



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE CALÇADO DO
SERTÃO PARAIBANO**

SANTOS-SP

2013

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE CALÇADO DO
SERTÃO PARAIBANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva

.

Área de Concentração: Meio Ambiente e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins

SANTOS-SP

2013

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE CALÇADO DO
SERTÃO PARAIBANO**

Aprovado em: _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lourdes Conceição Martins (Membro Nato)
Presidente da Banca

Prof.^a Dra. Maria Lúcia Bueno Garcia (Membro Externo)
Membro da Banca Examinadora

Prof. Dra. Luiz Alberto Amador Pereira (Membro Interno)
Membro da Banca Examinadora

Dedico esse trabalho a Deus, que nos dá a força necessária para continuar amenizando o sofrimento humano. E a todas as pessoas que encontram no trabalho sua fonte de prazer.

AGRADECIMENTO

Existem situações na vida em que é fundamental poder contar com o apoio e a ajuda de algumas pessoas. Para a realização deste trabalho de conclusão, pude contar com várias, e a essas pessoas prestarei, através de poucas palavras, os mais sinceros agradecimentos:

A Deus, que em seu infinito amor provou-me que este sonho era possível de se realizar. Foi Ele que providenciou tudo, mudou minha sorte, colocando na hora certa as pessoas necessárias, e fez este tempo favorável para o caminho desta, que sem dúvida, foi uma grande conquista na minha vida.

A minha mãe, meu exemplo de garra e determinação, a mulher que me ensinou a ir frente. Obrigada por ter investido em minha educação e ter acreditado que eu venceria mesmo diante das inúmeras dificuldades enfrentadas. Por se doar tanto a mim, a meus irmãos e aos meus filhos, renunciando talvez dos seus sonhos em favor dos meus, por superar junto a mim as derrotas e por vibrar com as minhas vitórias. Saiba que cada vitória conquistada na minha vida, a senhora certamente estará por trás dela. Meu amor essa conquista também é sua.

A meu esposo, o amor mais amigo, um companheiro de todas as horas, um verdadeiro incentivador. Obrigado pela paciência, pelo investimento e amparo, e principalmente por ter acreditado em mim quando muitas vezes eu mesma não acreditava. Onde quer que eu vá, é com você que eu quero está sempre ao lado.

Aos meus filhos, João Carlos e Arthur, as duas criaturas que me ensinaram a amar de uma forma indescritível. Depois que vocês nasceram tudo na minha vida passou a ter um sentido diferente, minha vaidade caiu, pois vocês passaram a ser o centro do meu mundo, a razão maior que justifica qualquer sacrifício e qualquer luta. Desculpe-me filhos pelos momentos de ausência, e podem ter certeza que foi através dos sorrisos ingênuos e meigos de vocês que eu consegui suportar a distância e as dificuldades.

Meus irmãos (João, Juliano e Ricardo) que sempre estiveram ao meu lado, em meio às alegrias e as tristezas, estiveram sempre presentes, apoiando, dividindo comigo os fardos e trazendo a felicidade nas coisas mais simples e importantes dessa vida.

Minha família que sempre torceram por mim, uns de longe outros de bem perto, todos com palavras de carinho e de motivação, cada um do seu jeito específico deram sua contribuição. Podem ter certeza esse título eu divido com todos vocês. Em especial a minha Tia Patrícia, que muito atuou como minha mãe e durante a realização dessa pesquisa não mediu esforços para ajudar-me na coleta de dados. Eu não tenho palavras que retribua todo amor que eu já recebi da senhora, só peço a Deus que Te proteja e Te faça feliz. Amo-te imensamente.

A professora Lourdes, **minha orientadora**, foi Deus que colocou você na minha vida. Eu ganhei não só uma amiga e uma orientação, eu conquistei uma perspectiva de crescimento profissional ao seu lado. E baseado na sua ética e dedicação às pesquisas, faça-te de exemplo a ser seguido. Obrigada professora por tudo!

Amigos do mestrado pela companhia durante os estudos e durante as idas e vindas a Santos e João Pessoa. Foi incrível nosso encontro, uma afinidade instantânea entre pessoas que acabaram de se conhecer. Agradeço em especial a Anchieta, Raquel e Ilana, vocês foram verdadeiros companheiros durante toda essa caminhada, sei que nós quatro iremos continuar de alguma forma juntos.

As **minhas amigas** Cassandra, Kelly, Adriana, Ligiane, Lidiane e Iva, pois foram elas que me ensinaram a ser uma amiga, foram elas que me ensinaram que irmã não precisa ter apenas com laços consanguíneos. Dividi com elas minhas melhores histórias e não poderia deixar de dividir também a conquista desse título.

