o stress. No segundo momento, aparecem sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade e, finalmente, o indivíduo desenvolve estratégias de defesa, que

utiliza de maneira constante. Essas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos que incluem indiferença e distanciamento emocional do trabalho.

2.8.3 Sintomas

FREUDENBERGER (1974) descreve os seguintes sintomas: impaciência e grande irritabilidade, sensação de onipotência, paranóia, cansaço emocional e desorientação.

Por sua vez, CABALLERO e MILLÁN (1999) propõem que a Síndrome de Burnout apresenta sintomas de ordem:

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

O processo do *burnout* é individual (Rudow, 1999). Sua evolução pode levar anos e até mesmo décadas (Rudow, 1999). Seu surgimento é paulatino, cumulativo, com incremento progressivo em severidade (França, 1987), não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar estar acontecendo algo de errado com ele (França, 1987; Dolan, 1987; Rudow, 1999).

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

- 1) existe a predominância de sintomas relacionados a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão;
- 2) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos;
- 3) os sintomas do *burnout* são relacionados ao trabalho;

- 4) os sintomas manifestam-se em pessoas "normais" que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome;
- 5) a diminuição da efetividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Segundo Ballone (2002) os sintomas básicos dessa síndrome seriam, inicialmente, uma exaustão emocional onde a pessoa sente que não pode mais dar nada de si mesma. Em seguida desenvolve sentimentos e atitudes muito negativas, como por exemplo, um certo cinismo na relação com as pessoas do seu trabalho e aparente insensibilidade afetiva. Finalmente o paciente manifesta sentimentos de falta de realização pessoal no trabalho, afetando sobremaneira a eficiência e habilidade para realização de tarefas e de adequar-se à organização.

Esta síndrome é o resultado do estresse emocional incrementado na interação com outras pessoas. Algo diferente do estresse genérico, a Síndrome de Burnout geralmente incorpora sentimentos de fracasso. Seus principais indicadores são: cansaço emocional, despersonalização e falta de realização pessoal.

2.8.4 Quadro Clínico

O quadro clínico da Síndrome de Burnout costuma obedecer a seguinte sintomatologia:

1. Esgotamento emocional, com diminuição e perda de recursos emocionais.
2. Despersonalização ou desumanização, que consiste no desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou de cinismo para com outras pessoas no trabalho ou no serviço prestado.
3. Sintomas físicos de estresse, tais como cansaço e mal estar geral.
4. Manifestações emocionais do tipo: falta de realização pessoal, tendências a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, vivências de insuficiência profissional, sentimentos de vazio, esgotamento, fracasso, impotência, baixa autoestima.
5. É freqüente irritabilidade, inquietude, dificuldade para a concentração, baixa tolerância à frustração, comportamento paranóides e/ou agressivos para com os clientes, companheiros e para com a própria família.

6. Manifestações físicas: Como qualquer tipo de estresse, a Síndrome de Burnout pode resultar em Transtornos Psicossomáticos. Estes, normalmente se referem à fadiga crônica, freqüentes dores de cabeça, problemas com o sono, úlceras digestivas, hipertensão arterial, taquiarritmias, e outras desordens gastrintestinais, perda de peso, dores musculares e de coluna, alergias, etc.
7. Manifestações comportamentais: probabilidade de condutas aditivas e evitativas, consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais, absenteísmo, baixo rendimento pessoal, distanciamento afetivo dos clientes e companheiros como forma de proteção do ego, aborrecimento constante, atitude cínica, impaciência e irritabilidade, sentimento de onipotência, desorientação, incapacidade de concentração, sentimentos depressivos, freqüentes conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e dentro da própria família.

No entanto, é importante ressaltar que nem todos os sintomas estão necessariamente presentes em todos os casos, pois esta configuração dependerá de fatores individuais (como predisposição genética, experiências socioeducacionais), fatores ambientais (locais de trabalho ou até mesmo condições ambientais das cidades) e o estágio em que o indivíduo se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome.

Os estressores ocupacionais podem ser psicológicos e físicos ou uma combinação de ambos. Os estressores reais dependem de características individuais e da percepção do fisioterapeuta às exigências presentes, utilizando mecanismos determinados por suas características para afastar a ameaça à sua auto-estima, e quando estes não forem eficientes ocorrerá o estresse que pode manifestar-se no campo psicológico, fisiológico ou comportamental. Quando o estresse é prolongado, leva a sintomas crônicos e a burnout.

Bontempo (1999) atribui a manifestação do burnout a causas pessoais, institucionais e características dos pacientes. Nesse enfoque, as causas pessoais se devem a “aspirações nobres e elevado idealismo inicial, falta de critério para avaliar seus desejos, sobrecarga auto-imposta e alguns traços da personalidade” e, em relação às causas institucionais, a “sobrecarga de trabalho, discriminação sexual, falta de autonomia e de apoio institucional, ambigüidade, falta de apoio e feedback de chefia e colegas de trabalho” (BONTEMPO, apud MALAGRIS, 2004, p. 201). Quanto à terceira causa, reporta-se ao indivíduo que já foi acometido pela síndrome e, por diferentes motivos, não apresenta melhora.

Maslach e Leiter (1999) avaliam que o ambiente de trabalho e como este ambiente se organiza é o responsável, em grande parte, pelo desgaste sofrido atualmente pelos trabalhadores e que, apesar de todo esse desgaste, as empresas se eximem de responsabilidades, atribuindo o problema exclusivamente ao próprio trabalhador.

Malagris (2004) sublinha que o modo entusiástico de trabalhar que caracterizava o início da carreira é substituído, nesse estado, por um modo depressivo. A autora entende que a atitude fria em relação ao outro, o distanciamento emocional e, muitas vezes, “a atitude cínica”, associados à despersonalização, podem levar o profissional a sentimentos de culpa e angústia, experimentando, então, reduzida realização profissional e pessoal. Verifica-se baixa auto-estima, senso de fracasso profissional. Contudo, a autora ressalva que, embora nem todos os trabalhadores nessas mesmas condições desenvolvam a síndrome de burnout, esses sentimentos podem levar a um desejo de abandono do trabalho, pois o profissional, frustrado e decepcionado, nele não vê sentido.

2.8.5 Desenvolvimento da Síndrome de Burnout

O Burnout não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado, mas emerge em uma seqüência determinada de tempo. Na atualidade foram produzidos modelos mais complexos com os mesmos componentes básicos propostos por Freunderberger e Maslach, das três dimensões mencionadas anteriormente aparecendo no tempo, de maneira seqüencial.

Assim FARBER (1991) propôs um modelo hierárquico composto por diversos estados sucessivos no qual, cada um deles desencadeia o seguinte: entusiasmo e dedicação, frustração e ira, e inseqüência (percepção de falta de correspondência no trabalho, abandono de compromisso e implicação no trabalho, vulnerabilidade pessoal, esgotamento e descuido, o estágio final se não receberem um tratamento adequado (MANASSERO, FORNÉS, FERNÁNDEZ, VÁZQUEZ, & FERRER, 1995).

Por sua vez, EDELWICH & BRODSKY (citados por MANASSERO, *et al.*, 1995) referem que seria cíclico e se apresentaria através da repetição de vários estágios sucessivos: entusiasmo, arrefecimento, frustração e apatia.

MASLACH (2001) conclui que não existe acordo sobre a evolução da síndrome e, que, de acordo com as investigações de GOLEMBIESWSKI e MUNZENRIDER (1998) existem oito possíveis combinações para a Síndrome de Burnout, sendo a primeira fase a despersonalização, logo a reduzida realização pessoal e finalmente o esgotamento emocional. Uma segunda alternativa é que as dimensões se desenvolvam simultaneamente, mas de forma independente.

Segundo França e Rodrigues (*apud* Silva, 2000), enfrentamento defensivo é o: "... conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas ou internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades".

A *despersonalização* é uma dimensão característica da síndrome de *Burnout* e um elemento que a distingue do estresse. Originalmente apresenta-se como uma maneira do profissional se defender da carga emocional derivada do contato direto com o outro. Neste sentido, o profissional acaba desenvolvendo atitudes insensíveis em relação às pessoas no trabalho, criando uma barreira para não permitir a repercussão dos problemas e sofrimentos alheios em sua vida. O profissional em *Burnout* acaba ignorando o sentimento de outras pessoas agindo até mesmo com cinismo, rigidez.

A maioria dos autores concorda que o *Burnout* aparece como uma resposta ao estresse ocupacional (Benevides-Pereira, 2002, Carlotto & Gobbi, 2000, Galego & Rios, 1991, Gil-Monte & Peiró, 1997, Maslach & Jackson, 1981, Moreno-Jiménez, 1991, entre outros) afirmam que vários estudos que tentam determinar quais as variáveis mais significativas no desencadeamento do *estresse e Burnout*. Entre estas deve-se levar em conta características pessoais (idade, sexo, nível educacional, estado civil, tipo de personalidade, nível de idealismo em relação à ocupação) de trabalho (tipo de ocupação, tempo de profissão e instituição, grau de responsabilidade envolvida, relação profissional-cliente...), características organizacionais (ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima, burocracia, recompensas, segurança) e características sociais (cultura, suporte familiar, prestígio social).

Maslach (1978), definiu a síndrome como um processo de perda de criatividade acompanhada por uma sensação de tédio e aborrecimento.

Observa-se que esta é a concepção mais difundida entre os estudiosos, por ser o Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) o instrumento mais utilizado nas pesquisas.

Constata-se também que há divergências quanto à ordem de aparecimento das dimensões, o que provoca necessidade de especificar o parâmetro utilizado para fins diagnósticos.

