



UNICAMP

NELO AUGUSTO POLETTO

**QUALIDADE DE VIDA E BURNOUT
EM
GESTORES MUNICIPAIS EM SAÚDE**

Piracicaba
2014



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

NELO AUGUSTO POLETTO

QUALIDADE DE VIDA E BURNOUT
EM
GESTORES MUNICIPAIS EM SAÚDE

Dissertação de Mestrado Profissionalizante apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP para a obtenção do título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosana de Fátima Possobon

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida por Nelo Augusto Poletto e orientado pela Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon.


Assinatura da Orientadora

Piracicaba
2014
iii

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

P758q Poletto, Nelo Augusto, 1961-
Qualidade de vida e burnout em gestores municipais em saúde / Nelo Augusto Poletto. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Qualidade de vida. 2. Esgotamento profissional. 3. Gestor de saúde. I. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Quality of life and burnout in municipal public health

Palavras-chave em inglês:

Quality of life

Burnout, professional

Health manager

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana de Fátima Possobon [Orientador]

Luciane Zanin de Souza

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 24-07-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 24 de Julho de 2014, considerou o candidato NELO AUGUSTO POLETTO aprovado.

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

RESUMO

Atualmente, todo profissional é confrontado com uma diversidade de tarefas e papéis que tanto podem significar desafio como desgaste emocional. Sendo o trabalho uma parte integrante da vida, interessa retirar dele satisfação, para que o trabalhador se sinta motivado e seja eficiente. Quando não existem fontes de apoio social que os ajudem a lidar com as dificuldades laborais, surgem consequências negativas ao nível individual, social e familiar. A literatura tem identificado os profissionais de saúde como um grupo vulnerável ao estresse ocupacional e ao burnout, pois trabalham sob uma grande pressão psicológica, por vezes em contextos laborais adversos, em contato com a dor e sofrimento, que lhes podem provocar desgaste emocional traduzido em frieza e distanciamento prejudiciais na relação com colegas de trabalho e usuários dos serviços de saúde. Este desgaste emocional pode ainda facilitar o aparecimento de estresse e depressão, devendo ser prevenido pelo impacto que tem na saúde e na qualidade de vida do profissional. O objetivo do presente estudo foi conhecer, identificar e avaliar a qualidade de vida e a presença da Síndrome de *burnout*, e a associação das mesmas com fatores demográficos, socioeconômicos e suas variáveis em gestores municipais em saúde do Estado de São Paulo. Foram convidados a participar da pesquisa, todos os 645 gestores dos municípios do estado de São Paulo. Não foram incluídos na amostra deste estudo os gestores que responderam incorretamente ou de forma incompleta os questionários e os que não aceitaram participar, totalizando 199 gestores participantes. Os níveis de SB foram avaliados pela aplicação do *Cuestionario para La Evaluación Del Síndrome de Quermarse por El Trabajo* (CESQT) e o nível de QV, pelo instrumento WHOQol-bref. Além destes, foram usados também dois questionários, para a avaliação socioeconômica e demográfica. Foram encaminhados aos gestores em saúde, via e-mail, o link de uma página da web contendo a carta convite para a pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o material de coleta de dados composto por quatro instrumentos. O preenchimento dos formulários foi online e o prazo máximo para o preenchimento dos questionários foi de 120 dias. Os dados obtidos foram transformados em

planilhas no programa Microsoft Excel, e as análises dos dados foram processadas utilizando-se o programa Statatm versão 12.0. A análise estatística descritiva foi realizada por meio do cálculo de frequências. Para análise estatística analítica foram aplicados os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. Os resultados apontaram a taxa de resposta de 30,9%, sendo que a maioria dos participantes foi do gênero feminino, mais da metade da amostra estava na faixa etária de 35 a 50 anos, a maioria era casada e tinha filhos. A renda de 60,8% dos participantes era superior R\$4.666,00 e 81,4% moravam em residência própria, com até 4 pessoas (92,5%). Dos 199 participantes, 158 relataram apresentar uma ou mais alteração de saúde. Em relação à sua atuação profissional como gestor, mais da metade da amostra estava em municípios com até 20.000 habitantes e exercia a função de gestor havia menos de 1 ano, trabalhando mais de 8 horas diárias. A maioria (97%) relatou satisfação em atuar como gestor em saúde e 87% acham que seu trabalho era reconhecido. Apresentaram associação significativa com melhor qualidade de vida as seguintes variáveis: moradia, grau de instrução, condições de saúde, satisfação como gestor e reconhecimento. Em relação à prevalência de SB, as dimensões Ilusão pelo Trabalho e Desgaste psíquico apresentaram valores considerados como indicativo de presença de Burnout. Conclui-se que os gestores em saúde do estado de São Paulo apresentam qualidade de vida geral regular e que uma importante parcela desta amostra apresentou indicativos de presença da Síndrome de Burnout, sendo a maioria com Perfil 1, mas alguns já apresentando Perfil 2 desta Síndrome.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Burnout; Gestores em Saúde.

ABSTRACT

Nowadays every professional is faced with a diversity of tasks and roles that can either be a challenge or result in emotional exhaustion. As work is an integral part of life, it is important to make it satisfying so that the worker feels motivated and efficient. When there are no sources of social support that can help him or her to deal with working difficulties, this can lead to a negative impact on their individual, social and family life. Studies have shown that health professionals are prone to occupational stress and burnout due to working under psychological pressure. Often they work in inadequate working conditions, in contact with suffering and pain which can cause emotional exhaustion evident as coldness and distancing their relationship with their colleagues and health service users. This emotional exhaustion can also lead to stress and depression and therefore should be avoided due to the impact that it has on the professional's health and quality of life. The aim of this study is to determine the levels of quality of life and the presence of Burnout Syndrome (BS) and how they are associated to demographic and socioeconomic factors and their variations in municipal health managers in São Paulo State. All of the 645 municipal health managers of Sao Paulo State were invited to take part in this survey. Only those who completed the survey correctly were included in this study i.e 199 participants. The levels BS were evaluated by use of the *Cuestionario para La Evaluación Del Síndrome de Quermarse por El Trabajo* (CESQT) and the LQ (Life Quality), by the instrument WHOQol-Bref. In addition to these, two other questionnaires were also used, one for socioeconomic evaluation and other for demographic evaluation. Health managers, received via e-mail, a link to a web page with an invitation letter for the survey, The Free and Informed Consent Term (FICT) and the survey comprising the four instruments. The forms were completed online and the managers were given up to a maximum of 120 days to complete the questionnaire. The data collected was transcribed into MS Excel program. The analysis of the data was processed using Stata™version 12.0. The descriptive statistical

analysis was done through frequencies calculation and for the analytical statistical analysis the Qui-square and Fisher Exact tests were applied. The results showed that 30,9% of the recipients completed the survey. The majority of the participants were women, just over half ranged between 35 and 50 years of age, the majority were married and had children. The income of 60,8% of the participants was over R\$4.666,00 and 81,4% were homeowners living with up to 4 additional people (92,5%). 158 out of the 199 participants said they had one or more health alterations. As far as their role as health manager was concerned, more than half of them worked in cities of up to 20,000 inhabitants, had been working for less than 1 year and for more than 8 hours a day. The majority (97%) claimed to be satisfied as health managers and 87% thought their role was appreciated. The following variables are the ones which were associated to the best quality of life: housing, education, health condition, satisfaction as a manager and acknowledgment. In relation to the prevalence of BS, the dimensions Work Illusion and Psychic exhaustion present values considered as indicative of burnout presence. It is therefore concluded that the health managers of Sao Paulo state have, in general, a good quality of life, however a significant part of this survey shows the presence of Burnout Syndrome Profile 1, including some presenting Profile 2 of the same syndrome.

Keywords: Quality of Life: Burnout: Health Managers

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	xiii
AGRADECIMENTOS.....	xv
LISTA DE QUADROS.....	xix
LISTA DE TABELAS.....	xix
LISTA DE ANEXOS.....	xxi
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	3
3 PROPOSIÇÃO.....	15
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
5 RESULTADOS.....	20
6 DISCUSSÃO.....	28
7 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS.....	39
ANEXO 1.....	39
ANEXO 2.....	41
ANEXO 3.....	45
ANEXO 4.....	46
ANEXO 5.....	47
ANEXO 6.....	48
ANEXO 7.....	49

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Nello Poletto (*in memorian*)
e Irene Z. Poletto (*in memorian*), que iniciaram esta caminhada
comigo e creio que de algum lugar verão a minha chegada.

Aos meus filhos Isabella e Leonardo e à minha esposa Aparecida,
sempre presentes em minha vida compartilhando alegrias,
motivação e amor.

Agradecimentos

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP) na pessoa do Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Junior estendo o meu carinho e muito obrigado aos Professores e colaboradores desta instituição.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Saúde Coletiva, pelos saberes compartilhados.

À Prof^ª Dr^ª Rosana de Fátima Possobon pela competência, generosidade, acolhimento, paciência e ensinamentos nesta fase da minha formação.

Às professoras Karine Laura Cortellazzi, Fabiana de Lima Vazquez e Luciane Miranda Guerra pelo carinho e motivação.

À amiga Tátilla Lima pelo apoio e auxílio na execução desta pesquisa.

Aos amigos do curso de mestrado, pela troca de conhecimentos e momentos de convivência ímpar.

Aos amigos do COSEMS pelo apoio e incentivo na realização deste estudo.

Ao amigo Fernando Lima pelo desenvolvimento do programa de informática utilizado na pesquisa.

À todas as pessoas que de uma forma ou de outra, auxiliaram na realização deste projeto.

Agradecimentos Especiais

À Deus pelo privilégio de desfrutar a vida por completo.

Agradeço aos meus pais, Nello Poletto (in memorian) e Irene Zanchetta Poletto (in memorian) pelos ensinamentos dos valores morais e espirituais.

Aos meus filhos Isabella e Leonardo por serem autênticos na busca dos seus sonhos.

À Aparecida minha esposa, pelo incentivo, disposição, compreensão, respeito, companheirismo, amor e amizade.