Ao corpo docente da UNISANTOS pelo empenho na formação de novos mestres em Saúde Coletiva.

Aos professores Dr. Luiz e Dra. Lúcia, membros da banca, pelas sugestões valiosas dadas, contribuindo para melhoria dessa dissertação. Deixo registrado minha admiração e carinho, obrigada por tudo que me ensinaram, espero conseguir multiplicar os seus ensinamentos.

Aos participantes da pesquisa que aceitaram colaborar com esse estudo e acreditaram na sua importância. Todos, sem exceção, merecem minha admiração pela grandeza na execução de suas tarefas, que de forma árdua e incansável perpetuam, de pai para filho, a tarefa de ser “sapateiro”, como bem assim gostam de ser chamados.

Obrigada!

A Dissertação

Tenho dois filhos, aliás, muito lindos,

João Carlos e Arthur,

mas, filha eu não tenho,

aliás,

agora tenho uma.

PINHEIRO, Maria Berenice Gomes Nascimento. Avaliação da Qualidade de Vida de trabalhadores da Indústria de Calçados do sertão Paraibano. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A definição de Qualidade de Vida é complexa e subjetiva, envolvendo fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional, e o bem estar dos trabalhadores. Os trabalhadores estão continuamente em um processo de adaptação e ansiedade, que podem levar a síndrome de *burnout*. **OBJETIVOS:** Verificar a Qualidade de Vida dos trabalhadores das indústrias de calçados do sertão paraibano. Bem como caracterizar o perfil epidemiológico dos trabalhadores quanto as variáveis sócio demográficas, e identificar a presença da Síndrome de *Burnout*. **MÉTODOS:** Estudo transversal com a aplicação de três questionários, sendo o primeiro de dados sócio demográficos, o segundo de avaliação de qualidade de vida, Short Form 36 (SF36) que é um questionário validado, e por fim, para verificar a síndrome de *burnout* utilizou-se o Maslach Burnout Inventory (MBI). A pesquisa foi realizada no município de Patos-PB com 200 trabalhadores das indústrias formais e informais. Foi realizada a análise descritiva, teste de Qui-quadrado, teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas de Dunn. Também foi realizada a análise de correlação de Spearman. O Nível de significância foi de 5%. **RESULTADOS:** 82,5% dos trabalhadores da indústria calçadista são do sexo masculino, com idade média de 34 anos (desvio padrão=10,7 anos), 78,50% recebiam apenas um salário mínimo e 52% das fábricas eram do tipo formal. Com relação ao porte das fábricas, 45,50% eram de pequeno e 45% de médio porte. Os piores escores, segundo o SF36, foram em relação ao Estado geral de Saúde e Vitalidade, e nos domínios do *burnout*, 47% dos participantes encontrou-se com um índice médio da síndrome, apresentando o pior escore em relação à Despersonalização Pessoal (46,50%) e reduzida Realização Pessoal (43%). As mulheres apresentaram uma pior qualidade de vida com relação à capacidade funcional, dor, aspectos sociais e saúde mental do que os homens ($p<0,001$). Nos domínios de *burnout* as mulheres têm a pior realização pessoal ($p<0,05$). Os trabalhadores formais tem uma melhor qualidade de vida ($p<0,001$), e os trabalhadores informais apresentaram maior esgotamento emocional e despersonalização ($p<0,001$). Com relação ao porte, os resultados apontaram que os trabalhadores das empresas de pequeno porte tem maior carga horária ($p<0,05$), porém as empresas de médio porte apresentam a melhor capacidade funcional, os trabalhadores referem menos dor, tem melhor estado geral de saúde e vitalidade ($p<0,05$). Quando estratificados com os domínios do *burnout* as empresas de grande porte apresentam maior esgotamento pessoal e maior despersonalização ($p<0,05$). **CONCLUSÃO:** Devido ao fato das empresas não priorizarem à qualidade de vida do trabalhador, uma vez que, ao invés de procurarem incentivar e aumentar a capacidade dos seus funcionários, principalmente visando ascensão e realização profissional, estão fazendo com que um maior número de trabalhadores sacrifique sua vida e pretensões pelo bem estar das empresas. Medidas devem ser tomadas para melhorar a qualidade de vida desses funcionários.