Cherniss (1980), a partir de um prisma organizacional, aponta as três dimensões anteriormente citadas como forma de enfrentamento a uma organização que proporciona um trabalho frustrante, estressante ou monótono. Para este autor existe diferença entre alienação - esta diminui a autonomia do indivíduo para alcançar os objetivos da execução de sua tarefa - e burnout na qual o indivíduo tem liberdade e autonomia para agir, mas considera difícil ou impossível realizar a tarefa. Também Golembiewski, Hilles & Daly (1987) delimitam a síndrome como consequência de discrepâncias entre as necessidades do indivíduo e da organização.

Saranson descrito por Carlotto & Gobbi (1999) salienta o modelo atual seguido pela sociedade como o responsável por burnout. A ênfase dada por esse modelo aos valores individuais, em detrimento dos comunitários, às recompensas extrínsecas, diante das intrínsecas ao trabalho, funcionam como determinantes do estresse laboral crônico e de burnout. Sob um ponto de vista sócio – histórico comenta ainda que, se as condições sócio–culturais não valorizam ou canalizam o interesse de uma pessoa para ajudar outra (solidariedade), torna-se difícil à manutenção do comprometimento com trabalhos que visam estes cuidados.

Delgado (1993) acredita que estes profissionais são os mais afetados pela síndrome, pois implementam uma postura humanística em lugares desumanizados como o sistema de saúde, educação ou penitenciário. Maslach e Leiter (1997) alegam que a síndrome não afeta somente estes profissionais, mas sim se estende a profissionais dos quais é exigido um certo nível de inter-relacionamento pessoal, seja com clientes consumidores, usuários, colegas, chefias.

Intervenções para resolver o *burnout* e/ou preveni-lo recomendam focalizar as soluções tanto no trabalhador quanto no local de trabalho, com a finalidade de desenvolver um processo que permita recuperar o equilíbrio entre as expectativas do indivíduo e as exigências do seu trabalho (Maslach & Leiter, 1997).

De acordo com esses autores, um programa de prevenção ou de solução do problema do *burnout* que se concentre exclusivamente no indivíduo, não poderá intervir sobre os aspectos situacionais próprios do contexto social do local de

trabalho. Por tal razão, é preciso que os programas levem em conta o vínculo indivíduo-trabalho.

Tanto o estresse ocupacional quanto o *burnout* e a exaustão emocional são manifestações de tensão no trabalho e são produtos da interação entre fatores ambientais, percepções e comportamentos do indivíduo. Estas manifestações não residem isoladamente dentro do ambiente ou dentro do indivíduo, mas são o resultado de transações dinâmicas que ocorrem entre esses elementos (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001).

2.8.6 Burnout e Estresse Ocupacional

Devido ao fato de essas síndromes serem ocasionadas a partir de situações relacionadas ao trabalho, há quem desconsidere suas diferenças. No entanto, embora não haja na literatura um consenso em relação à gênese das mesmas, *burnout* não é o mesmo que estresse ocupacional. *burnout* é o resultado de um prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse (Rabin, Feldman, & Kaplan, 1999). O estresse pode ser visto como seu determinante, mas não coincide com o mesmo.

Farber (citado em Roazzi, Carvalho, & Guimarães, 2000) explora a idéia de que *burnout* não resulta só do estresse em si (que pode ser inevitável em profissões assistenciais), mas do “estresse não mediado”, do estresse não moderado, sem possibilidade de solução. Assim, *burnout* não é um evento, mas sim um processo e, apesar de compartilharem duas características - esgotamento emocional e escassa realização pessoal - *burnout* e estresse ocupacional diferem pelo fator despersonalização (Cherniss, citado em Roazzi, Carvalho, & Guimarães, 2000). León e Iguti (1999) consideram *burnout* como um quadro clínico mental extremo do estresse ocupacional.

Através de pesquisa longitudinal, realizada com psicólogos escolares dos EUA, Mills e Huebner (1998) observaram a natureza transacional do relacionamento entre *burnout* e experiências ocupacionais estressantes. Os dados sugerem que, não somente estas experiências podem predispor os indivíduos a experimentar *burnout*, mas também que elevados níveis de *burnout* podem levá-los a desenvolver estresse ocupacional adicional.

Parece haver um consenso em torno da síndrome poder ser caracterizada como uma resposta ao estresse laboral crônico, mas é importante que seus conceitos sejam mantidos distintos. *burnout* tem como consequência uma dessensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo usuários, clientes e a própria organização, e o estresse é um esgotamento diverso que, de modo geral, interfere na vida pessoal do indivíduo, além de seu trabalho (Codo & Vasques-Menezes, 1999). Entretanto, apesar de suas particularidades, as diferenças entre os dois não são claras, em função dos fatores desencadeadores serem muito próximos o que dificulta o estabelecimento de um diagnóstico preciso e de uma relação de comorbidade.

Fisiologicamente, o estresse é o resultado de uma reação que o organismo tem quando estimulado por fatores externos desfavoráveis. A primeira reação do organismo, nestas circunstâncias, é uma descarga de adrenalina, sendo que os órgãos que mais sentem são os aparelhos circulatório e respiratório.

No aparelho circulatório, a adrenalina promove a aceleração dos batimentos cardíacos, taquicardia, e uma diminuição do tamanho dos vasos sanguíneos periféricos. Neste sentido, o sangue circula mais rapidamente para uma melhor oxigenação, principalmente, dos músculos e do cérebro, já que ficou pouco sangue na periferia, o que também diminui sangramentos em caso de ferimentos superficiais.

No aparelho respiratório, a adrenalina promove a dilatação dos brônquios, broncodilatação, e induz o aumento dos movimentos respiratórios, taquipnéia, para que haja maior captação de oxigênio, que vai ser mais rapidamente transportado pelo sistema circulatório, também devidamente preparado pela adrenalina.

Quando o perigo passa, o organismo pára com a super produção de adrenalina e tudo volta ao normal. No mundo de hoje, percebe-se que as situações não são tão simples assim, e o perigo e a agressão estão sempre à volta. É diante disso que a reação do organismo frente ao estresse é de taquicardia, palidez, sudorese e respiração ofegante. Pode haver também um descontrole da pressão arterial, provocando um aumento da pressão à níveis bem altos, mas não significa que a pessoa seja hipertensa.

Em uma visão biopsicossocial, França e Rodrigues (1997) afirmam que o estresse constitui-se de uma relação particular entre pessoa, seu ambiente e as circunstâncias as quais está submetida, que é avaliada como uma ameaça ou algo

que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem estar. Cabe salientar, no entanto, que o estresse por si só não é suficiente para desencadear uma enfermidade orgânica ou para provocar uma disfunção significativa na vida da pessoa. Para que isso ocorra é necessário que outras condições sejam satisfeitas, tais como a vulnerabilidade orgânica ou uma forma inadequada de avaliar e enfrentar a situação estressante.

Ao se tratar de estresse ocupacional, estes mesmos autores, consideram-no como aquelas situações em que o indivíduo percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador, quando suas necessidades de realização pessoal e profissional, e/ou sua saúde física ou mental, prejudicam a interação desta com o trabalho e este ambiente tenha demandas excessivas a ela, ou que ela não contenha recursos adequados para enfrentar tais situações.

O estresse ocupacional é decorrente das tensões associadas ao trabalho e à vida profissional. Os agentes estressantes ligados ao trabalho têm origens diversas: condições externas (economia política) e exigências culturais (cobrança social e familiar). No entanto, Silva e Marchi (1997) salientam que a mais importante fonte de tensão é a condição interior.

Peiró (1986), explicita como estressores do ambiente físico: ruído, iluminação, temperatura, higiene, intoxicação, clima, e disposição do espaço físico para o trabalho (ergonomia); e como principais demandas estressantes: trabalho por turnos, trabalho noturno, sobrecarga de trabalho, exposição a riscos e perigos.

Assim, o trabalho, além de possibilitar crescimento, transformações, reconhecimento e independência pessoal e profissional também causa problemas de insatisfação, desinteresse, apatia e irritação. Dejours (1994) afirmava que não existe trabalho sem sofrimento.

Sato (1992), faz uma crítica à visão de saúde da Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança, afirmando que é uma visão hegemônica, que reduz o conceito de saúde à ausência de doenças e de acidentes de trabalho, ou seja, as demais formas de prejuízo à saúde não são objetos da atuação dessa área, há uma rejeição dos conceitos de saúde, tais como o social e psicológico.

Os valores de saúde e doença são construídos, na empresa, sob o foco da produtividade, sob os princípios que se adota de responsabilidade social e o valor que se dá à preservação das pessoas, das histórias de acidentes de trabalho e da

própria cultura da organização. A pressão organizacional leva o indivíduo a estados de stress, o que afeta diretamente a Qualidade de Vida do Trabalho.

Nem sempre o estresse é prejudicial, no entanto, o estresse prolongado é uma das causas do esgotamento, que pode levar ao Burnout (França e Rodrigues 1997). Ou seja, o estresse pode ou não levar a um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade do indivíduo e habilidade em administrá-lo (Lipp e Malagris, 1995).

Mendes (2002) afirma: “O estresse não leva necessariamente a burnout, pois existem muitas variáveis implicadas no processo: predisposição constitucional para o estresse, as condições ambientais agressoras, a personalidade e a percepção subjetiva do sujeito, além da capacidade de enfrentamento”. A pessoa com fadiga acentuada por excesso de carga de trabalho não apresenta burnout, pois a despersonalização para fazer frente à sintomatologia física e psicológica e a falta de realização pessoal não estão presentes.