*“A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais retorna ao seu tamanho
original”*

Albert Einstein

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sinais e sintomas físicos e comportamentais relacionados à Síndrome de Burnout	6
--	---

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de cobertura de respostas dos questionários dos gestores em saúde do estado de São Paulo por grupo de municípios de acordo com o número de habitantes. Ano 2013 (n=199).....	20
Tabela 2 – Caracterização socioeconômica e demográfica da amostra de gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).....	21
Tabela 3 – Caracterização da amostra do trabalho como gestor em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).....	22
Tabela 4 – Condições de saúde apresentadas por gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=158).....	23
Tabela 5 – Caracterização da amostra por profissões dos gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).....	24
Tabela 6 – Fatores associados à qualidade de vida de gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).....	25
Tabela 7 – Mediana, escore médio, desvio padrão, valores mínimos e máximos dos domínios do WHOQol-bref e Qualidade de Vida Geral (QVG) de gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).....	26
Tabela 8 – Média, desvio padrão e variação das dimensões/subescalas do CESQT em gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013.....	27

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Carta convite para a pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”. Ano 2013.	39
Anexo 2 – Imagem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”. Ano 2013. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	41
Anexo 3 - Questionário sociodemográfico e especificidades.....	45
Anexo 4 – Questionário socioeconômico do gestor.	46
Anexo 5 – Avaliação da Qualidade de Vida do gestor – WHOQol-bref.....	47
Anexo 6 – Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo–CESQT.....	48
Anexo 7 – Imagem da ferramenta utilizada na pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”, mostrando o término da coleta das respostas. Ano 2013.....	49

1 INTRODUÇÃO

Com a crescente complexidade e expansão dos serviços de saúde, as práticas assistenciais e os profissionais dessa área passaram a ser avaliados pela sua produtividade e eficiência. Com isso, os trabalhadores preocupam-se não somente com suas funções, mas também com questões baseadas na estabilidade profissional e financeira (Frigotto, 1999; Carlotto e Palazzo, 2006). Neste contexto inclui-se o gestor em saúde.

De acordo com a Política Nacional de Gestão e Estratégica e Participativa no SUS, as responsabilidades inerentes ao gestor em saúde são múltiplas e incluem planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e os serviços de saúde pública e privada, gerenciar a política de recursos humanos e de financiamento em âmbito local e regional, garantir o acesso aos usuários, bem como a equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde, garantir a participação popular com o controle social através do conselho municipal da saúde e conselhos gestores regionalizados (Ministério da Saúde, 2009). Além disso, entre suas atribuições está o atendimento aos usuários, quando necessário.

As múltiplas exigências por uma produção, que não valoriza somente a qualidade do trabalho, mas também a quantidade é um dos fatores que geram angústia e estresse aos trabalhadores, fazendo-os sentirem-se ameaçados e inseguros com a possibilidade de não atender às expectativas de seus superiores (Garcia et al., 2008). A sobrecarga no trabalho acarreta uma exaustão física e mental, baixa realização profissional, chegando ao esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo (Maslach e Leiter, 1996). Esta sobrecarga, quando persistente, pode levar a um esgotamento profissional, denominada de “Síndrome de *burnout*” ou outros problemas psicossomáticos (Tamayo e Trócoli, 2002).

Os autores Maslach e Jackson (1981) e Gil-Monte (2005) definem a síndrome de *burnout* como uma resposta ao estresse laboral crônico, característica dos profissionais que trabalham com pessoas. As frustrações emocionais e profissionais podem levar a sintomas psicossomáticos (Carlotto, 2002). A síndrome de *burnout* é constituída por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (Maslach, Shaufeli e Leiter, 2001).

Não há estudos que avaliem síndrome de *burnout* e qualidade de vida em gestores municipais em saúde. Assim, este estudo pretende investigar o nível de qualidade de vida em gestores em saúde e verificar a presença da síndrome de *burnout*, reconhecendo as implicações que esta síndrome pode causar nestes profissionais, pois o desempenho nesta atividade laboral culmina em decisões que são determinantes nas ações em saúde e que beneficiam ou não a população.

Na medida em que se entende melhor a síndrome de *burnout* como processo, identificando suas etapas e dimensões, seus estressores mais importantes e seus modelos explicativos, podem ser formuladas ações que permitam prevenir, diminuir ou até interrompê-lo. Desta forma, é possível auxiliar o gestor em saúde para que este possa prosseguir concretizando seu projeto de vida pessoal e profissional com vistas à melhoria da sua qualidade de vida e de todos os envolvidos no seu dia a dia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Síndrome de *burnout*

O trabalho tem uma grande relevância na vida de uma pessoa. De maneira geral um indivíduo passa 1/3 do seu dia trabalhando, durante 30 anos ou mais. As grandes transformações ocorridas nas últimas décadas, o impacto da informática, as exigências de trabalho nas organizações e a incompatibilidade de desempenho de cada trabalhador (Fernandes, 1999), tem levado ao surgimento dos chamados riscos psicossociais, entre eles a síndrome de *burnout*: esgotamento emocional, despersonalização e falta de realização no trabalho. (Maslach, Shaufeli e Leiter, 2001; Gil- Monte, 2005).

As organizações, recentemente, têm dado maior importância ao significado e à repercussão do trabalho sobre o trabalhador. Estudos demonstram que o desequilíbrio na saúde física e mental do trabalhador traz consequências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção, dessa forma, os efeitos da síndrome de *burnout* geram um impacto numa organização, decorrente da alta rotatividade, aumento no número de faltas e de acidentes de trabalho (Lautert, 1999; Benevides-Pereira, 2002). Ao avaliar a eficácia de uma organização, é necessário levar em conta os aspectos de bem-estar, saúde e qualidade de vida no trabalho (Gil-Monte, 2003).

Os indivíduos que estão em um processo de desgaste profissional, estão sujeitos a abandonar o emprego, tanto de forma psicológica quanto física. Eles investem menos tempo e energia no trabalho fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência. Além de trabalharem menos, não trabalham bem (Maslach e Leiter, 1997).

A qualidade do trabalho prejudica o atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência (Freudenberg, 1974; Maslach e Leiter, 1997).

A síndrome de *burnout* passou a ter papel importante, na medida em que veio explicar grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização (Benevides-Pereira, 2002; 2008). Ao estudar o estresse no trabalho faz-se necessário estudar a síndrome de *burnout*, bem como observar o que as organizações estão fazendo e oferecendo aos seus funcionários a respeito da necessidade da

qualidade de vida (Gil-Monte, 2003).

O estudo da síndrome de *burnout* ou desgaste profissional iniciou sua profundidade com os artigos de Freudenberg (1974), em que o autor relatou a experiência de exaustão de energia, perda de motivação e comprometimento, sintomas físicos e psíquicos que experimentavam os voluntários e os profissionais em tarefas assistências e de ajuda.

Burnout, em português é algo como ‘perder o fogo’, ‘perder a energia’ ou ‘queimar para fora’ (Codo, 2002). É considerado uma ‘síndrome’ através da qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil (Carlotto, 2010).

Diversos autores (Maslach e Leiter, 1997; Codo, 2002; Reinhold, 2002; Araújo et al., 2005; Benevides-Pereira, 2008; Garcia et al., 2008), definem a síndrome de *burnout* como estresse ocupacional assistencial, que afeta especialmente trabalhadores com intenso contato com pessoas, como acontece com os profissionais da saúde. Freudenberg (1974) enfatiza que estes estão mais suscetíveis a síndrome de *burnout* porque enfrentam pelo menos três frentes: diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram estes profissionais e das necessidades de si próprio.

Ante esta situação é possível que o profissional lance mão de estratégias de enfrentamento não adaptativas, que vão esgotando seus recursos emocionais, levando-os ao deterioramento pessoal e profissional (Moreno-Jimenez et al., 2002).

Nesse sentido, os gestores em saúde estão suscetíveis aos riscos psicossociais, pois estão expostos aos fatores desencadeantes de estresse. Se por um lado as práticas dos trabalhadores em saúde comportam sempre uma margem de liberdade, por outro, são marcadas pelo conjunto de regras, normas, lugares e hierarquias. Não há atores, há papéis: o homem reduzido a um dos recursos necessários para o sistema funcionar (Cecílio, 2007). De acordo com Gil-Monte (2003), os trabalhadores estão insatisfeitos consigo mesmos e com seu desempenho laboral e a avaliação negativa afeta a habilidade na realização do trabalho e no relacionamento com as pessoas.

A base apropriada para desenvolver a síndrome de *burnout* se traduz em altas expectativas de satisfação com escassos auxílios diante das frustrações (Faber, 1983). A

individualidade da sociedade moderna e a grande carga funcional dos trabalhadores contribuíram para o aumento da síndrome de *burnout*. (Cherniss, 1980).

Maslach e Jackson (1981) começaram a trabalhar com este fenômeno psicológico e, após os resultados de suas investigações, conceituam a síndrome de *burnout* como sendo uma resposta ao estresse ocupacional crônico que é caracterizada por:

- Exaustão emocional: exaustão dos recursos emocionais próprios, fadiga física e mental, os profissionais depois de uma intensa interação com as pessoas, denotam desgaste de suas energias emocionais e advertem que não podem trabalhar com a mesma dedicação e energia que apresentavam anteriormente.

- Despersonalização: manifesta-se através de atitudes negativas como o tratamento depreciativo, atitudes frias e de distanciamento para com as pessoas, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida. Esta dimensão pode entender-se como um modo de enfrentamento à exaustão emocional que o profissional experimenta.

- Falta de Realização profissional: depreciação de seu papel profissional, insatisfação, não se sente mais motivado com suas atividades laborais, sentimento de impotência e inutilidade, baixa autoestima.

A síndrome de *burnout* não aparece de forma brusca, mas constitui a fase final de um processo contínuo que vai se formando. Alguns autores insistiram nos aspectos que definiam o *burnout* como uma síndrome ou estado, mas a tendência nos últimos anos vem apontando no sentido do *burnout* como um processo caracterizado por antecedentes, síndrome e consequentes (Maslach et al., 1996, 2001; Moreno-Jiménez et al., 1997, 2002; Pines e Keinan, 2005).

Segundo Carlotto (2002), a síndrome de *burnout* é um fenômeno complexo e multidimensional resultante da interação entre o indivíduo, a organização, o trabalho e a sociedade.

A Organização Mundial de Saúde considera a síndrome de *burnout* um risco para trabalhador, podendo ocasionar deterioração físico-mental, sendo considerado um problema de saúde pública (Cebriá-Andreu, 2005). O Ministério da Saúde do Brasil reconhece essa síndrome como "síndrome do esgotamento profissional" (Gil-Monte, Carlotto e Câmara, 2010).

O Quadro 1 apresenta os sinais e sintomas físicos e comportamentais relacionados a 'Síndrome de burnout'.