Descritores: Saúde do Trabalhador. Qualidade de Vida no Trabalho. Síndrome de Burnout

Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. Assessment of quality of life of workers Footwear Industry of the interior of northeastern Paraíba. [Dissertation]. Santos: Universidade Católica de Santos, in 2013.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Quality of life definition is complex and subjective, involving physical, technological and socio-psychological factors that affect the culture and renew the organizational climate and the welfare of workers. Workers are continuously in a process of adaptation and anxiety, which can lead to burnout syndrome. **OBJECTIVES:** Assess the quality of Life of workers in the Paraíba footwear industries. Characterize the epidemiological profile of workers as socio demographic variables, and identify the presence of Burnout Syndrome. **METHODS:** Cross-sectional study with the application of three questionnaires, the first with socio demographic data, the second quality of life assessment, Short Form 36 (SF36) which is a validated questionnaire, and finally, to verify the burnout syndrome using the Maslach Burnout Inventory (MBI). The survey was conducted in the city of Patos-PB with 200 workers from the formal and informal industries. We performed the descriptive analysis, Chi-square test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test followed by multiple comparisons test of Dunn. Was also held the Spearman correlation analysis. The significance level was 5%. **RESULTS:** 82.50% of the footwear industry workers are male, with a mean age of 34 years (SD = 10.7 years), 78.5 % received only a minimum wage and 52.0 % of the factories were of the formal type. With respect to the size of the factories, 45.50% were small and 45.0% of medium-sized. The worst scores, according to the SF36, were in relation to the general state of health and vitality, and in the fields of burnout, 47.0 % of participants found himself with an average index of the syndrome, showing the worst score in relation to Depersonalization (46.5%) and reduced Personal fulfillment (43.0%). Women showed a worse quality of life with respect to functional capacity, pain, social aspects and mental health than men ($p < 0.001$). In burnout domains women have the worst personal fulfillment ($p < 0.05$). Formal workers have a better quality of life ($p < 0.001$), and informal workers showed greater emotional exhaustion and depersonalization ($p < 0.001$). With respect to industry size, the results showed that employees of small businesses has increased workload ($p < 0.05$), but midsize companies present the best functional capacity, workers refer less pain, has better general health and vitality ($p < 0.05$). When laminated with the domains of burnout big companies present greater personal breakdown and depersonalization ($p < 0.05$). **CONCLUSION:** Due to the fact that companies don't prioritise workers quality of life, rather than seek to encourage and increase the ability of its employees, mainly aiming to rise and professional fulfillment, are causing a greater number of workers to sacrifice his life and claims for businesses. Measures should be taken to improve the quality of life of those employees.

Keywords: Occupational Health. Quality of Work Life . Burnout Syndrome.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa Geográfico do Estado da Paraíba.....	41
Gráfico 1	Valores dos domínios do SF-36.....	54
Gráfico 2	Valores absolutos e percentuais dos participantes em cada nível e dimensões do MBI	56
Gráfico 3	Relação entre o risco para síndrome de <i>burnout</i> (alto, médio e baixo) e os domínios do SF-36.....	58
Gráfico 4	Análise estratificada por sexo em relação à idade, tempo de trabalho e carga horária	61
Gráfico 5	Análise estratificada por sexo em relação aos domínios do SF36	63
Gráfico 6	Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis do SF36	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva do sexo, porte, tipo de trabalho e salário dos participantes.....	52
Tabela 2. Tempo de Trabalho dos participantes na função de sapateiro.....	53
Tabela 3. Valores dos domínios do SF36 nos trabalhadores das indústrias de calçados (n=200.....	54
Tabela 4. Domínios do MBI dos trabalhadores das indústrias de calçados.....	55
Tabela 5. Valores absolutos e percentuais dos participantes em cada nível e dimensões do MBI.....	56
Tabela 6- Relação entre o risco para síndrome de <i>burnout</i> (alto, médio e baixo) e os domínios do SF-36.....	58
Tabela 7. Análise estratificada por sexo em relação à Idade, Tempo de Trabalho e Carga Horária.....	60
Tabela 8. Análise estratificada por sexo em relação ao Tipo de Trabalho, o Porte da Indústria e o Salário Mínimo.....	62
Tabela 9. Análise estratificada por sexo em relação aos domínios do SF36.....	63
Tabela 10. Análise estratificada por sexo em relação aos domínios do MBI.....	65
Tabela 11. Associação entre os Domínios do <i>burnout</i> e o sexo.....	66
Tabela 12. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação ao porte da empresa, salários e sexo.....	67
Tabela 13. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação à idade, tempo de trabalho e carga horária.....	68
Tabela 14. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação aos domínios do SF-36.....	69

Tabela 15. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação aos domínios do MBI.....	70
Tabela 16. Análise estratificada do <i>burnout</i> por tipo de trabalho (formal ou informal)...	71
Tabela 17. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis idade, tempo de trabalho e carga horária.....	72
Tabela 18. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis do SF36.....	73
Tabela 19. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis do MBI.....	75
Tabela 20. Análise estratificada do <i>burnout</i> por porte da indústria (pequeno, médio e grande).....	76
Tabela 21. Coeficiente de correlação de Spermán entre idade, tempo de trabalho, carga horária e os domínios do SF-36.....	77
Tabela 22. Coeficiente de correlação de Spermán entre os domínios do SF-36 e o <i>burnout</i>	79