Maslach e Leiter (1997) associam o burnout a uma situação em que o indivíduo, ao demonstrar inicialmente comprometimento e objetivos a serem conquistados no trabalho, percebe, paulatinamente, os esforços de engajamento sendo substituídos por sentimentos de irritabilidade, ansiedade e raiva, e pela falta de realização pessoal. Somada a instalação desse quadro há fatores predisponentes ao surgimento da síndrome, como a extensa jornada de trabalho, a sobrecarga mental e a perda progressiva de energia. Com isso, parece estabelecer-se a exaustão emocional como primeiro elemento da síndrome. O indivíduo passa a tratar sua clientela com frieza e cinismo desenvolvendo um afastamento psíquico e emocional, podendo atingir inclusive suas relações sociais. Instalando-se, portanto o quadro de despersonalização. A situação pode se agravar a despersonalização leva ao comprometimento do desempenho e sensação de incompetência estabelecendo-se assim, a redução do sentimento de realização profissional (Silva, 2000).

2.8.7 Depressão e Burnout

Alguns estudos têm sido realizados tentando estabelecer as possíveis diferenças entre Síndrome de Burnout e Depressão. STEINER (2001) testa a validade discriminante do BURNOUT em contraste com a DEPRESSÃO usando o

Maslach Burnout Inventory (MBI), MASLACH & JACKSON, (1986) e o *Allgemeine Depressionssskala* (ADS) HAUTZINGER (1993). Os dados obtidos revelam que o Suporte Social, e variáveis ligadas à saúde e à ocupação estão correlacionados tanto em BURNOUT quanto na DEPRESSÃO, apontando para a validade de construto do BURNOUT. Já LAEGEFORN (2000) testa a validade de construto do BURNOUT pelo MBI, obtendo um Alpha de Crombach (0.91 - 0.61). Obtém como resultado: Boa consistência interna entre exaustão emocional ($r= 0.54$), satisfação no trabalho ($r=0.54$) e depressão ($r= 0.72$).

IACOVIDES & FOUNTOULAKIS & MOYSIDOU & IERODIAKONOU (2003), em estudo realizado junto a 260 enfermeiros, na Grécia, objetivaram verificar a relação entre BURNOUT e DEPRESSÃO. Utilizou-se o MBI, o Questionário de Personalidade de Eysenck para avaliação de Traços de Personalidade e a Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung para avaliar a sintomatologia depressiva. O estudo aponta para a existência da relação entre depressão e burnout. A depressão é uma desordem afetiva que afeta vários aspectos da vida das pessoas. Em contrapartida, o burnout por definição é uma síndrome restrita ao ambiente de trabalho do paciente. Existem dois tipos distintos de Síndrome de Burnout. Numa as enfermeiras têm ou não a depressão, e noutra, consiste em indivíduos aparentemente com predisposição para desenvolver o burnout. Esta última é caracterizada pela mais severa sintomatologia, fenomenologicamente similar à depressão, apresentando os seus componentes mais comuns.

No sentido de cada vez mais haver visibilidade no Diagnóstico dos Transtornos Mentais relacionadas ao trabalho, o Decreto n. 3048/99 de 06/05/1999 do Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil, através do DOU-12.05.99 apresenta uma Nova Lista de Doenças Ocupacionais e Relacionadas ao Trabalho, a qual inclui 12 categorias diagnósticas de Transtornos Mentais. Encontram-se elencados a seguir, aqueles diagnósticos que podem ser úteis para o Diagnóstico Diferencial: Síndrome de Esgotamento Profissional - BURNOUT- CID-10 - Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes – (F40 F48) – Neurastenia (F 48.0) e Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde – (Z55 Z65) - Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais – (Z56) Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego.

2.8.8 Instrumentos de Avaliação

1 Questionário Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) – É um inventário composto por 22 itens, onde o sujeito avaliado responde a uma escala do tipo Likert de sete pontos. Após a orientação inicial descrita pelo inventário, são apresentadas as alternativas que variam da condição “nunca” (0), até a intensidade “todos os dias” (6), com que o individuo experimenta as situações descritas em cada ítem

O M.B.I. é composto por três fatores que são denominados como esgotamento emocional **EE** (aferidos pelas questões 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) despersonalização **DE** (questões 5, 10, 11, 15 e 22) e envolvimento pessoal no trabalho **EP** (questões 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21).

Dentre todos os instrumentos apresentados, o M.B.I. é o mais utilizado para aferir a síndrome de burnout, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem. Optou-se neste estudo pela utilização da adaptação feita pelo NEPASB (Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de Burnout.(Anexo 6)

Vários estudos demonstram as propriedades psicométricas deste instrumento. Validação fatorial (itens com saturação acima de 0,40), consistência interna (**EE** = 0.90, **DE** = 0.79 e **EP** = 0.71), validação convergente, estudos com teste - reteste. Quanto à validade convergente, encontram-se correlações significativas entre as pontuações do M.B.I. e pontuações de condutas realizadas por observadores (por exemplo: companheiros de trabalho), presença de características que, teoricamente, contribuem para burnout (por exemplo: sobrecarga de trabalho posto e significado das tarefas) e medidas de diversas variáveis que hipoteticamente se relacionam com burnout (por exemplo: insatisfação com as possibilidades de desenvolvimento e progresso no trabalho). A validade discriminativa tem sido avaliada favoravelmente (por exemplo: correlações significativas entre as pontuações das dimensões (sub-escalas) do M.B.I. e a satisfação laboral).

A partir da elaboração do M.B.I., burnout passa a ser conceituado de forma mais padronizada, como uma síndrome caracterizada por sentimentos de esgotamento emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal no trabalho. A análise fatorial dos 22 itens do M.B.I. reconhece na maior parte dos trabalhos realizados, três fatores ortogonais também denominados por esgotamento

emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho. Estes três fatores foram obtidos com amostras de diferentes categorias profissionais: professores (Iwanicki e Schwab, 1981; trabalhadores sociais Koeske e Koeske, 1989).

Faz-se necessário assinalar que as três dimensões do M.B.I. não foram construídas, teoricamente, antes da elaboração do próprio questionário e, sim, foram conceituadas depois de sua elaboração como resultado de sua análise fatorial. Quanto a interpretação das pontuações observa-se que, nas dimensões esgotamento emocional e despersonalização, alta pontuação corresponde a elevado grau de burnout; na dimensão envolvimento pessoal no trabalho, baixas pontuações correspondem a elevado grau de burnout. Logo, segundo o M.B.I., o indivíduo com a síndrome de burnout apresenta pontuações altas em esgotamento emocional e despersonalização e pontuações baixas em envolvimento pessoal no trabalho.

No manual do questionário M.B.I. encontra-se sugestão de pontuar as dimensões de forma separada, pois ainda não é claro o peso de cada uma delas no conjunto dos elementos que a compõem. Quanto ao diagnóstico, burnout e suas dimensões são reconhecidas como variáveis contínuas e as pontuações dos indivíduos são classificadas mediante um sistema de percentuais para cada escala. Os indivíduos acima do percentil 75 se enquadram em grau alto; entre percentil 25 e 75, grau médio; abaixo de 25, grau baixo (Maslach e Jackson, 1986).

Pode-se também abordar as graduações obtidas através de dois aspectos: intensidade e frequência (Maslach e Jackson, 1981). Para a primeira, o grau baixo é representado pela presença de fadiga, inquietação, frustração e irritação. Já o grau máximo está vinculado a presença de doenças e somatizações de caráter crônico (Iwanicki, 1983). Quanto à frequência, o grau mínimo está associado ao aparecimento esporádico de sintomas, enquanto o grau máximo corresponde à sintomatologia permanente no cotidiano do indivíduo.

Os principais instrumentos utilizados para avaliar Burnout são abordados por Garcés De Los Fayos, Lopes – Soler e Garcia Montalvo (1994): Staff Burnout Scale; Indicadores Del Burnout; Emener – Luck Burnout Scale; Teduim Meassur (Burnout Measure); Burnout Scale; Teacher Burnout Scale; Energy Depletion Index; Matthews Burnout Scale for Employess; Efectos Psíquicos Del Burnout; Escala de Variables Predictorals Del Burnout; Cuestionario de Burnout Del Profesorado; Holland Burnout lessement Survey; Rome Burnout Inventory, Maslach Burnout Inventory (M.B.I.).

Há dez anos o M.B.I. de Maslach e Jackson destaca-se como o instrumento mais eficaz. Corroborando com este dado, vários autores o citam como instrumento mais utilizado internacionalmente. Sua validação e normalização para o uso no Brasil foram feitas por Mauricio R. Tamayo (1996 – 1998), do Laboratório de Psicologia do Trabalho, LPT/ Un. B. O questionário utilizado nesta pesquisa é uma tradução e adaptação do NEPASB – Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas na Síndrome de Burnout, ao qual foi pedida autorização para a sua utilização.

2.8.9 Histórico e Evolução do Maslach *Burnout* Inventory - MBI

O instrumento mais utilizado para avaliar *burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem, segundo Gil-Monte e Peiró (1999), é o MBI - Maslach *Burnout* Inventory, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978.

Em sua primeira versão, o inventário avaliava a intensidade e a frequência das respostas com uma escala de pontuação do tipo Likert, variando de 0 a 6 (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997). A segunda edição do MBI, realizada em 1986, passou a utilizar somente a avaliação da frequência, pois foi detectada a existência de alta associação entre as duas escalas, sendo que muitos estudos apontaram correlação superior a 0,80 (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993; Moreno e cols, 1997).

O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as consequências de seu processo. Ele avalia índices de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão, sendo que altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional (esta subescala é inversa) indicam alto nível de *burnout* (Maslach & Jackson, 1986). Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um construto tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome.

Diversos estudos de validação do MBI têm apresentado diferentes distribuições fatoriais, normalmente variando de 3 a 5 fatores. Neste sentido, este

estudo objetivou explorar a distribuição do MBI na população de professores de instituições privadas de ensino da região metropolitana de Porto Alegre-RS.