SINTOMATOLOGIA DO BURNOUT	
Físicos	Comportamentais
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos
Distúrbio do sono	Irritabilidade
Dores musculares e osteomusculares	Incremento da agressividade
Cefaléias, enxaquecas	Incapacidade para relaxar
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade na aceitação de mudanças
Imunodeficiência	Perda de iniciativa
Transtornos cardiovasculares	Aumento do consumo de substâncias
Distúrbios do sistema respiratório	Comportamento de alto risco
Disfunções sexuais	Suicídio
Alterações menstruais nas mulheres	
Psíquicos	Defensivos
Falta de atenção, de concentração	Tendência ao isolamento
Alterações de memória	Sentimento de onipotência
Lentificação do pensamento	Perda do interesse pelo trabalho/lazer
Sentimento de alienação	Absenteísmo
Sentimento de solidão	Ironia, Cinismo
Impaciência	
Sentimento de insuficiência	
Baixa autoestima	
Labilidade emocional	
Dificuldade de auto-aceitação	
Astenia, desânimo, disforia, depressão	
Desconfiança, paranóia	

Fonte: Benevides-Pereira, 2002.

Os primeiros trabalhos sobre a síndrome de *burnout* fazem referência exclusivamente a profissões do tipo assistencial. Atualmente se parte de uma perspectiva mais ampla, e o conceito estendeu-se a todo tipo de profissionais e grupos ocupacionais (Maslach et al., 2001).

Para as profissões assistenciais, o instrumento mais utilizado para avaliação da síndrome de *burnout* foi o “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) (Maslach e Jackson, 1981/1986). Este instrumento foi traduzido e adaptado por Lautert (1995). Posteriormente Tamayo (1997, 2002) e Carlotto e Câmara (2006), realizaram pesquisas desenvolvendo e avaliando as versões do instrumento. Este instrumento possui três versões aplicáveis às categorias profissionais específicas: MBI-HSS (*Human Services Survey*), para as áreas de saúde - cuidadores ou serviços humano-sociais; MBI-ES (*Educators Survey*) ou MBI-ED, para educadores; e MBI-GS (*General Survey*), para profissionais que não estejam necessariamente em contato direto com o público-alvo do serviço. O instrumento mais utilizado para avaliar a síndrome de *burnout* em trabalhadores que, pela natureza de seu trabalho, necessitam manter contato direto com outras pessoas é o MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*) (Marucco, Gil-Monte e Flamenco, 2007).

É um questionário auto-aplicável que avalia as três dimensões da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho. 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 (Carlotto e Câmara, 2006).

Atualmente o estudo da síndrome de *burnout* se apresenta como um elemento de grande relevância dentro do contexto da prevenção de riscos laborais e da análise das condições de trabalho devido às diferentes sentenças européias que reconhecem que as psicopatologias podem ter uma etiologia do tipo ocupacional, apesar de não figurarem no quadro de enfermidades profissionais habituais dos países europeus (Moreno-Jimenez et al., 2002).

O *Cuestionario para La Evaluación Del Síndrome de Quermarse por El Trabajo* (CESQT) oferece algumas vantagens frente a outros instrumentos existentes.

Entre as mais relevantes citam-se: parte de um modelo teórico prévio a um

modelo psicométrico; apesar de algumas dimensões serem similares às do *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) (Maslach e Jackson, 1986), o CESQT incorpora os sentimentos de culpa e conseqüentemente diferentes perfis na evolução da síndrome de *burnout*, e além dos itens emocionais, inclui aspectos cognitivos e físicos do esgotamento; e, supera algumas das insuficiências psicométricas derivadas da adaptação brasileira de outros instrumentos utilizados para avaliar o fenômeno.

De acordo com Gil-Monte (2008), em estudos anteriores, obtiveram-se resultados adequados de validade fatorial para o CESQT e de consistência interna para as suas subescalas. O questionário foi adaptado a outras culturas, obtendo resultados adequados de validade fatorial e consistência interna em pesquisas realizadas na Argentina (Marucco, Gil-Monte e Flamenco, 2007/2008), Chile (Olivares e Gil-Monte, 2007), México (Gil-Monte et al., 2009), Brasil (Gil-monte, Carlotto e Câmara, 2010) e Portugal (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte e Grau-Alberola, 2013) (Costa et al. 2013).

O modelo teórico que fundamenta o CESQT considera que síndrome de *burnout* é uma resposta ao estresse laboral crônico, característica dos profissionais que trabalham com pessoas. Neste modelo, as deteriorações cognitivas (baixas pontuações na Ilusão pelo trabalho) e afetivas (altas pontuações em Desgaste psíquico) aparecem, em um primeiro momento, como respostas às fontes de estresse laboral crônico e, conseqüentemente, os indivíduos passam a desenvolver atitudes negativas frente às pessoas que atendem no seu trabalho (altos níveis de Indolência).

O surgimento de sentimentos de culpa é posterior a esses sintomas, mas não ocorre necessariamente em todos os indivíduos.

Desta maneira, é possível distinguir dois perfis no processo da síndrome de *burnout*. O perfil 1 refere-se ao surgimento de um conjunto de sentimentos e condutas vinculadas ao estresse laboral, que origina uma forma moderada de mal-estar, mas que não incapacita o indivíduo para o exercício do seu trabalho, ainda que pudesse realizá-lo de melhor forma. Este perfil caracteriza-se pela presença de baixos níveis Ilusão pelo trabalho com altos níveis de Desgaste psíquico e Indolência. O perfil 2 define os casos clínicos mais deteriorados pelo desenvolvimento da síndrome de *burnout*, incluindo, além dos sintomas já mencionados, sentimentos de culpa (Gil-Monte, 2005).

2.2 Qualidade de vida

Há duas tendências quanto à definição de qualidade de vida, uma mais ampla e genérica que se refere às pessoas saudáveis da população, apresentada por estudos sociológicos e adotada pela Organização mundial de Saúde, e outra, associada aos aspectos referentes às enfermidades ou às intervenções em saúde (Seidl e Zannon, 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Whoqol Group, 1994), “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck et al. 2003).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial; o termo qualidade de vida abrange muitos significados (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Seidl e Zannon, (2004) também associam qualidade de vida a um caráter multidimensional, no caso, que parte de quatro dimensões ou fatores: - física: percepção do indivíduo sobre sua condição física; - psicológica: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; - do relacionamento social: percepção do indivíduo sobre relacionamentos sociais e papéis sociais adotados na vida; - do ambiente: percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

De acordo com os autores Minayo, Hartz e Buss, (2000), nas diversas análises feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, integram sua concepção. Martin e Stockler (1998, apud Minayo, Hartz e Buss, 2000) propõem que qualidade de vida seja determinada em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade, sendo que, quanto menor a distância, melhor.

Muitas vezes na literatura não é feita uma distinção clara entre qualidade de vida e estado de saúde. A qualidade de vida no âmbito da saúde veio junto à necessidade de avaliar as condições de vida de pacientes que tinham sua sobrevivência aumentada com os tratamentos propostos (Seidl e Zannon 2006).

Internacionalmente e no Brasil, é crescente o interesse pelo tema qualidade de vida, tanto no campo de ação da saúde coletiva como das políticas públicas, o que pode ser observado pelas referências de produção de conhecimento e pesquisas (Seidl e Zannon, 2004).

2.2.1 Qualidade de vida no trabalho

O trabalho tem importância vital para homens e mulheres. O mundo do trabalho passou por grandes transformações nas últimas décadas, o crescente desenvolvimento tecnológico trouxe como consequência uma progressiva desumanização do padrão de vida e a economia globalizada tem gerado um sentimento de insegurança e incerteza à classe trabalhadora (Frigotto, 1984). As relações entre qualidade de vida e trabalho afetam de forma significativa a vida pessoal, social e ocupacional do trabalhador. O trabalho é um agente de transformação da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano, produzindo os recursos materiais, culturais e institucionais que constituem seu ambiente e desenvolvem seu padrão de qualidade de vida (Malvezzi, 2004).

A partir da segunda metade do século XX, com o propósito declarado de melhorar as condições de trabalho do indivíduo e, conseqüentemente, proporcionar aumento no seu desempenho para as empresas, surgiu o movimento de qualidade de vida no trabalho (Fernandes, 1996). De acordo com Lacaz (2000) a terminologia

Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) incorpora uma imprecisão conceitual e dialoga com noções como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, envolvendo discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias.

Os danos provocados à saúde, o adoecer no trabalho, resultante do estresse ocupacional, têm produzido estudos científicos e econômicos que intervêm na busca por melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores através da prevenção e promoção da saúde (Camargo e Oliveira, 2004). Nesse sentido, Salim (2003), observou em estatísticas ainda que parciais, que houve diminuição de acidentes de trabalho, mas em contrapartida houve aumento de doenças ocupacionais nas cidades do estado de Minas Gerais. Estudos

comprovam que a melhoria da qualidade de vida aumenta o envolvimento com a organização e a produtividade (Donaldson, 1999).

Segundo Westley (1979), são quatro as dimensões que influenciam na qualidade de vida no trabalho: 1. Dimensão política: representada pelo conceito de segurança do emprego. Evita o sentimento de incerteza em relação ao futuro profissional. 2. Dimensão econômica: representada pela equidade salarial. Evita-se o sentimento de injustiça. 3. Dimensão psicológica: representada pelo conceito de auto-realização. Evita-se a alienação. 4. Dimensão sociológica: representada pela participação do profissional em todo o processo de trabalho, executando e assumindo responsabilidades na equipe. Evita-se a rebeldia.

Para mensurar a qualidade de vida de populações adultas, foram desenvolvidos pela OMS dois instrumentos gerais de Qualidade de Vida: O WHOQol-100 e o WHOQol-bref (versão reduzida), validados para o português por Fleck et al. (2000).

O WHOQol-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, estando relacionado a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom).

O objetivo foi construir um instrumento dotado de uma “dimensão transcultural e que contemplasse três aspectos fundamentais, referentes ao construto qualidade de vida: 1) subjetividade (percepção do indivíduo em questão); 2) multidimensionalidade; 3) presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor)” (Fleck et al., 1999; 2000).

2.3 O gestor em saúde

A expansão da rede de serviços de saúde, com a inclusão da assistência individual e com a ampliação da ação do bem-estar social, unida ao crescente interesse do capital no setor prestador de serviços de saúde, aumentou a presença das intervenções no terreno da administração (Merhy, 1999).

Ao gestor municipal em saúde é atribuído um conjunto de funções e condutas tais como: decisões, planejamento de ações, gerenciamentos financeiros e administrativos, enfrentamento de conflitos por parte de funcionários, instituições e usuários. De acordo com Cecílio (2005), nas agendas de trabalho dos gerentes das organizações de saúde não há assuntos simples; são sempre invadidas, no dia-a-dia, por um conjunto de fatos que podem ser designados como conflitos.