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	17
1.2 O TRABALHO E O HOMEM.....	22
1.3 ESTRESSE OCUPACIONAL E A SINDROME DE BURNOUT.....	26
1.4 QUALIDADE DE VIDA	30
2 JUSTIFICATIVA.....	35
3 OBJETIVOS.....	37
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	39
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	40
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	43
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	47
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	48
5 RESULTADOS.....	50
6 DISCUSSÕES.....	81
7 CONCLUSÃO.....	97
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
APENDICES.....	111
ANEXOS.....	115

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa um lugar muito importante na vida de cada indivíduo. A atividade laboral tem um papel fundamental na inclusão social, contribuindo para a formação da identidade e construção da subjetividade humana, e também é considerado um elemento essencial para a saúde. Surgem através do trabalho as inovações tecnológicas e científicas, as organizações produtivas e os recursos que possibilitam a vida individual e coletiva. Contudo, ao trabalhar, o homem também se expõe constantemente aos riscos existentes no ambiente laboral, os quais podem intervir em sua qualidade de vida.

Foi através do acompanhamento das mudanças e exigências dos processos produtivos, bem como dos movimentos sociais, que se perceberam as relações entre saúde e trabalho, as transformações, as incorporações dos novos enfoques e instrumentos de trabalho, que através de uma perspectiva interdisciplinar proporcionou o surgimento da “Saúde do trabalhador”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, é notória a importância do trabalho como forma de promoção a saúde e ao bem-estar, pois, no decorrer da história, o que de início era para suprir as necessidades básicas de subsistência, passa a ser após a Revolução Industrial, o ponto central da vida do homem. Com base nisso, o modelo assistencial atual tem como bases as reflexões teóricas da determinação social da doença, buscando a relação do ambiente de trabalho, o desgaste e a saúde do trabalhador, e a identificação das intervenções que solucionem o prejuízo existente (SILVA, 2010).

Observa-se que o homem passa a maior parte de sua vida em seus locais de trabalho, dedicando sua força, energia e esforços, ou seja, disponibilizando maior parte do seu tempo ao trabalho do que propriamente com suas famílias e amigos.

E nos dias atuais, as instituições, sejam elas privadas ou públicas, estão sempre em busca de mais e melhores resultados, com isso, impõem aos seus empregados, ritmos excessivos de horas de trabalho e pressões para que eles se mostrem cada vez mais produtivos. Diante da necessidade de proteção ao trabalhador, nos últimos anos, estão abordando mais estudos e ações que contemplem a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Conceituar Qualidade de Vida (QV) é bastante complexo e subjetivo, em geral, saúde é aceita como parte essencial desta. Para Lacaz (2000) a QVT vem sendo entendida como a gestão dinâmica, envolvendo fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos, nos quais afetam a cultura e renovam o clima organizacional, repercutindo no bem estar do trabalhador e na produtividade da empresa, ora associando-se às características intrínsecas das tecnologias introduzidas nas empresas e ao seu impacto; ora aos elementos econômicos, como salário, incentivos, abonos, ou ainda aos fatores ligados à saúde física, mental e à segurança, em geral, ao bem estar dos trabalhadores.

Os diversos fatores motivacionais produzem efeito duradouro de satisfação e de aumento de produtividade em níveis de excelência, isto é, acima dos níveis normais. Esse termo motivação envolve sentimentos de realização, de reconhecimento profissional e crescimento ocupacional. Estudos apontam que a satisfação no trabalho melhora a qualidade de vida, gerando assim um menor índice de estresse relacionado ao trabalho, repercutindo em uma melhor qualidade do serviço prestado.

Pode-se dizer que, o sofrimento no trabalho constitui-se uma das consequências da insistência do homem em viver em um ambiente que lhe é adverso. Atualmente, com o ritmo frenético das mudanças e a ausência de perspectivas quanto à estabilidade, tem levado os indivíduos a um processo contínuo de adaptação que causa apreensão e ansiedade. Para Rosa e Carlotto (2005) os estressores ocupacionais, quando persistentes, podem levar à Síndrome de *Burnout*.

Essa síndrome, também conhecida como “a sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional” é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Ela tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com sua ocupação desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia completamente. O profissional perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (BRASIL, 2001b). Segundo Trigo, Teng e Hallak (2007) os fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout* envolve quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade.