O Maslach Burnout Inventory - MBI: para avaliar a síndrome de *burnout*, avalia como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões estabelecidas pelo Modelo de *Maslach*:

(a) **exaustão emocional** - nove itens (sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho; quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado; quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado; sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa; sinto que meu trabalho está me desgastando; sinto-me frustrado com meu trabalho; sinto que estou trabalhando demais; sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa; sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades);

(b) **despersonalização** - cinco itens (sinto que estou tratando algumas pessoas de meu trabalho como se fossem objetos impessoais; sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei esse trabalho; preocupo-me se esse trabalho está me enrijecendo emocionalmente; sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente; parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas); e

(c) **diminuição da realização pessoal no trabalho** - oito itens (sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender; sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender; sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas que tenho que atender; sinto-me vigoroso em meu trabalho; sinto que posso criar um clima agradável em meu trabalho; sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender; creio que consigo coisas valiosas nesse trabalho; no meu trabalho, eu manejo os problemas emocionais com muita calma).

Totaliza, portanto, 22 itens que indicam a frequência das respostas, numa escala de pontuação que varia de 1 a 7. Neste estudo, adotamos o sistema de pontuação de 1 a 5, sendo 1 para "nunca", 2 para "algumas vezes ao ano", 3 para "algumas vezes ao mês", 4 para indicar "algumas vezes na semana" e 5 para "diariamente".

A variável *burnout* é estimada através do cálculo da média das pontuações obtidas em cada dimensão, o que dará o índice alcançado em cada uma delas. O MBI possui validade fatorial e consistência interna de suas escalas satisfatórias. A

validez convergente e a divergente são igualmente aceitáveis e não apresentam problemas especiais.

A partir de um estudo dos principais instrumentos de medida, Garcés De Los Fayos, López-Soler e Garcia Montalvo (1994), concluíram:

- a evolução da síndrome ocupa um dos lugares mais importantes dentro de trabalhos onde se relacionam com outras pessoas;
- há dez anos o Inventário de Burnout de Maslach e Jackson destaca-se como instrumento mais eficaz;
- o esgotamento emocional é a dimensão mais consistente e melhor definida dentro dos quadros observados; e
- na Espanha, os trabalhos de García Izquierdo a respeito da escala de “Efectos Psíquicos del Burnout”, estão obtendo resultados satisfatórios, assim como as contribuições de Moreno e cols. são relevantes dentro deste contexto.

2.8.10 Prevenção

Enquanto Gil - Monte (1993) considera que, no primeiro momento, o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, o stress. No segundo momento, aparecem sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade e, finalmente, o indivíduo desenvolve estratégias de defesa, que utiliza de maneira constante. Essas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos que incluem indiferença e distanciamento emocional do trabalho.

Em se tratando de formas de prevenção de Burnout, França e Rodrigues (1997) acrescentam: a) aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; b) prevenir o excesso de horas extras; c) dar melhor suporte social às pessoas; d) melhorar as condições sociais e físicas de trabalho; e e) investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

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

As estratégias individuais referem-se à formação e capacitação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros,

objetivos, participar de programas de combate ao stress, entre outros. As estratégias grupais consistem em buscar o apoio grupal (Shinn e Morch, 1983) e finalmente as estratégias organizacionais referem-se em relacionar as estratégias individuais e grupais para que estas sejam eficazes no contexto organizacional.

3 METODOLOGIA

A Metodologia a adotada busca responder as seguintes questões de pesquisa:

Qual a escala é a mais utilizada para Agentes Penitenciários pelos estados brasileiros?

Quais os efeitos de cada escala nos Agentes em termos de fadiga e de estresse?

Quais os efeitos de cada escala no índice de capacidade para o trabalho dos Agentes Penitenciários?

Qual relação entre escala e afastamento para tratamento de saúde?

A proposta inicial de pesquisa previa a utilização do método quantitativo descritivo, teórico – empírico. A adoção deste método justifica-se tendo em vista sua confiabilidade para o teste de hipóteses através de fatos objetivos de acordo com o paradigma positivista. Além disso, no caso em análise evidencia-se a necessidade de investigar-se amostras maiores visando à generalização dos resultados e a sua conseqüente extrapolação para casos de mesma natureza.

A estratégia utilizada primeiramente foi o levantamento de dados junto às unidades da federação, quanto ao tipo de escala adotada, Anexo II. Posteriormente, a partir destas informações seria levantada também a relação, entre a escala e os afastamentos para tratamento de saúde ocorridos nos últimos três anos, bem como realizada pesquisa de campo *survey* por meio de aplicação de dois questionários estruturados. Um deles o Índice de capacidade para o trabalho – (ICT), Anexo I, e outro o Maslach Burnout Inventory – (MBI), Anexo III, visando identificar os efeitos causados pelos diferentes turnos em termos de fadiga, estresse, burnout e índice de

capacidade para o trabalho. Os questionários contemplam perguntas que possibilitam a coleta de informações sobre aspectos ocupacionais, hábitos de vida, existência de estresse, idade, tempo de exercício na função, sinais de fadiga e fatores sócio-profissionais e familiares.

Seria considerado como universo de estudo os Agentes Penitenciários, que atuassem efetivamente na função a pelo menos cinco anos, em unidades penais com escala de 12 horas contínuas e com escala de 24 horas, todas de regime fechado. Este critério justifica-se tendo em vista que compreende as unidades de maior concentração da população a ser pesquisada, aliada a tendência de o regime escolhido estar relacionado a maiores índices de estresse, fadiga e pressão.

Os dados obtidos seriam analisados mediante cálculo de frequência percentual, médias e tabulação ponderada – escala de Likert e representação gráfica.

Porém, o estudo na forma proposta, sofreu muitas restrições considerando a metodologia pretendida, uma vez que a negociação à distância com a direção ou responsáveis pelas unidades para a viabilidade da aplicação dos questionários mostrou-se improfícua. Tal dificuldade decorre dos aspectos inerentes a natureza da atividade penitenciária, tais como preocupação com a segurança do sistema, freqüentes posições divergentes entre a instância superior dos governos e os agentes, seja de forma direta ou indireta, através de suas representações sindicais e o delicado universo de demandas na área de gestão de pessoas em qualquer área e mais ainda, nesta em particular.

3.1 Procedimentos para a Coleta de Dados

Diante disso, o estudo apresenta os tipos de escala adotada nas unidades da federação, bem como, dados estatísticos do índice de licenças médicas e total de dias de afastamento, nos últimos três anos, no estado do Paraná.

O levantamento junto aos estados foi feito através de contato telefônico, na maioria das vezes, diretamente com a unidade de Recursos Humanos de Unidades Penais de Regime Fechado. Em alguns casos o contato se deu com as estruturas

responsáveis pela administração penitenciária dos estados. Importante registrar a dificuldade de obtenção das informações, uma vez que mesmo os endereços e/ou telefones encontrados nos sites dos estados ou da união muitas vezes não estavam atualizados.

Os dados referentes às licenças médicas foram obtidos junto a Secretaria de Estado da Administração e da Previdência do Estado do Paraná.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

A escala adotada nos estados (figura 1) demonstra a predominância da escala de 24x72, havendo ocorrências de 12x36 e outras situações isoladas.

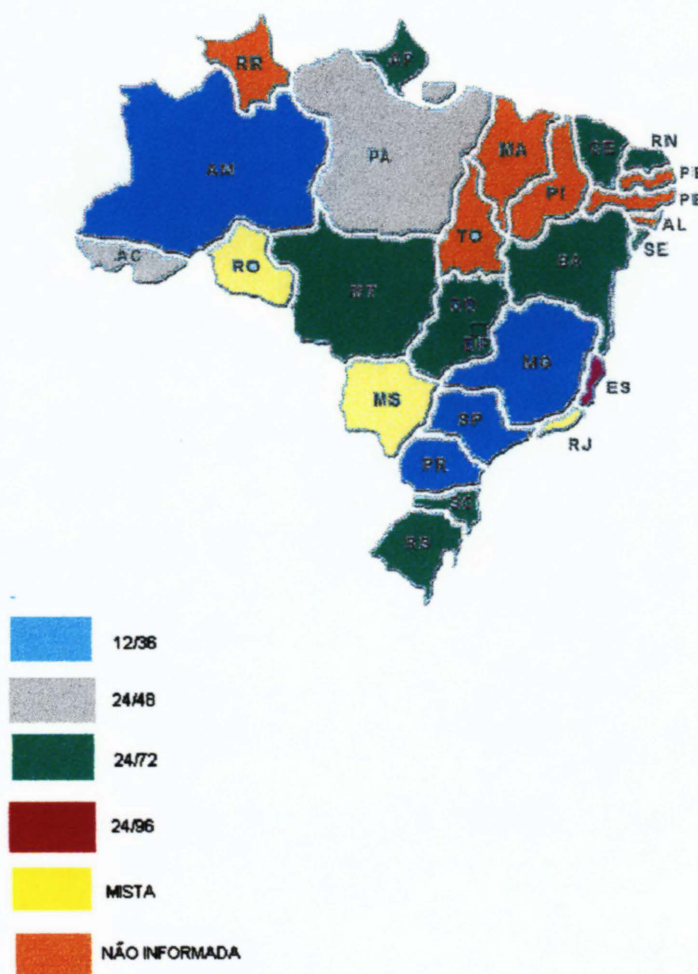


Figura 1 – Representação das escalas adotadas nos estados brasileiros.

O comportamento das licenças foi analisado considerando dois públicos distintos: os agentes penitenciários, sujeitos à escala de 24X48, nos anos de 2004 e 2005, e de 12X36 no ano de 2006; e os servidores das demais funções, os quais não trabalham em regime de escala, no mesmo período. Em ambos os casos foram considerados todos os servidores lotados no Departamento Penitenciário do Estado.

Tabela 1 Demonstrativo dos afastamentos dos agentes penitenciários.