Segundo Merhy (1999), o fortalecimento do setor da saúde, como um dos principais campos de ação do Estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde. Com frequência, o gestor sente-se pressionado em atender satisfatoriamente às expectativas, demandas e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que gera diversos fatores estressantes.

De acordo com a Política Nacional de Gestão e Estratégica e Participativa no SUS (Ministério da Saúde, 2009), é de competência dos Gestores Municipais de Saúde:

- 1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da Secretaria municipal da saúde.*
- 2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.*
- 3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.*
- 4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local.*
- 5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.*
- 6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da*

participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde.

17. Promover, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), a realização das

conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais.

20. Apoiar a “Política Nacional de Humanização do SUS,” HumanizaSUS.”

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo teve por objetivo conhecer, identificar e avaliar a qualidade de vida e a presença da Síndrome de *burnout*, e a associação das mesmas com fatores demográficos, socioeconômicos e suas variáveis em gestores municipais em saúde do Estado de São Paulo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo e local de desenvolvimento

Trata-se de estudo quantitativo, de prevalência, com base em questionários, envolvendo gestores municipais em saúde do estado de São Paulo.

O estado de São Paulo tem 645 municípios, sendo que todos têm um gestor em saúde, cujas funções são entre outras planejar, organizar, controlar, avaliar e executar ações e serviços de saúde pública e privada. Destes municípios, 403 têm até 20.000 habitantes, 167 têm de 20.001 a 100.000 habitantes, 36 têm de 100.001 a 200.000 habitantes, e 39 têm acima de 200.001 habitantes.

4.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP) de acordo com as normas determinadas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (Protocolo 059/2013). Todos os gestores em saúde do estado de São Paulo, em atividade na época do desenvolvimento da pesquisa foram contatados por mensagem eletrônica ([Anexo 1](#)), por meio de endereços eletrônicos (email) fornecidos pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo “Dr. Sebastião de Moraes” - COSEMS.

Ao aceitar o convite para participar da pesquisa, o gestor acessava um link que remetia ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa (TCLE – [Anexo 2](#)) e deveria concordar com os termos deste documento, antes de iniciar o preenchimento dos questionários de coleta de dados.

4.3 Universo do Estudo

Foram convidados a participar da pesquisa, todos os 645 gestores dos municípios do estado de São Paulo. Não foram incluídos na amostra deste estudo os gestores que responderam incorretamente ou de forma incompleta os questionários e os que não aceitaram participar, totalizando 199 gestores participantes.

4.4 Coleta de dados

Foram encaminhados aos gestores em saúde, via e-mail, o link de uma página da web contendo a carta convite para a pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o material de coleta de dados, composto por quatro instrumentos: para investigação dos dados demográficos (Anexo 3), dos dados socioeconômicos (Anexo 4), do nível de qualidade de vida (Anexo 5) e da presença da Síndrome de *Burnout* (Anexo 6). O preenchimento dos formulários foi feito de forma online e o prazo máximo para o preenchimento dos questionários foi de 120 dias (Anexo 7). Passados 30 dias do envio do convite para participar do estudo, o pesquisador reenviava o e.mail para os gestores que ainda não haviam respondido, sendo que alguns responderam após 3 envios e outros após 15 envios, número máximo de vezes em que o pesquisador reenviou o convite.

4.5 Instrumentos

4.5.1 Dados demográficos e especificidades

O instrumento utilizado para coletar informações a respeito das características demográficas e especificidades foi composto por 10 questões(Anexo3). Tratava-se de um questionário estruturado, com perguntas sobre gênero, idade, estado civil, número de filhos, quantidade de habitantes do município em que atua, exercício de outra atividade profissional além da gestão, número de horas trabalhadas por dia, problemas de saúde, grau de satisfação no trabalho como gestor e percepção sobre o reconhecimento do seu trabalho.

4.5.2 Dados socioeconômicos

O segundo instrumento, que investigou as informações a respeito das características socioeconômicas do gestor, era composto por 05 questões e foi adaptado do questionário proposto por Meneghim, et al. (2007) (Anexo 4). Os tópicos abordados por este instrumentos foram: renda familiar mensal, número de pessoas residentes na mesma casa, grau de instrução do indivíduo, tipo de moradia e ocupação.

4.5.3 Nível de qualidade de vida

O instrumento utilizado para investigação do nível de qualidade de vida foi o WHOQol-bref (Anexo 5). Este instrumento de avaliação da qualidade de vida de

populações adultas foi validado para a língua portuguesa por Fleck et al. (2000). O WHOQol-bref é constituído de 26 questões, sendo as questões de número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral e as outras 24 questões representando as facetas que compõe o instrumento original, relacionadas a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. As respostas seguem uma escala do tipo Likert (de 1 a 5 pontos) sendo que quanto maior a pontuação final, melhor a qualidade de vida.

4.5.4 Presença da Síndrome de *burnout*

O quarto instrumento utilizado foi o Cuestionario para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) – (Anexo 6). Elaborado por Gil-Monte (2005) e validado para a população brasileira por Gil-Monte, Carlotto & Câmara (2010), adaptado para este estudo, uma vez que, originalmente, foi desenvolvido para aplicação em docentes.

O CESQT é formado por 20 itens, distribuídos em 4 dimensões: (1) Ilusão pelo trabalho, definida como a expectativa do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais, pois isto supõe uma fonte de realização pessoal e profissional (cinco itens, ex: Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal); (2) Desgaste psíquico, definido como a presença de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade de trabalho, tendo em vista a necessidade de relacionar diariamente com pessoas que possuem ou geram problemas (quatro itens, ex: Sinto-me desgastado(a) emocionalmente); (3) Indolência, definida como a presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo frente aos clientes da organização (seis itens – ex: Não gosto de atender alguns alunos – nesta adaptação, substituída a palavra “aluno” pela palavra “usuários”); (4) Culpa, definida como a ocorrência de sentimentos de culpa pelo comportamento e atitudes negativas desenvolvidas no trabalho, principalmente frente às pessoas com as quais o trabalhador deve relacionar-se profissionalmente (cinco itens, ex: Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho). Cada subescala foi calculada pela média da pontuação dos itens que a compunham. Baixas pontuações na Ilusão pelo trabalho (< 2) e altas pontuações em Desgaste psíquico, Indolência e Culpa (≥ 2) supõe altos níveis da síndrome de *burnout*.

4.5.5 Análise de dados

Os dados obtidos foram transformados em planilhas no programa Microsoft Excel, e as análises dos dados foram processadas utilizando-se o programa Statatm versão 12.0. A análise estatística descritiva foi realizada por meio do cálculo de frequências, para análise estatística analítica foram aplicados os testes de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher.

5 RESULTADOS

5.1 Qualidade de vida

A taxa de resposta foi de 30,9%, ou seja, dos 645 gestores convidados, 199 aceitaram participar (tabela 1). Na amostra final (199), houve maior representação de gestores de cidades com até 20 mil habitantes (59,8%). Porém, houve maior taxa de resposta entre os gestores das cidades com um número de habitantes de 20 a 100 mil (35,9%).

Tabela 1. Percentual de cobertura de resposta e frequência relativa e total dos questionários dos gestores em saúde do estado de São Paulo por grupo de municípios de acordo com o número de habitantes. Ano 2013 (n=199).

<i>Número de habitantes</i>	<i>Nº Municípios do Estado de São Paulo^a</i>	<i>Nº municípios que responderam</i>	<i>Frequência do total de resposta</i>
Até 20 mil	403 (62,5%)	119 (29,5%)	59,8%
De 20.001 a 100 mil	167 (25,9%)	60 (35,9%)	30,2%
100 a 200 mil	36 (5,6%)	10 (27,8%)	5,0%
Acima de 200 mil	39 (6,0%)	10 (25,6%)	5,0%
Total	645 (100,0%)	199 (30,9%)	100,0%

^aFonte: IBGE, 2010.

A Tabela 2 mostra as informações a respeito dos dados socioeconômicos e demográficos dos participantes. A maioria dos participantes foi do gênero feminino (61,3%). Mais da metade da amostra (52,3%) estava na faixa etária entre 35 e 50 anos e a média da idade foi de 43 anos, a maioria era casada (65,3%) e tinha filhos (74,9%). A renda de 60,8% dos participantes era superior R\$4.666,00 e 81,4% moravam em residência própria, com até 4 pessoas (92,5%). A maioria (86,4%) informou como grau de instrução, curso superior completo e 66,3% eram profissionais da área da saúde.

Tabela 2. Caracterização socioeconômica e demográfica da amostra de gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).

Variáveis	Amostra	
	N	%
Gênero		
Masculino	77	38,7
Feminino	122	61,3
Faixa etária		
Abaixo de 35 anos	46	23,1
De 35 anos a 50 anos	104	52,3
Acima de 50 anos	49	24,6
Estado Civil		
Casado	130	65,3
Solteiro	39	19,6
Divorciado	26	13,1
Viuvo	4	2,0
Número de filhos		
Nenhum	50	25,1
Um	48	24,1
Dois	71	35,7
Três	22	11,1
Quatro ou mais	8	4,0
Grau de instrução		
Superior Incompleto	26	13,6
Superior Completo	173	86,4
Profissão		
Profissões da área da saúde e afins	132	66,3
Outras profissões	67	33,7
Condições de saúde		
Nenhum problema	41	20,6
Com um ou mais problemas	158	79,4
Renda familiar		
De R\$1.245,00 a R\$3.110,00	33	16,6
De R\$3.111,00 a R\$4.665,00	45	22,6
De R\$4.666,00 a R\$6.220,00	37	18,6
Acima de R\$6.221,00	84	42,2
Número de pessoas na casa		
Até 2	60	30,1
3 pessoas	62	31,2
4 pessoas	62	31,2
5 pessoas	9	4,5
6 pessoas	6	3,0
Moradia		
Residência própria quitada	120	60,3
Residência própria financiada	42	21,1
Residência cedida pelos pais ou parentes	10	5,0
Residência alugada/cedida	27	13,6
Exerce outra atividade		
Sim	69	34,7
Não	130	65,3

Em relação à sua atuação profissional como gestor, a maioria (59,8%) estava em municípios com até 20.000 habitantes e exercia a função de gestor havia menos de 1 ano (53,3%), trabalhando mais de 8 horas diárias (70,3%). A maioria (97%) relatou parcialmente e totalmente satisfação em atuar como gestor em saúde e (87%) acham que seu trabalho é parcialmente e totalmente reconhecido (tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra do trabalho como gestor em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).