Sendo assim, buscando a saúde ocupacional é necessária a existência de uma política de promoção e à preservação da integridade física do trabalhador, detectando os

fatores que interfiram na sua saúde. Essa detecção aborda a prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce de agravos à saúde ocasionados pelo trabalho, constatando também a existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador.

Deve-se tomar como base para a execução de práticas de segurança do trabalho a ergonomia, a higiene ocupacional e a adequação do ambiente, do mobiliário e do instrumental às necessidades humanas, com o intuito de promover e preservar a integridade física e psíquica dos profissionais, considerando o ser humano e sua saúde como referência para a saúde ocupacional.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A democratização é um processo que vem ocorrendo ao longo das duas últimas décadas no país e no mundo, e isso vem se transformando em uma série de práticas no âmbito da Saúde Coletiva, bem como em determinados setores sindicais e acadêmicos, que configuram o campo que passou a denominar-se Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A relação entre o trabalho e a saúde/doença é constatada desde a Antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial, porém naquela época, no trabalho escravo ou no regime servil, não existia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho. Ao contrário, o trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, máquinas de produção, sem perspectivas e sem esperança (NOSELA, 1989).

E o mundo do trabalho sofreu mudanças significativas. A idade Moderna é o processo específico da história por ter sido um período de transição por excelência, uma época marcada pela revolução social cuja base consiste na substituição do modo de produção feudal pelo modo de produção capitalista. O trabalho até então tinha uma conotação negativa, pois era considerada uma atividade inferior e desvalorizada, destinado aos escravos. Apenas com o surgimento da burguesia ocorre o início da valorização ao trabalho e a crítica à ociosidade, e com os avanços científicos do século XVII, da passagem do feudalismo ao capitalismo e de todas as mudanças sócio histórico daí advindas, a prática do trabalho se consolida na sociedade (ALVIM, 2006).

Em 1943 os trabalhadores vivenciaram a implantação do Código de Legislação Trabalhista (CLT), o qual demonstrou ser o ponto de partida para proteção dos trabalhadores, determinando os direitos e deveres de empregador e empregado, especialmente no que diz respeito à segurança do trabalho, jornada de trabalho, salário, previdência social e aposentadoria (PEREIRA, 2001; SANTANA, 2006).

No Brasil ocorreu um período de grande pressão popular no período da ditadura militar (1964–1984). Tal fase foi marcada por uma tendência à centralização decisória, normativa e financeira, que teve o auge em 1966–1967. A Saúde foi fortemente atingida por aquela realidade, na qual as políticas de saúde desenvolvidas no regime militar reforçaram o modelo de saúde capitalista, valorizando os hospitais em detrimento da atenção básica, incentivando uma medicina curativa e reforçando o atendimento somente a quem contribuía com a Previdência (BRASIL, 2004).

Outro fato que marcou a história, de acordo com Ribeiro (1997) foi à criação em 1968 da fundação do Instituto Nacional da Previdência Social, os acidentes em ambientes laborais passaram a indicar, indiretamente, as condições de trabalho. Assim, esses eventos passaram a emergir de maneira quantitativa e a constituir-se em um problema de saúde pública no país.

Todas as transformações econômicas e sociais ocorridas nos anos 70, associadas a toda concorrência mundial no mundo capitalista e ao emprego das novas tecnologias, configurando assim a Terceira Revolução Industrial, contribuíram para afirmar e moldar um novo processo de acumulação de tipo flexível (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Para Harvey (1992) essa acumulação foi caracterizada pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, com novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros e mercados, com, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

Um marco histórico foi a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em Brasília no período de 01 a 05 de dezembro de 1986, onde na oportunidade foram selecionados temas expressivos para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde que respondesse aos anseios da população. O conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas: (1) diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; (2) novas alternativas de Atenção à

Saúde dos Trabalhadores; e (3) Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (PNSST) (CNTSS, 2011).

Ainda segundo a CNTSS, com relação à Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores, no que concerne aos direitos básicos de saúde do trabalhador, foi visto entre outras propostas, o direito à participação dos trabalhadores nas decisões referentes à sua saúde, dentro e fora da empresa.

Mesmo após a 1ª CNST, até 1988, as ações em saúde do trabalhador eram centralizadas e baseavam-se praticamente em inspeções do trabalho realizadas pelos Agentes de Inspeção do Ministério do Trabalho. Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080, ao Sistema Único de Saúde (SUS) foi conferido à responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador (VILELA, 2001).