Ano	Quantidade de agentes ativos	Número de afastamentos	Percentual de agentes afastados	Escala
2004	1207	337	27.9	24x48
2005	1200	365	30.4	24x48
2006	1543	504	32.7	12x36

Percebe-se na Tabela 1 que, o percentual de agentes afastados, apresenta-se com variação entre 8,9% do ano de 2005 para 2004 e 7,39 do ano de 2006 para 2005.

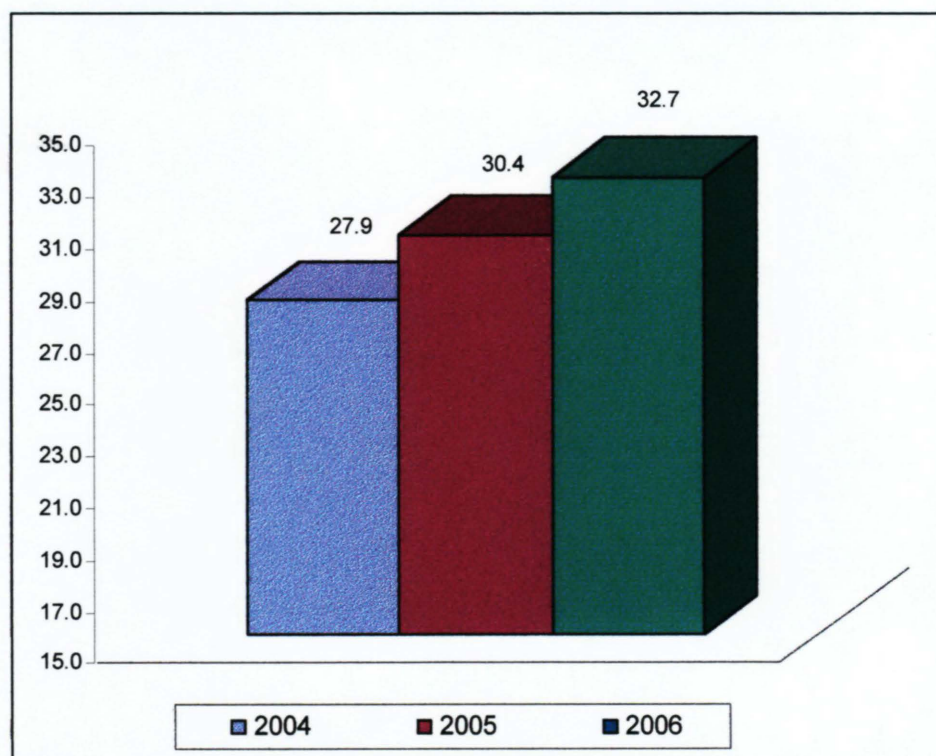


Figura 2 Representação gráfica dos afastamentos dos agentes penitenciários.

Observa-se na Figura 2 que, não há correlação significativa entre o trabalho em turnos de 24x48 ou 12x36 e o afastamento dos agentes penitenciários do trabalho por licença médica.

Tabela 2 Demonstrativo dos afastamentos dos demais servidores.

Ano	Quantidade de servidores ativos	Número de afastamentos	Percentual de servidores afastados	Jornada
2004	456	537	117.8	8 h dia
2005	455	658	144.6	8 h dia
2006	451	819	181.6	8 h dia

Nota-se na Tabela 2 que, o percentual de servidores afastados apresenta-se com variação entre 22,8% do ano de 2005 para 2004 e 25,6% do ano de 2006 para 2005.

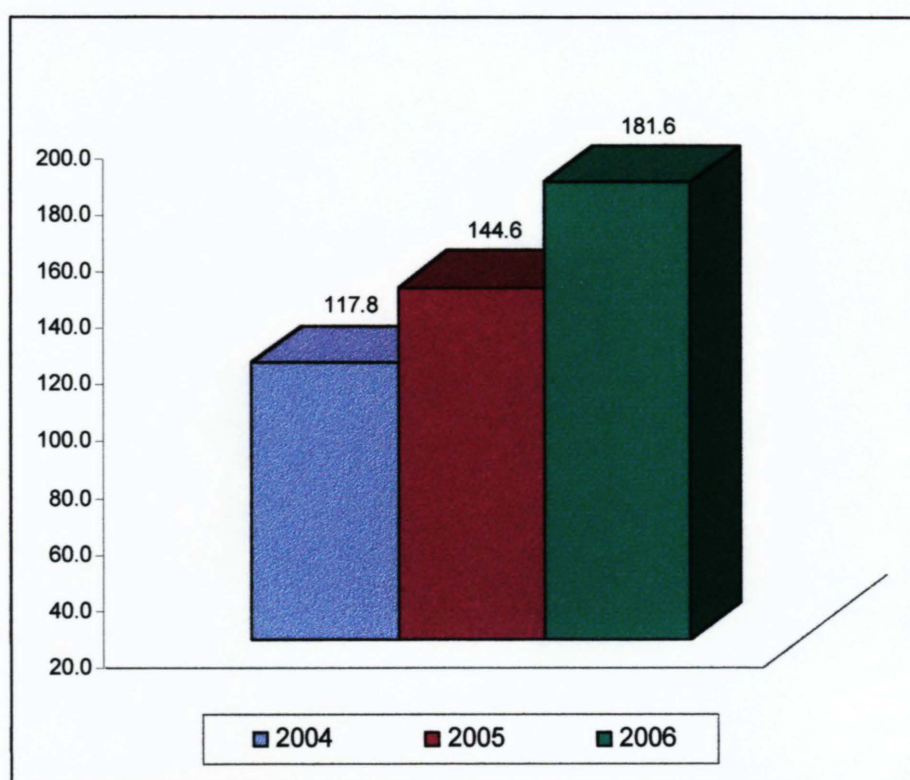


Figura 3 Representação gráfica dos afastamentos dos demais servidores.

Observa-se na Figura 3 que, o percentual de afastamento por licença médica dos demais servidores, que não trabalham em regime de escala, apresenta-se com crescimento superior ao dos agentes que trabalham em turnos.

Tabela 3 Demonstrativo da média de dias de afastamento dos agentes penitenciários

Ano	Número de agentes afastados	Total de dias afastados	Média de dias afastados
2004	337	8169	24.2
2005	365	8613	23.6
2006	504	12834	25.5

Percebe-se na Tabela 3 que, a média anual de dias afastados é de 24,4 por agente penitenciário.

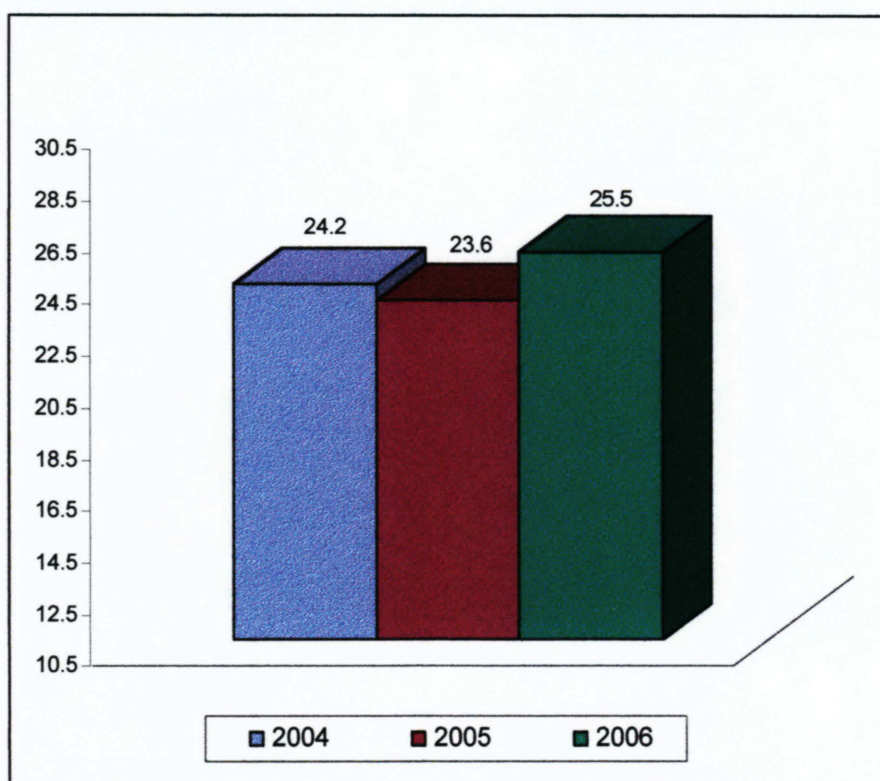


Figura 4 Representação gráfica da média de dias de afastamento dos agentes penitenciários.

Como se pode notar na Figura 4, não há variação significativa na média de dias de afastamento para as duas escalas praticadas no período demonstrado.

Tabela 4 Demonstrativo da média de dias de afastamento dos demais servidores.

Ano	Número de servidores afastados	Total de dias afastados	Média de dias afastados
2004	537	11835	22.0
2005	658	14525	22.1
2006	819	20565	25.1

Observa-se que a média anual de dias afastados é de 23,1 por servidor. Percebe-se um leve aumento no ano de 2006, para a mesma jornada a praticada nos anos anteriores.