Variáveis	Amostra	
	N	%
Número de habitantes do município		
Até 20 mil	119	59,8
De 20.001 a 100 mil	60	30,2
De 100 a 200 mil	10	5,0
Acima de 200 mil	10	5,0
Tempo de gestor		
Menos de 1 ano	106	53,3
De 2 a 4 anos	34	17,1
De 5 a 10 anos	36	18,1
De 11 a 15 anos	14	7,0
De 16 a 20 anos	6	3,0
Mais de 20 anos	3	1,5
Horas trabalhadas		
Até 8 horas/dia	59	29,7
Mais de 8 horas/dia a 10 horas/dia	61	30,6
Mais de 10 horas/dia a 12 horas/dia	34	17,1
Mais de 12 horas/dia	45	22,6
Satisfação		
Totalmente satisfeito	43	21,6
Parcialmente satisfeito	150	75,4
Insatisfeito	6	3,0
Reconhecimento		
Totalmente	28	14,1
Parcialmente	145	72,9
Não	26	13,0

A maioria da amostra (79,4%) relatou apresentar uma ou mais alteração de saúde. Entre os 158 participantes que informaram alguma alteração de saúde, 110 (69,6%) relataram estresse/ansiedade, sendo este agravo 34,6% do total de agravos relatados. Foi encontrado, entre o total de agravos relatados, uma prevalência de 15,4% de hipertensão e 14,5% de problemas de coluna, sendo estes agravos relatados, respectivamente, por 31% e 29,1% dos gestores participantes. Nesta amostra havia 3 mulheres que estavam no período gestacional, sendo que 2 delas relataram apresentar estresse e ansiedade. Ressalta-se que não foi respondida por nenhum gestor a informação sobre o uso de álcool e drogas (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos agravos relatados por gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=318).

Agravos de saúde	<i>Frequência de agravos relatados (N=318)</i>	<i>Frequência de gestores que citaram cada um dos agravos em % *(N=158)</i>
Estresse/ansiedade	110 (34,6%)	69,6%
Depressão	14 (4,4%)	8,8%
Hipertensão	49 (15,4%)	31,0%
Cardiopatia	3 (1,0%)	1,8%
Diabetes	14 (4,4%)	8,8%
Problemas de coluna	46 (14,5%)	29,1%
Artrite ou reumatismo	10 (3,1%)	6,3%
Úlceras ou gastrite	29 (9,1%)	18,3%
Enfisema ou bronquite	7 (2,2%)	4,4%
Doença de pele	12 (3,8%)	7,5%
Catarata ou perda visual	9 (2,8%)	5,6%
Problemas de voz	8 (2,5%)	5,0%
Perda Auditiva	5 (1,6%)	3,1%
Gestantes	2 (0,6%)	1,2%
Problemas com álcool ou drogas	0 (0,0%)	0,0%
Total	*318 (100,0%)	

***Cada gestor poderia relatar mais de um agravo de saúde**

A Tabela 5 apresenta as informações a respeito das profissões dos participantes e mostra que 66,3% eram de áreas da saúde, sendo que, dentre estes, a maioria era formada por enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos. Observa-se que o Administrador foi a segunda profissão mais prevalente entre os gestores. Ressalta-se que 8,6% da amostra informaram GESTOR como profissão.

Tabela 5. Caracterização da amostra por profissões dos gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).

Categorias profissionais	N	%
Profissões da área da saúde e afins	-	-
Enfermeiro	59	29,7
Cirurgião-Dentista	18	9,0
Médico	14	7,0
Farmacêutico	11	5,6
Nutricionista	6	3,0
Assistente Social	6	3,0
Auxiliar de Enfermagem	5	2,5
Fisioterapeuta	5	2,5
Psicólogo	3	1,5
Fonoaudiólogo	2	1,0
Biomédico	1	0,5
Médico Veterinário	1	0,5
Técnico em Patologia Clínica	1	0,5
Total (A)	132	66,3
Outras profissões	-	-
Administrador	21	10,6
Gestor em Saúde	17	8,6
Professor	10	5,0
Funcionário Público	9	4,5
Advogado	3	1,5
Comerciante	1	0,5
Economista	1	0,5
Empresário	1	0,5
Engenheiro	1	0,5
Industrial	1	0,5
Técnico em Estradas	1	0,5
Vigilante	1	0,5
Total (B)	67	33,7
Total Geral (A+B)	199	100,0

Quanto ao nível de qualidade de vida, dicotomizada pela mediana e classificada em pior e melhor, foram investigadas associações com diversas variáveis independentes (tabela 6). Foi observada melhor qualidade de vida entre os gestores que tinham residência própria ($p=0,02$), aqueles que tinham como grau de instrução o superior incompleto ($p=0,021$), tinham 1 ano ou menos de tempo de gestão ($p=0,039$), que estavam satisfeitos como gestores ($p=0,00$) e percebiam reconhecimento em sua atuação ($p=0,00$).

Tabela 6. Fatores associados à qualidade de vida de gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013 (n=199).

Variáveis	Qualidade de vida				Valor <i>p</i>
	Pior ≤ 65,5 (n=100; 50,2%)		Melhor > 65,5 (n=99; 49,8%)		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Gênero					0,097
Masculino	33	42,9	44	57,1	
Feminino	67	54,9	55	45,1	
Faixa etária					0,523
≤43 anos	48	48,0	52	52,0	
> 43 anos	52	52,5	47	47,5	
Estado civil					0,129
Solteiro	63	48,5	67	51,5	
Casado	17	43,6	22	56,4	
Divorciado ou viúvo	20	66,7	10	33,3	
Número de filhos					0,223
Até 2 filhos	88	52,1	81	47,9	
3 ou mais filhos	12	40,0	18	60,0	
Número de pessoas na casa					0,622
Até 3 pessoas	63	51,6	59	48,4	
4 ou mais pessoas	37	48,0	40	52,0	
Moradia					0,020
Residência própria quitada/financiada	75	46,3	87	53,7	
Residência alugada/cedida	25	67,6	12	32,4	
Grau de instrução					0,021
Superior Incompleto	8	29,6	19	70,4	
Superior completo	92	53,5	80	46,5	
Profissão					0,398
Profissões da área da saúde e afins	63	48,1	68	51,9	
Outras profissões	37	54,4	31	45,6	
Renda familiar					0,815
≤R\$4.665,00	40	51,3	38	48,7	
>R\$4.666,00	60	49,6	61	50,4	
Condições de saúde					0,001
Nenhum problema	11	27,5	29	72,5	
Com um ou mais problemas	89	56,0	70	44,0	
Número de habitantes do município					0,728
≤ 20 mil	61	51,3	58	48,7	
>20.000	39	48,8	41	51,2	

Exerce outra atividade					0,618
Sim	33	47,8	36	52,2	
Não	67	51,5	63	48,5	
Tempo de gestor					0,039
≤1 ano	46	43,4	60	56,6	
>1 ano	54	58,1	39	41,9	
Carga horária de trabalho					0,149
Até 8 horas/dia	25	42,4	34	57,6	
Acima de 8 Horas/dia	75	53,6	65	46,4	
Satisfação como gestor					0,000*
Totalmente satisfeito	11	25,6	32	74,4	
Parcialmente satisfeito	83	55,3	67	44,7	
Insatisfeito	6	100,0	0	0,0	
Reconhecimento					0,000*
Totalmente	9	32,1	19	67,9	
Parcialmente	68	46,9	77	53,1	
Não	23	88,5	3	11,5	

Análise estatística: Qui-quadrado; exceto * onde foi realizado Teste Exato de Fisher.

Observando-se os dados sobre os domínios da qualidade de vida apresentados na tabela 7, percebe-se que o domínio físico apresentou o maior escore médio, seguido pelos domínios das relações sociais e psicológico. O domínio que apresentou o menor escore médio foi o relativo ao meio ambiente. Em relação à mediana nota-se que o domínio psicológico e o do meio ambiente apresentaram valores iguais. O domínio relativo ao meio ambiente também apresentou a menor mediana.

Tabela 7. Mediana, escore médio, desvio padrão, valores mínimos e máximos dos domínios do WHOQOL-bref e Qualidade de Vida Geral (QVG) de gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013(n=199).

Domínios e QVG	Mediana	Escore médio	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Físico	71,4	68,7	13,4	25,0	100,0
Psicológico	66,7	64,2	14,3	20,8	100,0
Relações Sociais	66,7	65,2	17,0	25,0	100,0
Meio Ambiente	62,5	60,4	12,7	15,6	96,9
QVG	65,5	64,6	11,8	33,7	92,5

5.2 Síndrome de Burnout

A tabela 8 mostra as médias alcançadas em cada subescala. A subescala Ilusão pelo trabalho apresentou média de 1,15 e a subescala Desgaste Psíquico apresentou média de 2,03, valores considerados como indicativos de presença de Síndrome de Burnout. A subescala Indolência apresentou média de 0,94 e a subescala Culpa apresentou média de 1,47, valores que não indicam presença de Síndrome de Burnout.

Tabela 8. Média, desvio padrão e variação das dimensões/subescalas do CESQT em gestores em saúde do estado de São Paulo. Ano 2013.

Dimensões/subescalas	Média (DP)	Varição
Ilusão pelo Trabalho	1,15 (0,53)	0-4
Desgaste Psíquico	2,03 (0,84)	0-4
Indolência	0,94 (0,68)	0-4
Culpa	1,47 (0,75)	0-4
CESQT (15 itens)	1,40 (0,54)	0-4

Ilusão (<2)

Desgaste (≥2)

Indolência (≥2)

Culpa (≥2)

Os resultados apontaram que 9,0% (n=18) dos gestores avaliados apresentaram Perfil 1 da Síndrome de Burnout, e 7,0% (n=14) dos gestores encontram-se no Perfil 2.

Considerando as dimensões do CESQT, merece atenção os gestores que apresentaram nível baixo de Ilusão pelo trabalho 91,4% (n=182) e níveis altos de Desgaste psíquico 57,2% (n=114), Indolência 9,5% (n=19) e Culpa 23,6% (n=47).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo acrescenta importantes informações em relação à Síndrome de Burnout em gestores em saúde. Devido ao fato de não haverem outros estudos relacionados especificamente a esses profissionais, os dados obtidos nessa pesquisa se comparam a estudos equivalentes com professores e com outros profissionais da área da saúde. Embora as circunstâncias laborais entre eles sejam diferentes, há semelhança no que se refere ao contato intenso com pessoas, o que propicia o aparecimento de burnout (Maslach e Leiter, 1997; Codo, 2002; Benevides-Pereira, 2008). Trata-se, portanto de um estudo inédito.