Até 1988, a Saúde era um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes) ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica ou, por fim, uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência e nem recursos para pagar assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária. A saúde do trabalhador veio se somar as outras respostas institucionais, diante dos diversos movimentos sociais que reivindicavam, entre outras questões, que ela fizesse parte do direito universal à saúde, incluída no escopo da Saúde Pública defendido pelo movimento social. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, expressou uma concepção ampla de saúde. Consolida-se a proposta de criação do SUS com atributo de coordenar as ações de saúde, agora alcançada à condição de direito social e de cidadania, ações estas que englobam, como tendência mundial, a saúde de quem trabalha (PARMEGIANI, 1985). Ainda no início dos anos 80, em São Paulo, setores de movimentos sindicais fizeram manifestos exigindo que as questões relacionadas ao trabalho fossem atribuições da rede pública de saúde (LACAZ, 1996).

Esse envolvimento da rede de saúde pública amplia-se com a concretização dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), criado inicialmente no estado de São Paulo. Tais pressupostos depois passaram a ser incorporados pelo SUS como: a participação dos trabalhadores em alguns casos das gestões, controle e avaliação; o acesso a informações no atendimento; as ações de vigilância nos locais de trabalho prevendo as doenças

ocupacionais; participação do trabalhador como dono do saber e como sujeito coletivo inseridos no processo produtivo (MENDES; DIAS, 1991).

O movimento pela Reforma Sanitária contribuiu para essa formulação do SUS, conforme prescreveu a VIII Conferencia Nacional de Saúde cujo relatório final apontou que o trabalho em condições dignas, o conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho, são pré-requisitos centrais para o pleno exercício do acesso à saúde. Marcante na experiência histórica brasileira dentro da luta pela redemocratização, desde a 1ª Conferencia, onde incorporou propostas ao SUS de englobar ações e órgãos de Saúde do Trabalhador na perspectiva da saúde como direito, até o ápice da Assembleia Constituinte quando elege o estado como interlocutor lutando pelas incorporações de direitos dos dominados (LACAZ, 2000).

O SUS foi efetivamente instalado no início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde - as Normas Operacionais Básicas (NOBs) - como instrumentos regulamentadores do sistema. Com a implantação do SUS ficam definidos todos os princípios que norteiam o sistema: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização, a participação comunitária, por meio do controle social e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas, trazendo um grande desafio para a saúde coletiva, que é reformular suas práticas para responder às diretrizes do SUS (BRASIL, 2001c).

Ainda segundo o mesmo autor, em 1994 ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2ª CNST) com a temática: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. A mesma enfatizou: o Desenvolvimento, Meio-Ambiente e Saúde; o Cenário de Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e, Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Dando continuidade à ampliação do PST, entre a 2ª e a 3ª CNST, observamos que no final do ano de 2002, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002. A mesma visa programar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no contexto da Saúde do Trabalhador. A maneira como esta rede compreende o processo saúde-doença tem por base o enfoque nas relações Trabalho-Saúde-Doença (DIAS; HOEFEL, 2005).

Posteriormente, conforme Brasil (2011), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foi implantado pela RENAST, através das Portarias do Ministério da Saúde 1679/GM (19/07/2002) e 2437/GM (07/12/2005), com o objetivo de promover ações para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, através de medidas de prevenção e vigilância. Existem dois tipos de CEREST: os estaduais e os regionais.

Finalmente em 2005 foi realizada a 3ª CNST, em Brasília no período de 09 a 12 de novembro, a qual teve como principais propostas: a garantia da implantação de Comissões Inter setoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde; garantia de representação dos trabalhadores e de controle social em todas as instituições públicas, na elaboração e implementação da PNSST; criação de fóruns regionais e nacionais para as discussões específicas de intersectorialidade em segurança e saúde do trabalho; efetivação do controle social no estabelecimento e rediscussão dos Limites de Tolerância em ambientes de trabalho; incentivo à participação do controle social na implantação e acompanhamento da RENAST; garantia de participação dos trabalhadores na elaboração das normas e políticas de segurança e saúde no trabalho e, na fiscalização das condições de trabalho (BRASIL, 2005a).

O SUS faz afirmações aos cidadãos sobre o direito à vida e à saúde, bem como reflexões no âmbito da promoção da saúde. Ao falar em promoção em saúde, o sistema enfatiza as estratégias de articulações na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, buscando criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, que defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2008).

No âmbito da atenção à Saúde do Trabalhador, para a regularização e amparo aos que por algum motivo sofreram algum dano à saúde, a Lei Federal 8080/90, em seu artigo 6º, parágrafo 3º, diz que:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2008, sp).

Outro enfoque importante a ser dado no âmbito do setor Saúde destacam-se a Portaria/MS nº 3.120/1998 e a Portaria/MS nº 3.908/1998, que tratam respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e prestação de serviços nesta área. Acrescentando também a Organização Pan-americana de Assistência à Saúde (OPAS) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que na Convenção nº 155/1981, ratificada pelo Brasil em 1992, estabelece que o país signatário deva instituir e implementar uma política nacional em matéria de segurança e do meio ambiente do trabalho (BRASIL, 2001a).