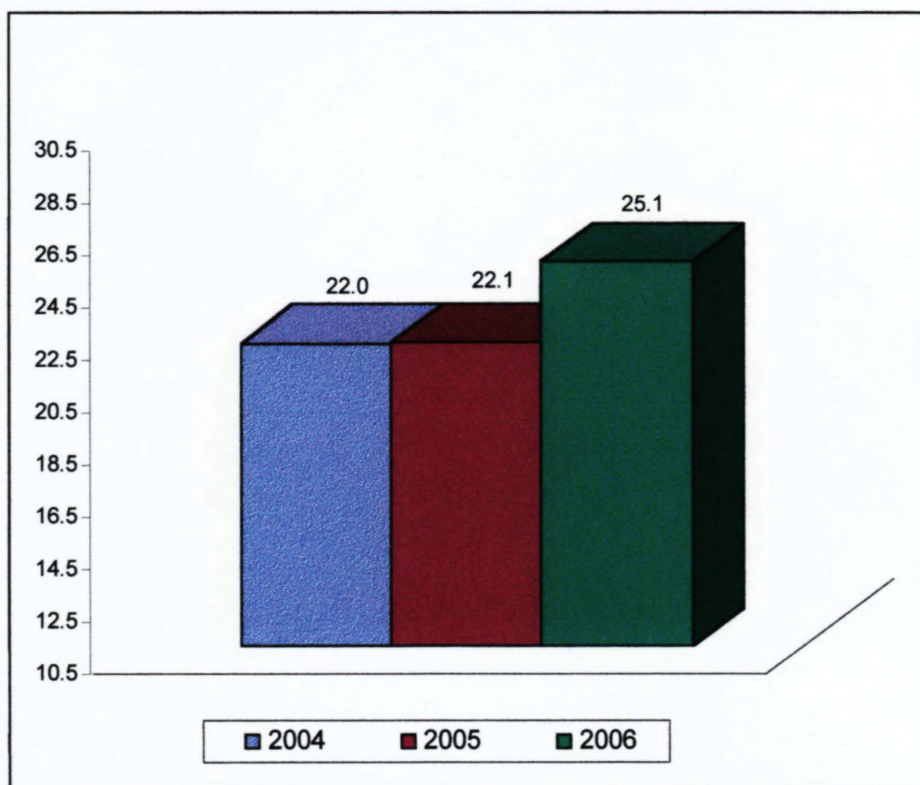


Figura 5 Representação gráfica da média de dias de afastamento dos demais servidores.

A Figura 5 representa variação maior no ano de 2006, para a mesma jornada de trabalho.

5 CONCLUSÕES

Primeiramente, é importante pontuar as conclusões obtidas a partir da Revisão da Bibliografia apresentada no presente trabalho.

O trabalho em turnos, independente da escala adotada, sem dúvida constitui-se num fator gerador de desordens fisiológicas e psicológicas, bem como desgastes na vida social e familiar. Tais desordens muitas vezes se traduzem na forma de fadiga, distúrbios do sono, estresse e redução da capacidade para o trabalho.

Os autores estudados, em sua maioria afirmam que o trabalho em turnos no período noturno afeta de maneira mais intensa a qualidade de vida dos trabalhadores, uma vez que repercute diretamente no ritmo circadiano. Os efeitos são mais marcantes particularmente no caso das mulheres e de pessoas com mais idade. Desta forma, considerando que nas unidades penitenciárias com escala de 12X36, menos trabalhadores ficam expostos aos distúrbios ocasionados pelo trabalho noturno, uma vez que o nível de exigência é menor neste período, bem como que, poderiam ser escalados para este período, preferencialmente aqueles que após uma avaliação apresentassem maior tolerância ao trabalho noturno, depreende-se que esta escala apresenta-se mais benéfica.

Outro ponto que merece destaque a favor da escala de 12 horas é a duração do turno e sua relação com o aumento do risco de acidentes, ou seja, quanto maior a duração do turno, maiores os riscos.

Já em relação ao estresse, cabe assinalar que as atividades que costumeiramente utilizam o trabalho em turnos, não raro, coincidem com as que por natureza são estressantes. Isto ocorre no caso em estudo, pois a atividade de Agente Penitenciário está sem dúvida neste grupo. Aliás, com muita propriedade, ela surge associada a uma espécie particular de estresse: a Síndrome de Burnout. Porém, tal associação decorre, como já citado, da natureza da atividade, independente de se recorrer ao trabalho em turnos, ou mesmo do tipo de escala adotada.

Em se analisando os dados obtidos sobre freqüência de licenças médicas pode-se concluir que a alteração da escala de 24X48 para 12X36, não representou em si, um acréscimo na freqüência de licenças, uma vez que nos anos anteriores à

alteração, ocorreu variação praticamente no mesmo grau, de onde deduz-se que a mudança não interferiu negativamente em relação à saúde dos Agentes. Some-se a isto o fato de ter se verificado que os trabalhadores que desempenham outras funções, os quais não trabalham em regime de turnos de trabalho, atingem índices de afastamento por licenças médicas bem superiores aos verificados no caso dos Agentes. Nesta linha e considerando que o questionário para avaliação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) contempla predominantemente questões sobre doenças pode-se, ainda que, por aproximação, deduzir que a alteração da escala de turno não interferiu na capacidade para o trabalho dos Agentes.

Finalmente, após realizado o presente estudo constata-se que não existe uma base teórica capaz de indicar de forma segura os efeitos, em termos comparativos, de uma e de outra escala. Diante disso, permanece a necessidade de buscar-se a realização de futuros estudos junto aos Agentes Penitenciários, no sentido de obter de forma mais aprofundada a comprovação científica das conclusões ora apresentadas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Klayne Leite de, STOLL, Ingrid, RAMOS, Letícia Silveira et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, [on-line], Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, jun. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 18 abr. 2007.

ALMEIDA, da Silva e Carvalho. Justiça Organizacional: Implicações para o Burnout e o Comprometimento dos Trabalhadores. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2007, Salvador.

BALLONE G.J. Síndrome de Burnout. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, [on-line], 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>>. Acesso em 23 abr. 2007.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Interação Psy**, [on-line], Maringá, n. 1, p. 4, ago. 2003. Disponível em : <<http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Completo.pdf>>. Acesso em : 28 abr. 2007.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Síndrome de burnout ou desgaste psíquico no trabalho. **Boletim de Psicologia**, [online]. São Paulo, v. 56, n. 124, p.127-129, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0006-5943. Acesso em : 21 abr. 2007.

BORGES, Livia de Oliveira; ARGOLLO, João Carlos Tenório; BAKER, Maria Christina Santos. Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [on-line], Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de junho 2006.

BORGES, Livia Oliveira et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [on-line], vol.15, n. 1, 2002, p.189-2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 junho 2006.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional, [on-line]. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/>>. Acesso em: 01 set. 2006.

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2007.

CARLOTTO, Mary Sandra; CAMARA, Sheila Gonçalves. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, [on-line], Maringá, v. 9, n. 3, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2007.

CARLOTTO, Mary Sandra; PALAZZO, Lílian dos Santos. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Caderno de Saúde Pública**, [on-line], Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2007.

CHAMON, Marinho e Oliveira. Estresse Ocupacional, Estratégias de Enfrentamento e Síndrome de Burnout: Um Estudo com a Equipe de Enfermagem de um Hospital Privado do Estado de São Paulo. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2007, Salvador.

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, [on-line], vol.18, n. 3, maio/jun 2002, p.807-816. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 junho 2006.

FERREIRA, Amanda Cristina; ROSA, Ivani. Enfermeiras e pesquisadores avaliam as conseqüências do trabalho noturno em hospitais. **Jornal do Barão: online**, Ribeirão Preto, setembro 2004. Disponível em: <<http://www.baraodemaua.br/jornal/2004/setem-bro/enfermeiros.htm>>. Acesso em: 6 abril 2007.

FISCHER, Frida Marina; TEIXEIRA, Liliane Reis; BORGES, Flavio Notarnicola da Silva et al. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, no.5, p.1261-1269, Out 2002. ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500018&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 6 março 2007.

FISCHER, Frida Marina et al . Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 março 2007.

FISCHER, Frida Marina. **Trabalho e envelhecimento funcional**. Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional Brasileiro. Apresentação. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/envelhecimento/trabalho envelhecimento funcional.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/envelhecimento/trabalho%20envelhecimento%20funcional.pdf). Acesso em: 6 março 2007.

FORMIGHIERI, Valana J. **Burnout em Fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem estar físico e psicológico**. 2003. Dissertação (Mestrado) – UFSC, Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal e Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Disponível em : <<http://teses.eps.ufsc.br/Resumo.asp?4786>>. Acesso em: 28 abr. 2007.

GASPAR, S; MORENO C.; MENNA-BARRETO, L. Os Plantões Médicos, o Sono e a Ritmicidade Biológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.44 n.3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000300013>. Acesso em: 24 março 2007.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães. Atualizações sobre a Síndrome de Burnout. In: Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães e Grubits, Sonia. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2004. v. 3, p. 43.

LOPES, Rosalice. Psicologia Jurídica O Cotidiano da Violência: O trabalho do Agente de Segurança Penitenciária nas Instituições Prisionais. **Revista Eletrônica Internacional de lá União Latino-americana de Entidades de Psicologia**, [on-line], n. 0, ago 2002. Disponível em: <http://psicolatina.org/Cero/psicologia_juridica.html>. Acesso em: 07 junho 2006.

LOTÉRIO, Claudia Paulich. **Percepção de comandantes de boeing 767 da Aviação Civil Brasileira sobre as repercussões das condições de trabalho na sua saúde**. 1998. 119 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

MARTINEZ, Miguel Angelo Rosa; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Trabalho em turnos nas empresas de Botucatu, São Paulo: estudo descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, [on-line], vol.13, n. 2, abr./jun 1997, p.213-220. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199700020010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 junho 2006.

MARTINS, Marilú Mattei. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de saúde no trabalho em turnos**. 2002. 85 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis. 2002.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROZESTRATEN, Reinier Johanes Antonius. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [on-line], vol. 3, n. 1, jan 1995, p. 59-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691995000100006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 12 junho 2006.

MELLO, Marco Túlio de; SANTOS, Eduardo Henrique Rosa; TUFIK, Sérgio. **Sonolência durante o horário de trabalho: um grande perigo para a ocorrência de acidentes**. Texto elaborado para CNT/SEST/SENAT. Disponível em : <http://www.estradas.com.br/sosestradas/estudos/dr_marco_t_mello/sonolencia_durante_o_horario_de_trabalho.doc> Acesso: 19 fevereiro 2007.