A taxa de resposta foi de 30,9%, ou seja, dos 645 gestores convidados, 199 aceitaram participar. Em estudos realizados com resposta online a taxa média de resposta é de 15% a 25%. Na amostra final (199), houve maior representação de gestores de cidades com até 20 mil habitantes (59,8%). Porém, houve maior taxa de resposta entre os gestores das cidades com um número de habitantes de 20 a 100 mil (35,9%).

Mais da metade da amostra exercia a gestão havia menos de 1 ano. Isto porque a coleta dos dados foi realizada após a posse dos novos prefeitos, eleitos na última eleição municipal ocorrida no país. Sabe-se que, ao assumir a prefeitura, os prefeitos, muitas vezes, empossam novos gestores, por tratar-se de cargos de confiança dos governos. Este fato pode ter influenciado os níveis de qualidade de vida geral, uma vez que entre estes gestores recém-empossados havia melhor qualidade de vida. Infere-se que o tempo dedicado à gestão poderia acarretar em pior qualidade de vida devido ao acúmulo de responsabilidades e a frequente necessidade de se deparar com situações conflitantes. O gestor em saúde, na maioria das vezes, atua na “linha de combate”, tendo de um lado o usuário e suas demandas de saúde e, do outro, seus superiores (neste caso, o prefeito), com suas limitações orçamentárias e estratégias de gestão que pode não colimar com as perspectivas do gestor.

Além das dificuldades inerentes à atuação do gestor, a rotina diária intensa pode acarretar pior qualidade de vida. Embora, neste estudo, não tenha havido associação significativa entre qualidade de vida e carga horária diária de trabalho, sabe-se que a sobrecarga de trabalho pode aumentar as chances de desenvolver o estresse laboral (Gil-

Monte e Peiró, 1997; Lautert, 1999; Lacaz 2000). Além disso, uma variável que não foi investigada neste estudo, mas que pode afetar a qualidade de vida é o fato do profissional não conseguir desligar-se mentalmente de suas tarefas laborais. Gueiros (2005) encontrou esta situação como sendo o que mais incomodava professores e concluiu que quanto maior a carga horária de trabalho, maiores serão os níveis de estresse.

A maioria dos participantes deste estudo informou, como grau de instrução, superior completo, porém houve melhor nível de qualidade de vida entre aqueles com grau inferior de escolaridade. Carlotto (2002) e Benevides-Pereira (2002) apontaram que, quanto maior o grau de escolaridade, maiores os níveis de estresse.

Dentre as profissões dos gestores, estavam aquelas que não tinham relação direta com saúde. Merhy (1999) afirma que o trabalho em saúde promove processos de subjetivação, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e dar sentido aos seus agires. Assim, o gestor pode apresentar diferentes motivações para o seu trabalho, focando áreas específicas relacionadas à sua formação e, diante da multiplicidade de interesses, desenvolver ações e intervenções com mecanismos de planejamento e gestão não correspondentes necessariamente à saúde.

O fato de o gestor participar na elaboração e administração das ações converge à concepção de Dejours (1987) e De Massi (1999, apud Lacaz, 2000), de que a participação, a criatividade e a capacidade de solucionar problemas tornam o trabalho mais prazeroso. Benevides-Pereira (2002) verificou em estudos que quanto maior o comprometimento e a autonomia no desenvolvimento das atividades, maiores são os níveis de realização profissional e satisfação. Em contrapartida, Tamayo (1997) relata que, pesquisas mostram que o Burnout ocorre também em trabalhadores altamente motivados ou satisfeitos, que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais até entrarem em colapso. Maslach et al. (2001) consideram esta dimensão (ilusão pelo trabalho), como aquela que representa a exaustão emocional, marcada pela falta de energia, de empolgação e de entusiasmo e sentimento de falência de recursos. Em relação à Síndrome de Burnout, a maioria da amostra apresentou baixo nível de Ilusão pelo trabalho, que, segundo estudos de Gil-Monte et al. (2010), é indicativo de presença da Síndrome. Para estes autores, a ilusão

pelo trabalho é definida como a esperança de uma pessoa para se alcançar determinada metas de trabalho.

Em relação ao Desgaste Psíquico, pouco mais do que a metade dos participantes deste estudo apresentou valor indicativo de presença de Síndrome de Burnout. Na avaliação do desgaste psíquico, observa-se a presença de exaustão física e emocional, em virtude da atividade laboral, gerado pela relação diária com indivíduos que geram ou fazem aumentar o problema. Maslach et al. (2001) (apud Carlotto, 2002) afirmam que a diminuição da realização pessoal no trabalho é fundamentada na intenção do trabalhador se auto-avaliar negativamente.

Entre os participantes, houve a presença de Indolência o que, segundo Gil-Monte et al. (2010), significa a presença de posturas negativas de apatia e cinismo no relacionamento entre o profissional e os demais indivíduos. Para Maslach et al. (2001) (apud Carlotto, 2002) esta subescala representa a despersonalização caracterizada como modificação no tratamento com os colegas de profissão e as demais pessoas com as quais se relaciona.

A subescala Culpa que, segundo Gil-Monte et al. (2010), aparece quando há sentimentos de culpa por condutas e atitudes negativas no ambiente de trabalho, especialmente com aqueles com quem se deve ter um relacionamento profissional também ocorreu entre os gestores deste estudo.

As prevalências nas subescalas Indolência e Culpa pode indicar uma tendência para o aparecimento de Síndrome de Burnout após um período de exposição a estressores. É possível que os profissionais encarem o cargo de gestor como atraente e desafiador e que interpretem o estresse laboral como positivo, e conseqüentemente, como relatado em Carlotto (2001), a existência de um processo de instalação de burnout em curso pode ser contida pelo sentimento de satisfação intrínseca com o trabalho desenvolvido.

O estresse atinge cada indivíduo de forma única e causa diferentes respostas. O ambiente de trabalho é propício para desenvolver um alto nível de estresse, ainda mais se não houver estratégias de enfrentamento adequadas, ocorrendo um desequilíbrio entre as demandas do trabalho e as capacidades de execução dessas demandas, podendo tornar-se um estresse laboral crônico ou a Síndrome de Burnout (Alpi e Quiceno, 2007). O trabalho

do gestor municipal em saúde exige grande responsabilidade, pois lida diretamente com questões que envolvem a capacidade de resolução, tanto para as necessidades básicas como para a crescente complexidade dos cuidados em saúde de uma população. Assim sendo, o acúmulo de funções dos gestores, a pressão para atender a demanda e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, denotam uma sobrecarga de trabalho. Como foi citado por diversos autores, as alterações de saúde e insatisfação decorrentes do estresse laboral refletem no processo e na qualidade do trabalho.

Destaca-se, como limitação deste estudo, a necessidade de realizar pesquisa qualitativa além dos estudos quantitativos, porque não se consegue explorar e avaliar alguns sentimentos dos gestores em saúde. Pode existir diferença significativa entre gestores exercendo a função há menos de um ano em relação aos demais. Assim, sugere-se replicar a coleta de dados passados alguns anos na gestão.

Desse modo, seriam pertinentes estudos mais aprofundados relacionados à Síndrome de Burnout e Qualidade de Vida entre os gestores municipais em saúde, não só no estado de São Paulo, como em outras regiões do país.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que os gestores em saúde do estado de São Paulo apresentam qualidade de vida geral regular e que uma importante parcela desta amostra apresentou indicativos de presença da Síndrome de Burnout, sendo a maioria com Perfil 1, mas alguns já apresentando Perfil 2 desta Síndrome.

REFERÊNCIAS¹

- Alpi VS, Quiceno, JM. Burnout: “Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 10(2): 117-25.
- Araújo TM, Carvalho FM, Porto LA, Reis EJFB, Silvany Neto AM. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005; 21(5): 1480-90.
- Batista JBV, Carlotto MS, Coutinho AS, Augusto LGS. Prevalência da síndrome de burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev. bras. Epidemiol.* 2010; 13(3): 502-12.
- Benevides-Pereira AMT. Organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do psicólogo. 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. [internet] 2009; [acesso 2013 jun. 22] 44p.- (Série B. – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: www.saude.gov.br/editora.
- Camargo DA, Oliveira JI. Riscos ocupacionais: repercussões psicossociais. *Apud: Guimarães, LAM., Grubits, S., Organizadores. Série saúde mental e trabalho*, São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004; (2): 157-81.
- Carlotto MS. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. *In: Benevides-Pereira AMT. Organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.187-212.
- Carlotto MS. A Síndrome de burnout e o trabalho docente. *Rev. Psicologia em Estudo*. 2002; 7(1) 21-29.
- Carlotto MS. Síndrome de burnout diferenças segundo níveis de ensino. *Psico*. 2010; 41(4): 495-502.
- Carlotto MS, e Câmara SG. Propriedades psicométricas do Malash Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud. psicol. Campinas*, 2007; 24(3): 325-32.

¹ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline

- Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006; 22(5): 1017-26.
- Cebrià-Andreu, J. El síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 2005; 19(6), 470.
- Cecílio LCO. È possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005; 21(2): 508-16.
- Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2007; [acesso 2014 jun 04] 11(22): 345-351. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012&lng=en
- Chernis C. *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger, 1980.
- Chiavenato I. *Recursos humanos: o capital humano das organizações*. São Paulo: Atlas. 2008.
- Codo W. coordenador. *Educação: carinho e trabalho – burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
- Costa LST, Gil-Monte PR, Possobon RF, Ambrosano GMB. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. *Psicol. Reflex. Crit. Porto Alegre*, 2013; 26(4): 636-42.
- Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
- Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1994.
- Donaldson SI. Health Behavior, quality of work life and organizational effectiveness in the Lumber industry. *Health educ behav*. 1999; 26(4): 579-91.
- Esteve JM. *O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores*. São Paulo: EDUSC; 1999.
- Farber BA. Dysfunctional of psychotherapeutic role, Apud: Faber B (org) *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press. 1983; 1-22.

Fernandes SRP. Transformações no mundo do trabalho e a saúde psíquica: a ótica do estresse ocupacional. *O & S*. 1999; 6(16): 67-75.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1): 19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 178-83.

Fleck MPA. Questionário de avaliação de qualidade de vida: versão abreviada em português (WHOQOL). FAMED/UFRGS. Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974; 30(1): 159-65.

Frigotto G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio, seminários - UNESCO. org.uy, 1984.

Frigotto G. Educação e formação humana: ajuste neoconservador e alternativa democrática. *In: Gentili PAA, Silva TT. organizadores. Neoliberalismo, qualidade total e educação*. Petrópolis: Editora Vozes; 1999; p.31-92.