Ainda diante de todo contexto a Saúde do Trabalhador constitui a área da Saúde Coletiva que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001b).

Segundo a OMS esta relação incorpora todos os elementos e também os fatores que afetam a saúde de um indivíduo, incluindo exposição a produtos químicos, biológicos e psicológicos, desde que interfiram nos aspectos negativos, pondo em risco ou até mesmo sendo um fator determinante de doença.

1.2 O TRABALHO E O HOMEM

O trabalho constituiu, ao longo da história, um importante determinante da forma de organização das sociedades (DE MASI, 2000). Além de ser o meio de garantir a vida material da sociedade também é o meio pelo qual o homem constrói o seu ambiente familiar e social (KOLTIARENKO, 2005).

Conforme Astrada (1968) a origem do *trabajar* castelhano, ou do *travailler* francês e do *travagliare* italiano é o vocábulo latino *tripaliare*, do substantivo *tripalium*, significa um aparelho de tortura, formado por três paus onde, em geral, eram atados os condenados. Trabalhar, pois, significava estar submetido à tortura.

Portanto, o trabalho, desde a sua origem etimológica se referia ao sofrimento do indivíduo, essa acepção negativa é citada por Santos (2000, p.43) “...o trabalho teve como significado primeiro o de *castigo, tortura, tormento, sofrimento*”. Para o autor “...a noção negativa de trabalho já havia sido referida no livro Gênesis, II, 19, na Bíblia, onde está escrito: ‘comerás o teu pão com o suor do teu rosto, até que voltes à terra de que foste tirado; porque és pó, e em pó te hás de tornar’. Entretanto, Astrada (1968, p.32) aponta o momento da valorização positiva, onde a mesma emerge primordialmente na Europa, já na modernidade. “É sabido que a valorização positiva do trabalho começa na idade moderna, e é Hegel que, na instância filosófica, dá-lhe carta de cidadania.”

Atualmente o trabalho torna-se fundamental para o homem, pois contribui de forma significativa para a formação de sua identidade e subjetividade, além de caracterizar-se como essencial para a saúde. Através das atividades laborais surgem as grandes inovações científicas que são tão relevantes à vida humana. Porém, ao trabalhar, o ser humano também se expõe rotineiramente aos riscos inerentes ao ambiente laboral, os quais podem comprometer a sua qualidade de vida (COUTINHO, 2008).

Corroborando com isso Medeiros (2008) acrescenta que o trabalho é a linha mestra da atividade humana, sendo um dos fatores primordiais para o desenvolvimento e avanço das sociedades. Nasce dele, as inovações tecnológicas e científicas, as organizações produtivas e os recursos que possibilitam a vida individual e coletiva.

Também é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas, como auto realização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Por outro lado, também pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos (MURTA; TRÓCCOLI, 2004). Dejours (1998) afirma que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho.

Essa relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma determinada população define um campo conhecido como “Saúde Ambiental” ou “Saúde e Ambiente”. Para a OMS essa relação incorpora todos os elementos e fatores que podem afetar a saúde, que vai desde a exposição a produtos químicos, físicos ou agentes biológicos, até aos que afetam no desenvolvimento social e psíquico do indivíduo (MENDES; DIAS, 1991).

Observa-se que, cada vez mais, têm surgido estudos abordando as relações trabalho-saúde. É uma área passível de abrigar diferentes estudos e práticas de indiscutível valor, mesmo na ausência de uma adequada precisão conceitual sobre o caráter da associação entre o trabalho e o processo saúde-doença. Essas contribuições esclarecem determinadas questões de interesse, como alguns riscos ocupacionais em locais de trabalho ou em setores de uma categoria profissional, tudo dentro de uma ampla produção que evitamos particularizar, mas se estende pelos Departamentos de Medicina Preventiva/Social, por Instituições de Saúde Pública/Saúde Coletiva e outras Faculdades de diversas áreas de conhecimento.

Nesse contexto, surge toda abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de áreas distintas como médicos, engenheiros, psicólogos, enfermeiros, buscando respostas às questões dos ambientes insalubres e a concepção de saúde ocupacional, enfatizando a higiene e a segurança no trabalho. Esta nova abordagem da saúde laboral muda o enfoque do indivíduo para o ambiente. Busca-se a ampliação do caráter técnico do conhecimento, controlando os riscos ambientais e promovendo uma doutrina de asseio para os trabalhadores (SILVA, 2000).