MENDES, Francisco Mario Pereira. **Incidência de Burnout em Professores Univesitários**. 2002. 182 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Prgrama de Póes Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/5322.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2007

METZNER, Ricardo Jorge; FISCHER, Frida Marina. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista de Saúde Pública**, [on-line], vol.35, n. 6, dez 2001, p.548-553. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 junho 2006.

MILLAN, Luiz Roberto. A síndrome de Burnout: realidade ou ficção?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [on-line], São Paulo, v. 53, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2007

MORENO, Claudia Roberta de Castro, FISCHER, Frida Marina; ROTENBERG, Lúcia. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva**. [on-line], vol.17, n. 1, jan/mar 2003, p.34-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 junho 2006.

MORENO-JIMENEZ, Bernardo et al . A avaliação do Burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. **Psicologia em Estudo**, [on-line], Maringá, v. 7, n. 1, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2007.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEAO, Anamaria Alves, Reflections on stress and Burnout and their relationship with nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.,[on line], Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2007.

OLIVEIRA, Marinho e de Oliveira. Estresse Ocupacional, Estratégias de Enfrentamento e Síndrome de Burnout: Um Estudo com a Equipe de Enfermagem de um Hospital Privado do Estado de São Paulo. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2007, Salvador.

PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das situações de trabalho. **Revista de Saúde Ocupacional**, [on-line], vol.18(70), p.40-43. Disponível em: <<http://www.scielo http://www.fsp.usp.br/HSADOCE.HTM>>. Acesso em: 12 junho 2006.

ROSA, Cristiane da e CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, [online]. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. p.1-15. dez. 2005. Disponível em: <

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-0858. Acesso em: 26 abr. 2007.

SILVA, Flávia Pietá Paulo da. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. **PSI - Revista de Psicologia Social e Institucional**, [on-line]. Londrina, v. 2, n. 2, jun. 2000.

Disponível em: <<http://www.uel.br/uel/home/pt/frmOpcao.asp?opcao=http://www.uel.br/ccb/psicologia>>. Acesso em: 21 abr. 2007.

SILVA, Graziela Nascimento da e CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout: Um estudo com professores da rede pública. **Psicologia Escolar e Educacional**, [online], Campinas, v. 7, n. 2, p.145-153, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000200004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8557. Acesso em : 29 abr. 2007

SILVA, Maria Emília Pereira da. Burnout: por que sofrem os professores?. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.89-98, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-4281. Acesso em: 04 mai. 2007.

SILVEIRA, Núbia de Mesquita et al. Avaliação de Burnout em uma Amostra de Policiais Civis. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. [on-line], Porto Alegre, v. 27, n. 2, mai./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2007.

TAMAYO, Mauricio Robayo; TROCCOLI, Bartholomeu Tôres. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de psicologia**, [on-line], Natal, v. 7, n. 1, p. 37-46, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2007

TUOMI, Kaija et al.. **Índice de Capacidade para o Trabalho**. Traduzido por Frida Marina Fischer, São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos, 2005.

VIEIRA, Leociléa Aparecida. **Projeto de Pesquisa e Monografia O que é? Como se faz? Normas da ABNT**. 3. ed. Curitiba: Ed. do Autor, 2004. 71 p.

VIEIRA, Patricia Camargo de Oliveira. **As mudanças organizacionais contemporâneas e o stress ocupacional preocupa os administradores e acadêmicos?** 2004. 48 f. Monografia (Especialização em Gerência Empresarial) – Curso de MBA em Gerência Empresarial, Departamento de Economia, Contabilidade, Administração e Secretariado da Universidade de Taubaté, Taubaté, 2004. Disponível em: http://www.unitau.br/prppg/cursos/ppga/mba/2004/ge/vieira_patricia_camargo_de_o_liveira.pdf. Acesso em: 03 mai. 2007.

VOLPATO et al. Burnout: o desgaste dos professores de Maringá. **Revista Eletrônica Interação Psy**, [on-line], Maringá, n. 1, p. 90, ago. 2003. Disponível em : <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Sumario.pdf>. Acesso em : 29 abr. 2007.

ANEXOS

ANEXO I

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Data: ____/____/____.

Nome: _____.

Data de nascimento: ____/____/____.

DADOS GERAIS:

Idade:

- < 20 20 a 29
 30 a 39 40 a 49
 50 a 59 > 59

Sexo:

- Masculino
 Feminino

Estado conjugal atual:

- Solteiro
 Casado
 Vive com companheira
 Separado / divorciado
 Viúvo

Escolaridade – assinalar o nível mais elevado:

- Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Médio
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior
 Pós-graduação incompleta / completa

Com que idade começou a trabalhar?

- <18
 18 a 25
 26 a 30

() >30

Possui outra ocupação profissional ? _____.

Descreva as principais tarefas que você faz no trabalho: _____.

Há quanto tempo trabalha neste local e atividade ? _____ anos e _____ meses.

Qual o vínculo empregatício ?

() Terceirizado

() Concursado

() Temporário

Recebe adicional de insalubridade ? () sim () não.

Recebe adicional de periculosidade ? () sim () não.

Recebe adicional de penosidade ? () sim () não.

Qual sua jornada diária em horas?

Turno ? () sim () não

Turnos alternantes noite e dia ? () só dia () só noite

As exigências de seu trabalho são principalmente:

() Mentais

() Físicas

() Ambas, mentais e físicas

QUESTIONÁRIO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz
para o trabalho

Estou em minha melhor
capacidade para o trabalho

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo ? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

(.....) Muito boa

(.....) Boa

(.....) Moderada

(.....) Baixa

(.....) Muito baixa

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho ? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).

(.....) Muito boa

(.....) Boa

(.....) Moderada

(.....) Baixa

(.....) Muito baixa

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente.

	Opinião	Médico
1. Lesão nas costas	()	()
2. Lesão nos braços/mãos	()	()
3. Lesão nas pernas/pés	()	()
4. Lesão em outras partes do corpo	()	()
<hr/>		
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	()	()
6. Doença da parte inferior das costas, com dores frequentes	()	()
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	()	()
8. Doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas), com dores frequentes	()	()
9. Artrite reumatóide	()	()
10. Outra doença músculo-esquelética	()	()
<hr/>		
11. Hipertensão arterial (pressão alta)	()	()
12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	()	()
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	()	()
14. Insuficiência cardíaca	()	()
15. Outra doença cardiovascular	()	()

16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive

amidalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	()	()
17. Bronquite crônica	()	()
18. Sinusite crônica	()	()
19. Asma	()	()
20. Efisema	()	()
21. Tuberculose pulmonar	()	()
22. Outra doença respiratória	()	()

23. Distúrbio emocional severo (depressão severa, síndrome do pânico)	()	()
24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	()	()
25. Problema ou diminuição da audição	()	()
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se usa óculos ou lentes de contato)	()	()
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	()	()
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	()	()
29. Pedras ou doenças da vesícula biliar	()	()
30. Doença do pâncreas ou do fígado	()	()
31. Úlcera gástrica ou duodenal	()	()
32. Gastrite ou irritação duodenal	()	()
33. Colite ou irritação do cólon	()	()
34. Outra doença digestiva	()	()

35. Infecção das vias urinárias	()	()
36. Doença dos rins	()	()
37. Doença dos genitais e aparelho reprodutor (trompas ou próstata)	()	()
38. Outra doença geniturinária	()	()

39. Alergia, eczema	()	()
40. Outra erupção	()	()
41. Outra doença de pele	()	()
42. Tumor benigno	()	()
43. Tumor maligno (câncer)	()	()

Onde: _____

- | | | |
|--|-----|-----|
| 44. Obesidade | () | () |
| 45. Diabetes | () | () |
| 46. Bócio ou outra doença da tireóide | () | () |
| 47. Outra doença endócrina ou metabólica | () | () |
| 48. Anemia | () | () |
| 49. Outra doença do sangue | () | () |
| 50. Defeito do nascimento | () | () |

Qual: _____

- | | | |
|------------------------------|-----|-----|
| 51. Outro problema ou doença | () | () |
|------------------------------|-----|-----|

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual ?

(Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta).

- | | | |
|---------------------|-----|-----|
| Eu não tenho doença | () | () |
|---------------------|-----|-----|

- | | | |
|--------------------|-----|-----|
| Não há impedimento | () | () |
|--------------------|-----|-----|

- | | | |
|--|-----|-----|
| Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas | () | () |
|--|-----|-----|

- | | | |
|--|-----|-----|
| Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho | () | () |
|--|-----|-----|

- | | | |
|---|-----|-----|
| Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho | () | () |
|---|-----|-----|

- | | | |
|---|-----|-----|
| Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial | () | () |
|---|-----|-----|

- | | | |
|---|-----|-----|
| Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar | () | () |
|---|-----|-----|

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?

- | | | |
|--------|-----|-----|
| Nenhum | () | () |
|--------|-----|-----|

- | | | |
|------------|-----|-----|
| Até 9 dias | () | () |
|------------|-----|-----|

- | | | |
|-----------------|-----|-----|
| De 10 a 24 dias | () | () |
|-----------------|-----|-----|

- | | | |
|-----------------|-----|-----|
| De 25 a 99 dias | () | () |
|-----------------|-----|-----|

- | | | |
|-------------------|-----|-----|
| De 100 a 365 dias | () | () |
|-------------------|-----|-----|

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual ?