Garcia AL, Oliveira ERA, Barros EB. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(1): 18-24.

Gil-Monte PR e Peiró JM, *Desgaste psíquico em El trabajo: El síndrome de quemarse*. Madri: Síntesis, 1997.

Gil-Monte PR. *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout")*. Uma efermedad laboral em La sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide. 2005.

Gil-Monte PR. Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: a preliminary study. *Psychol Rep*. 2008; 102 (2): 465-46.

Gil-Monte PR, Carlotto MS, Câmara SG. Validação da versão brasileira do "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" em professores. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, 2010; 44(1): 140-7.

- Gil-Monte, PR. CESQT. Cuestionario para la Evolución del Síndrome de Quemarse por El Trabajo. Manual. Madrid: TEA. 2011.
- Gueiros, MG. Estresse ocupacional de professores: seus indicadores, suas fontes e as estratégias utilizadas para combatê-lo – Um estudo de caso na Universidade Federal de Pernambuco. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2005.
- Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/ doença. Ciên Saúde Colet. Rio de Janeiro, 2000; 5(1): 151-161
- Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro. [Tese], Lume, UFRGS. 1995.
- Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. Rev Gaúcha Enferm. 1999; 20(2): 50-64
- Malvezzi S. Prefácio. In: Zanelli JC. Borges-Andrade. JE e Bastos AVB, organizadores. Psicologia, Organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2004; 13-17.
- Manassero M, Vasquez A, Ferrer V, Fornés J, Fernández M. Estrés y burnout en la enseñanza; Palma de Mallorca, España: Ediciones UIB. 2003.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J. Organiz. Behav. 1981; 2: 99-113.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California. Consulting Psychologists (1986, 2ª ed.). 1981/1986. Press.
- Maslach C, Jackson SE & Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Manual (3ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.
- Maslach C, Schaufeli, WB & Leiter, MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52 (1): 397-422.
- Marucco M.A, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo(burnout) em pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalência medida com el MBI-HSS y el CESQT. Información Psicológica. (2007/2008); 91/92, 32-42.
- Mehry EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro. 1999; 4(2): 305-14.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 7-18.

Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: 2001. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf

Ministério da Saúde. Rede Interagencial de informação para a saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. (2ª Ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da saúde. 2008.

Moreno BJ, Bustos RR, Matallana AA, Mirrales CT. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Rev Psicol del Trab. 1997; 13(3): 185-207.

Moreno-Jimenez B, Garrosa-Hernandez E, Gavez M, Gonzalez JL, Benevides-Pereira AMT. A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. Psicol Estud. 2002; 7(1): 11-19.

Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. Pers Individ Dif. 2005; 39(3): 625-35.

Reinhold HH. O burnout. *In*: Lipp M (Org.) O stress do professor. Campinas: Papirus; 2002; 63-80.

Salim, CA. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. São Paulo Perspectiva, 2003; 17, 11-24.

Sampaio JR; Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. Rev. Psicol Organ Trab., Florianópolis. 2012; 12 (1): 121-36.

Schaufelli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis – issues in occupational health. Nottingham, UK: Tom Cox and Amanda Griffiths, 1998.

Schenetzler RP. Prefácio. Apud: Geraldí CMG, Fiorentina D. Pereira EMA, organizadores. Cartografias do trabalho docente. Campinas: mercado de Letras. 2000.

Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004; 20(2): 580-88.

Tamayo MR. Relação entre síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação Mestrado em Psicologia – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

Tamayo MR, Tróccoli BT. Burnout no trabalho. *In*: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Universidade de Brasília; 2002.

Tamayo MR. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo – trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicol. Reflex. Crít.* 2009; 22 (3): 474-82.

The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *In*: Orley J, Kuyken W, (editors). Quality of life assessment: international perspectives. Heigelberg: Springer Verlag; 1994; 41-60.

Trigo TR., Teng CT, Hallak JE. (Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34(5): 223-233.

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta Convite Para Pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”. Ano 2013.

CARTA CONVITE PARA PESQUISA

Prezado (a) Gestor (a),

O gestor em saúde é confrontado, diariamente, com uma diversidade de tarefas que podem significar tanto um desafio como um desgaste emocional, levando ao estresse ocupacional e desencadeando uma série de doenças, além de contribuir para o desestímulo em relação ao trabalho.

Para entender esta questão e, então, poder propor alguma estratégia que melhore a qualidade de vida do gestor, estou desenvolvendo uma Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, sobre qualidade de vida e burnout em gestores municipais em saúde (Burnout significa estresse pelo trabalho). Este tema me interessa muito, pois sou apoiador do COSEMS e lido com gestores em saúde regularmente, percebendo suas dificuldades.

Assim, convido-o a tomar parte deste estudo, contribuindo com alguns minutos do seu tempo para responder a algumas perguntas. Suas respostas e sua identificação serão mantidas sob sigilo. Para participar deste estudo, você deverá clicar na opção concordar e seguir as instruções de preenchimento que aparecerão na tela.

Você receberá a informação sobre seus níveis de qualidade de vida e de burnout via e-mail.

Agradeço muito pela sua participação!

Nelo Augusto Poletto
Pesquisador FOP/UNICAMP
Apoiador do COSEMS

Imagem da Carta Convite Para a Pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”. Ano 2013.

Cópia de Formulário-pesquisa ☆

Arquivo Editar Visualizar Inserir Respostas (0) Ferramentas Ajuda Todas as alterações foram salvas no Drive

Tema: Cabegalho (azul) Ver respostas Não está aceitando respostas Ver formulário publicado

Página 1 de 5

Qualidade de vida e burnout em Gestores municipais em saúde

CARTA CONVITE PARA PESQUISA

Piracicaba, 25 de Setembro de 2013.

Prezado (a) Gestor (a),

O gestor em saúde é confrontado, diariamente, com uma diversidade de tarefas que podem significar tanto um desafio como um desgaste emocional, levando ao estresse ocupacional e desencadeando uma série de doenças, além de contribuir para o desestímulo em relação ao trabalho.

Para entender esta questão e, então, poder propor alguma estratégia que melhore a qualidade de vida do gestor, estou desenvolvendo uma Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, sobre qualidade de vida e burnout em gestores municipais em saúde (Burnout significa estresse pelo trabalho). Este tema me interessa muito, pois sou apoiador do COSEMS e lido com gestores em saúde regularmente, percebendo suas dificuldades.

Assim, convido-o a tomar parte deste estudo, contribuindo com alguns minutos do seu tempo para responder a algumas perguntas. Suas respostas e sua identificação serão totalmente mantidas sob sigilo. Para participar deste estudo, você deverá clicar na opção concordar e seguir as instruções de preenchimento que aparecerão na tela.

Você receberá a informação sobre seus níveis de qualidade de vida e de burnout via e-mail.

Agradeço muito pela sua participação!

Nelo Augusto Poletto
Pesquisador FOP/UNICAMP
Apoiador do COSEMS

OBS: Se tiver problemas para visualizar este formulário, você poderá preenchê-lo on-line:
<https://docs.google.com/forms/d/1B1bnYp-93ngUbCnH4pkicPKhCICoTNk-ahuj1npjbZl/viewform>

ANEXO 2 – Imagem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”. Ano 2013.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE)*

Declaro ter sido suficientemente informado (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa "Qualidade de vida e burnout em gestores municipais em saúde", de responsabilidade do mestrando Nelo Augusto Poletto. Para saber mais clique no endereço em azul a seguir: <http://termdeconsentimento.wordpress.com/2013/04/06/termo-de-consentimento/>
. Estou ciente das garantias de confidencialidade que permitem a divulgação dos resultados e dos dados, desde que não seja possível a identificação de sua origem. Minha participação possui caráter voluntário, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Sendo assim:

- concordo em participar da pesquisa e me comprometo a fornecer os dados de forma clara e sincera.
- discordo em participar da pesquisa.

Adicionar item ▼

Após a página 1 Continuar para a próxima página ↕

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE)

Declaro ter sido suficientemente informado (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “Qualidade de vida e burnout em gestores municipais em saúde”, de responsabilidade do mestrando Nelo Augusto Poletto. Para saber mais clique no endereço em azul a seguir: <http://termdeconsentimento.wordpress.com/2013/04/06/termo-de-consentimento/>

Estou ciente das garantias de confidencialidade que permitem a divulgação dos resultados e dos dados, desde que não seja possível a identificação de sua origem. Minha participação possui caráter voluntário, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Sendo assim:

() Concordo em participar da pesquisa e me comprometo a fornecer os dados de forma clara e sincera.

() Discordo em participar da pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

As informações contidas neste termo foram recomendadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) e têm a finalidade de esclarecer aos voluntários detalhes que compõem o protocolo da pesquisa intitulada “Qualidade de vida e burnout em gestores municipais em saúde”.

1. Justificativa para Pesquisa: Não há estudos que avaliem burnout e qualidade de vida em gestores municipais em saúde. Assim, este estudo pretende investigar o nível de qualidade de vida em gestores em saúde e verificar a presença da Síndrome de burnout, reconhecendo as implicações que esta síndrome pode causar nestes profissionais. Na medida em que se entende melhor o burnout como processo, identificando suas etapas e dimensões, seus estressores mais importantes, seus modelos explicativos, começa a surgir ações que permitam prevenir, diminuir ou até pará-lo. Desta forma, é possível auxiliar o gestor em saúde para que este possa prosseguir concretizando seu projeto de vida pessoal e profissional com vistas à melhoria da sua qualidade de vida e de todos os envolvidos no seu dia a dia.

2. Objetivos da Pesquisa: Este estudo tem por objetivo conhecer os níveis de qualidade de vida e a presença de burnout em gestores municipais em saúde do Estado de São Paulo.

3. Procedimentos a serem empregados: Trata-se de estudo com base em questionários, envolvendo gestores municipais em saúde de todo o Estado de São Paulo. Caso o gestor aceite participar do estudo, pede-se que assinale a opção concordando em participar e preencha as seguintes páginas do software (material de coleta de dados). A participação na pesquisa é de caráter estritamente voluntário. Caso não concorde em participar da pesquisa, não haverá necessidade de justificativa. Será solicitado um prazo de 30 dias para o acesso ao software e preenchimento do material de coleta. Após 15 dias do envio do e-mail para os

gestores, para aqueles que não acessaram o software, será feito um apelo adicional, por e-mail, incentivando-os a participar da pesquisa.