- | | | |
|--------------|-----|-----|
| É improvável | () | () |
|--------------|-----|-----|

- | | | |
|-----------------------|-----|-----|
| Não estou muito certo | () | () |
|-----------------------|-----|-----|

- | | | |
|-------------------|-----|-----|
| Bastante provável | () | () |
|-------------------|-----|-----|

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	()	()
Quase sempre	()	()
Às vezes	()	()
Raramente	()	()
Nunca	()	()
Recentemente você tem se sentido ativo e alerta ?		
Sempre	()	()
Quase sempre	()	()
Às vezes	()	()
Raramente	()	()
Nunca	()	()
Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro ?		
Continuamente	()	()
Quase sempre	()	()
Às vezes	()	()
Raramente	()	()
Nunca	()	()

Assinatura: _____

ANEXO II

ESTADO	NOME	ENDEREÇO	TELEFONE	SITE	ESCALA	AG. PENIT.
ACRE	Departamento de Administração Penitenciária do Acre	Estrada Dias Martins, 5.378-CJ Universitário - Distrito Industrial - CEP 69.911-845 - Rio Branco - ACRE	(68) 3229-3432 / 3229-2805	http://www.ac.gov.br/	24 / 48	X
ALAGOAS	Secretaria Executiva de Ressocialização - SER	Avenida Fernandes Lima, 1322, Farol. Maceió-AL. CEP: 57000-000	(82) 3315.1764 / 3315.1744.	http://www.seds.al.gov.br/institucion-al/orgaos-e-entidades/secretaria-executiva-de-ressocializacao-ser	X	X
AMAPÁ	Secretária de Estado da Justiça e Segurança Pública	Avenida Machado de Assis, 1065 - Bairro:Centro CEP:68906-460	(096) 32128409	http://www4.ap.gov.br/Portal_Gea/estrutura/sejusp.htm	24 / 72	196
AMAZONAS	Complexo Penitenciário Anísio Jobim		(092) 3616-0200	http://www.sejus.am.gov.br/programas_02.php?cod=0853	(12 / 36)	290
BAHIA	Penitenciária Lemos de Brito	Estrada da Mata Escura, s/n - Salvador - Bahia - CEP: 41.225 - 000	(71) 3317-2974 / 3317-2971	http://www.sjdh.ba.gov.br/sap/unidades_prisionais.htm#PENITENCIARI_A_LEMOS_BRITO_-_PLB	24 / 72	1023
CEARÁ	Instituto Penal Paulo Sarasate	Município de Aquiraz - Br 116, Km 27	X	http://www.sejus.ce.gov.br/index.php?p?cdP=1&cdS=23	X	341
DISTRITO FEDERAL	Sub Secretaria do Sistema Penitenciário	X	(061) 3901-6015	www.df.gov.br	24 / 72	616
ESPÍRITO SANTO	Conselho Penitenciário - Presidente Edson Ribeiro do Carmo	X	(27) 3132-6246	www.sejus.es.gov.br	24 / 96	443
GOIÁS	Penitenciária Cel. Odenir Guimarães - POG	Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia, BR 153, Km 611, Área Industrial, Aparecida de Goiânia, CEP 74923-650	(62) 3201-6040.	http://www.agenciaprisional.go.gov.br/unidades/unid_03.php	24 / 72	890
MARANHÃO	Complexo Penitenciário de Pedrinhas	BR 135, KM 14	(98) 3276-0077	www.ma.gov.br	X	388

MATO GROSSO	Secretaria da Justiça e da Segurança Pública – Penitenciária Pascoal Ramos	X	(65) 3613-5500	http://www.mt.gov.br/redirect.php?url=http%3A%2F%2Fwww.seguranciamt.gov.br%2Fsp.php%3FIDCategoria%3D15	24 / 72	1301
MATO GROSSO DO SUL	Superintendência de Políticas Penitenciárias	X	(67) 3313-8044 / 3313-8040	http://www.sejusp.ms.gov.br/modules/xs/xt_conteudo/index.php?id=4	24 / 72 e 24 / 48	1016
MINAS GERAIS	Penitenciária Nelson Hungria	Avenida V P 1, S/Nº Contagem CEP 32050-030	(31) 33566892 - 33614441	http://www.mg.gov.br/portalmg/do/origaos?op=menuInstituicao&coTipoUnidade=3&colInstituicao=6191	(12 / 36)	5968
PARÁ	Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social - SUSIPE	Endereço: Rua Arziprestes Manoel Teodoro, 305- CEP: 66023-700	(91) 3230-0891	X	24 / 48	X
PARAÍBA		X	X	http://www.ssp.pb.gov.br/index.shtml	X	X
PARANÁ	Penitenciária Central do Estado - PCE	Rua das Palmeiras s/n 83302-240 – Piraquara – Paraná	(41) 3673-2663 - 3673-2663	http://www.pr.gov.br/depen/pen_pce.shtml	(12 / 36)	1379
PERNAMBUCO	Penitenciária Professor Barreto Campelo - PPBC (Itamaracá)	Endereço: Engenho Macaxeira, s/n – Itamaracá - PE CEP: 53.900-550	(81) 3544-9002 / 3544-9000 -	http://www.seres.pe.gov.br/unidades_s_prisionais/unidades_prisionais_ppbc.php	X	937
PIAUI	Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos - Penitenciária Gonçalo de Castro Lima (Vereda Grande)	Endereço: Av. Pedro Freitas, s/nº - Centro Administrativo, Bloco "G" - 2º andar	(86) 3216 4344 - 3216 4445	http://www.pi.gov.br/admpublica.php?p?id=1#justica http://www.secjus.pi.gov.br/unidade_spenais.php	X	713
RIO DE JANEIRO	Presídio Evaristo de Moraes (São Cristóvão)	Endereço: Rua Bartolomeu De Gusmão, 1100 – Fundos – S.Cristóvão	(21) 3399-1462	http://www.seap.rj.gov.br/unidades/evaristo_de_moraes.htm	12/36 e 24 / 72	3200
RIO GRANDE DO NORTE	Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania	Leonardo Arruda Câmara - Secretário de Estado - Centro Administrativo do Estado - Lagoa Nova - CEP 59064-901 - Natal / RN	(84) 3232 - 1883 / 3232 - 1881	http://www.rn.gov.br/aces/capa.asp	24 / 72	X

RIO GRANDE DO SUL	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	Endereço: RS - 401 - KM 16 Charqueadas CEP: 96745-000	(51) 3658-5950 e 3658-6050	X	24 / 72	2101
RONDÔNIA	Gerência do Sistema Penitenciário	Coordenação técnica do Seapen - Juarez Barreto Macedo Jr.	(69) 3216-8895	http://www.seapen.ro.gov.br/2007/setores.php?prog=16	12 / 24 e 12 / 72	873
RORAIMA	Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania – SEJUC	Endereço: Rua Almir de Sousa Mota, 164 – 31 de Março- CEP: 69.300-000 - Boa Vista - RR	(95) 3224-1670 / 3224 - 1929	http://www.rr.gov.br/governo.php?area=secretarias	X	X
SANTA CATARINA	Penitenciária de Florianópolis	Rua Delminda Silveira n 960 - CEP 88025-500	(48) 2107-2800	http://deap.ssp.sc.gov.br/deap/esta-belecimentos_regioes.jsp?idRegiao=7&sNome=Grande%20Florianópolis	24 / 72	706
SÃO PAULO	Secretaria Estadual da Administração Penitenciária	Av. General Ataliba Leonel, nº 656 Carandirú - São Paulo - CEP 02088-900	(11) 6223-4700 / 6223-4713	http://www.saopaulo.sp.gov.br/linha/sec_admpenit.htm	(12 / 36)	20345
SERGIPE	Presídio Estadual de Areia Branca – PEAB	Endereço: BR 235, KM 36 – Areia Branca	(79) 3288-1202	http://www.sejuc.se.gov.br/peab.php	24 / 72	90
TOCANTINS	Coordenadoria de acompanhamento de execução penal	X	(63) 3218-6712	http://www.portaldocidadao.to.gov.br/?br_organos_estaduais	X	305

ANEXO III

MBI - Maslach Burnout Inventory - General Survey

A seguir, há 16 afirmativas relacionadas com o sentimento em relação ao trabalho.

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

Instruções:

Se você nunca teve estes sentimentos, escreva um "0" (zero) no espaço antes da afirmativa.

Se você já teve este sentimento, indique com que frequência você o sente, escrevendo o número (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

Exemplo:

Eu me sinto frustrado / deprimido no trabalho.

Se você nunca sentiu frustração / depressão no trabalho, escreva o número "0" (zero) sob a coluna "frequência".

Se você, raramente, sente-se frustrado / deprimido no trabalho (poucas vezes por ano, ou menos), escreva o número "1".

Se seus sentimentos de frustração / depressão são razoavelmente frequentes (poucas vezes por semana, porém não diariamente), escreva "5".

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

Frequência:

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

DECLARAÇÕES	PONTUAÇÃO	FAIXA DE BURNOUT
1- Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.		EE
2- Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho.		
3- Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.		
4- Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão para mim.		
5- Sinto-me acabado por causa do meu trabalho.		DP
6- Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado.		
7- Tornei-me menos interessado no meu trabalho desde que assumi esse cargo.		
8- Tornei-me menos entusiasmado com o meu trabalho.		
9- Tornei-me mais descrente sobre se o meu trabalho contribui para algo.		
10- Duvido da importância do meu trabalho		EPT
11- Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho.		
12- Realizei muitas coisas valiosas no meu trabalho.		
13- Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho.		
14- Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para essa organização.		
15- Na minha opinião, sou bom no que faço		
16- No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam.		

RESULTADOS

MBI SUBESCALA	BAIXO	MÉDIO	ALTO
EE - EXAUSTÃO EMOCIONAL	< 16	17 - 27	> 28
EP - DESPERSONALIZAÇÃO	< 05	6 - 10	> 11
EPT - ENVOLVIMENTO PESSOAL NO TRABALHO	> 40	39 - 40	< 33