4. Confidencialidade dos dados: Uma vez preenchido o material, o software atribuirá a cada voluntário um número de identificação com o objetivo de preservar seu anonimato. Todo o material ficará definitivamente sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável que se compromete a mantê-lo sob sigilo. O pesquisador será responsável pela avaliação dos instrumentos da pesquisa e acompanhamento da mesma.

5. Desconfortos e riscos previsíveis: Os voluntários não serão submetidos à situação de risco ou constrangimento mensurável, podendo, inclusive, aceitar ou declinar do convite, sem necessidade de nenhuma justificativa. Não há nenhuma previsão de inclusão dos mesmos em grupo controle.

6. Benefícios diretos aos voluntários: O pesquisador pretende com o estudo contribuir para uma melhor compreensão das possíveis dificuldades vivenciadas pelos gestores em sua atuação, e com isso, apontar indicadores de solução ou abrandamento dos problemas encontrados que poderão beneficiá-los. Logo após preencher os formulários online, o professor receberá os resultados dos questionários, ou seja, saberá seus níveis de qualidade de vida e burnout e, o pesquisador responsável também oferece disponibilidade para qualquer outro esclarecimento, caso os mesmos assim o desejarem.

7. Indenização aos voluntários: Não se prevê nenhum gasto por parte do voluntário. Todas as despesas serão de responsabilidade exclusiva do pesquisador responsável, não havendo, portanto, nenhuma previsão de indenização.

8. Métodos alternativos para obtenção da informação: não há métodos alternativos para obtenção das informações necessárias.

9. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) pode ser impresso a partir do site da pesquisa ou pode ser solicitado na forma impressa ao pesquisador.

INFORMAÇÕES:

Para contato com os pesquisadores:

Nelo Augusto Poletto – npoletto@hotmail.com

Rosana de Fátima Possobon – possobon@fop.unicamp.br

Endereço:

Av. Limeira, 901 – Piracicaba/SP CEP: 13414-900

Telefone: (19) 2106-5363

Em caso de dúvida em relação a seus direitos como sujeito de pesquisa contate o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FOP-Unicamp):

Endereço: Av. Limeira, 901 – Caixa Postal 52 / Piracicaba/ SP

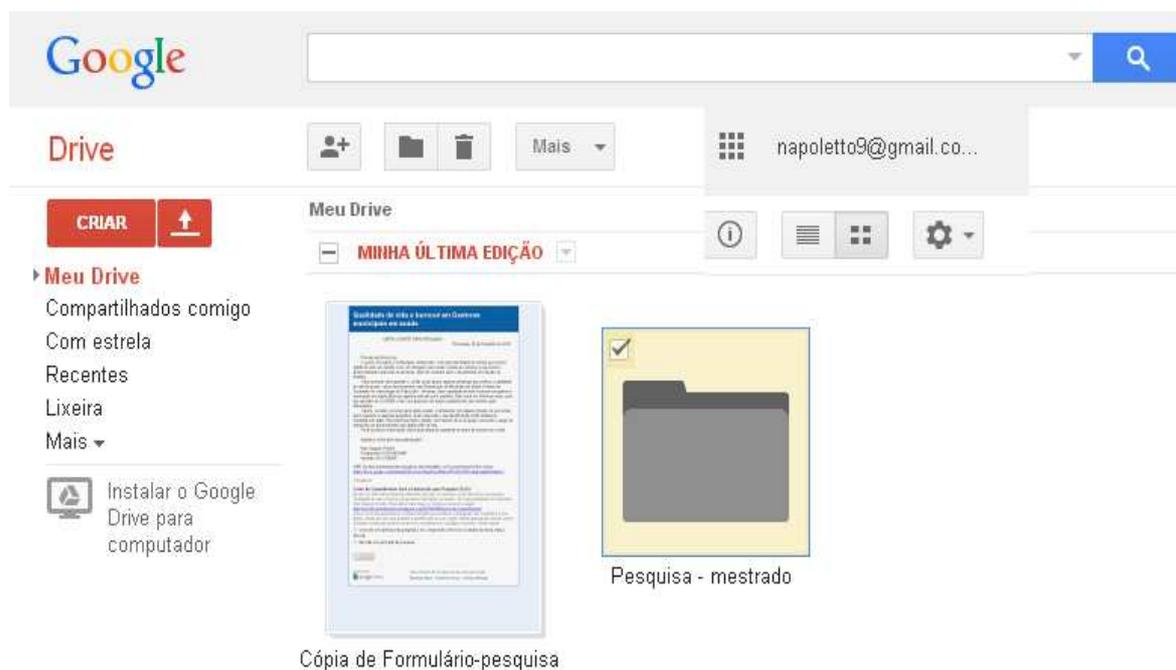
CEP: 13414-900

Tel/Fax: (0xx19) 2106-5349

E-mail: cep@fop.unicamp.br

web-address: <http://www.fop.unicamp.br/cep>

Imagem da ferramenta da página da web utilizada para a pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”. Ano 2013.



ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO E ESPECIFICIDADES

Q1. Sexo: () Masculino () Feminino

Q2. Idade: ____

Q3. Estado civil:

() Solteiro(a); () Casado(a);
() Divorciado(a); () Viúvo(a).

Q4. Número de filhos (0 se não tiver): _____

Q5. Além de gestor municipal em saúde, você exerce outra atividade remunerada?

() Sim; () Não;

Q6. Tempo de exercício como gestor municipal em saúde (anos)?

() menos de 1; () 2 a 4; () 5 a 10;
() 11 a 15; () 16 a 20; () mais de 20.

Q7. Quantas horas trabalha por dia?

() 4; () 6; () 8; () 10; () 12; () mais de 12.

Q8. Atualmente, apresenta algum problema de saúde ou condição abaixo:

() Nenhum problema; () Catarata ou perda visual; () Cardiopatia; () Hipertensão;
() Diabetes; () Doença de pele; () Perda auditiva; () Problemas de voz;
() Enfisema ou bronquite; () Artrite ou reumatismo; () Problemas de coluna;
() Úlceras ou gastrite; () Problema com álcool ou drogas; () Estresse/Ansiedade;
() Depressão; () Gravidez

Q9. Você está satisfeito com seu trabalho como gestor?

() Sim, totalmente; () Sim, parcialmente; () Não;

Q10. Você acha que seu trabalho como gestor é reconhecido?

() Sim, totalmente; () Sim, parcialmente; () Não;

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO DO GESTOR

1. RENDA FAMILIAR MENSAL

A. () até R\$ 622,00	E. () de R\$ 3111,00 a R\$ 4665,00
B. () de R\$ 623,00 a R\$ 1244,00	F. () de R\$ 4666,00 a R\$ 6220,00
C. () de R\$ 1245,00 a R\$ 1866,00	G. () Acima de R\$ 6221,00
D. () de R\$ 1867,00 a R\$ 3110,00	

2. NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES NA MESMA CASA

A () Até 2 Pessoas	D () 5 Pessoas
B () 3 Pessoas	E () 6 Pessoas
C () 4 Pessoas	F () Acima 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO:

A. () Não alfabetizado	F. () 5ª e 8ª série completa
B. () Alfabetizado	G. () 2º grau incompleto
C. () 1ª e 4ª série incompleta	H. () 2º grau completo
D. () 1ª e 4ª série completa	I. () Superior incompleto
E. () 5ª e 8ª série incompleta	J. () Superior completo

4. MORADIA

A. () Residência própria quitada	D. () Residência cedida em troca de trabalho
B. () Residência própria com financiamento a pagar	E. () Residência alugada
C. () Residência cedida pelos pais ou parentes	F. () Residência cedida por não ter onde morar

5. PROFISSÃO

Profissão: _____

ANEXO 5 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO GESTOR – WHOQol-BREF

1 = MUITO RUIM, 2 = RUIM, 3 = NEM RUIM NEM BOA, 4 = BOA, 5 = MUITO BOA

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

1 = MUITO INSATISFEITO, 2 = INSATISFEITO, 3 = NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO, 4 = SATISFEITO, 5 = MUITO SATISFEITO

2	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

1 = NADA, 2 = MUITO POUCO, 3 = MAIS OU MENOS, 4 = BASTANTE, 5 = EXTREMAMENTE

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas duas semanas**.

1 = NADA, 2 = MUITO POUCO, 3 = MÉDIO, 4 = MUITO, 5 = COMPLETAMENTE

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

1 = MUITO RUIM, 2 = RUIM, 3 = NEM RUIM NEM BOM, 4 = BOM, 5 = MUITO BOM

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

1 = MUITO INSATISFEITO, 2 = INSATISFEITO, 3 = NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO, 4 = SATISFEITO, 5 = MUITO SATISFEITO

16	Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

1 = NUNCA, 2 = ALGUMAS VEZES, 3 = FREQUENTEMENTE, 4 = MUITO FREQUENTEMENTE, 5 = SEMPRE

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

ANEXO 6 - Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo – CESQT

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda “0” (zero). Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 4) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

AFIRMAÇÕES		FREQUÊNCIA				
		0 Nunca	1 Raramente: algumas vezes por ano	2 Às vezes: algumas vezes por mês	3 Frequentemente algumas vezes por semana	4 Muito frequentemente: todos os dias
1	O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante.	0	1	2	3	4
2	Não gosto de atender alguns usuários.	0	1	2	3	4
3	Acho que muitos usuários são insuportáveis.	0	1	2	3	4
4	Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.	0	1	2	3	4
5	Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.	0	1	2	3	4
6	Acho que os familiares dos usuários são uns chatos.	0	1	2	3	4
7	Penso que trato com indiferença alguns usuários.	0	1	2	3	4
8	Penso que estou saturado (a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4
9	Sinto-me culpado (a) por alguma de minhas atitudes no trabalho.	0	1	2	3	4
10	Penso que o meu trabalho que me dá coisas positivas.	0	1	2	3	4
11	Gosto de ser irônico (a) com alguns usuários.	0	1	2	3	4
12	Sinto-me pressionado (a) pelo trabalho.	0	1	2	3	4
13	Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.	0	1	2	3	4
14	Rotulo ou classifico os usuários segundo o seu comportamento.	0	1	2	3	4
15	O meu trabalho me é gratificante.	0	1	2	3	4
16	Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.	0	1	2	3	4
17	Sinto-me cansado (a) fisicamente no trabalho.	0	1	2	3	4
18	Sinto-me desgastado (a) emocionalmente.	0	1	2	3	4
19	Sinto-me encantado (a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4
20	Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.	0	1	2	3	4

ANEXO 7 – Imagem da ferramenta utilizada na pesquisa “Qualidade de Vida e Burnout em gestores municipais em saúde”, mostrando o término da coleta das respostas. Ano 2013.