No ramo da Psicopatologia do Trabalho, destacam-se os estudos de Dejours, onde enfatiza que o corpo é a primeira vítima do sistema rígido de produção, e em segundo lugar o aparelho psíquico. Dejours (1998) aponta o sofrimento como uma vivência subjetiva mediadora entre doença mental e o conforto psíquico. Assim, o sofrimento deixa de ser representado como algo negativo e passa a significar também criatividade, uma maneira que o trabalhador encontra de criar formas defensivas para lidar com as opressões da organização do trabalho.

Para prevenir e promover a Saúde Ocupacional, Leitão, Fernandes e Ramos (2008) afirmam que a mesma refere-se à promoção e à preservação da integridade física do trabalhador, detectando os fatores que interfiram na sua saúde. Essa detecção aborda a prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce de agravos à saúde ocasionados pelo trabalho, constatando também a existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador.

Os autores destacam que se deve tomar como base para a execução de práticas de segurança do trabalho a ergonomia, a higiene ocupacional e a adequação do ambiente, do mobiliário e do instrumental às necessidades humanas, com o intuito de promover e

preservar a integridade física e psíquica dos profissionais, considerando o ser humano e sua saúde como referência para a saúde ocupacional.

Corroborando com isso, Frias Júnior (1999) enfatiza que a partir da saúde ocupacional começava a dar uma resposta racional para os problemas de saúde ocasionados pelos processos e ambientes de trabalho, por meio da Toxicologia e dos parâmetros instituídos como limites de tolerância, tentava-se quantificar a resposta ou resistência do profissional aos fatores de riscos ocupacionais.

Segundo Brasil (2001a) os riscos presentes nos locais de trabalho são classificados em: **agentes físicos:** ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação; **agentes químicos:** substâncias químicas tóxicas nas formas de gases, névoas, fumo, neblina e poeira; **agentes biológicos:** bactérias, fungos, parasitas, vírus; **organização do trabalho:** divisão do trabalho, pressão da chefia por produtividade ou disciplina, ritmo acelerado, repetitividade de movimento, jornadas de trabalho extensas, trabalho noturno ou em turnos, organização do espaço físico, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, entre outros.

Normalmente as organizações consideram somente aspectos preventivos em saúde e segurança, como a exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, e não levam em conta os riscos psicossociais. Este fator de risco é negligenciado e geralmente incompreendido por pertencer ao contexto dos países em desenvolvimento. Nos serviços de saúde a ausência de infraestrutura, de recursos, de disponibilização de informações, a precariedade na cobertura da saúde ocupacional, são fatores que acometem e levam muitos trabalhadores ao chamado estresse ocupacionais (RINALDI, 2007).

A Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes, em 2000, aponta como a segunda causa de afastamento do trabalho, no Brasil, uma doença ocupacional: as afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, que têm acometido principalmente bancários, metalúrgicos, digitadores, operadores de telemarketing, secretárias e jornalistas. As doenças ocupacionais têm tido alta incidência e levado à diminuição de produtividade, ao aumento de indenizações e demandas judiciais contra empregadores, além de prejuízos para a qualidade de vida do trabalhador (DALL'INHA, 2006).

1.3 ESTRESSE OCUPACIONAL E A SINDROME DE BURNOUT

O estresse é definido por Rossi, Perrewe e Sauter (2007) como a reação do indivíduo a uma adaptação, podendo causar um conjunto de sinais e sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. Os autores ressaltam que o estresse não é um mal a ser combatido, quando o mesmo ocorre no nível moderado é necessário para mobilizar e dar garra às pessoas, possibilitando que elas alcancem seus objetivos. Porém, em excesso diminui as defesas do organismo e afeta a saúde. Seus estados crônicos chegam a afetar diretamente a execução de tarefas e desenvolvimento do trabalho.

Quando o agente etiológico do estresse é a atividade desempenhada pela pessoa, seu trabalho, a designação mais apropriada é estresse ocupacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Este tem sido observado em todas as partes do mundo constituindo-se um importante fator causal de morbidade, e por isso há interesse sobre as formas de prevenção e cura.

Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008) afirmam que vários pesquisadores consideram o estresse ocupacional um assunto complexo e antigo, embora seja um novo campo de estudo. Sua relevância, contudo, passou a existir em consequência do surgimento de doenças que estão ligadas ao estresse no trabalho, como a hipertensão e a úlcera. Os autores conceituam o estresse ocupacional como uma consequência das relações complexas processadas entre condições internas e externas de trabalho e características individuais do trabalhador, em que as demandas do trabalho excedem as habilidades do profissional para enfrentá-las. Este estresse resulta em consequências na saúde mental e na satisfação no trabalho, envolvendo o funcionário e as organizações.

Algumas pessoas parecem ter uma tendência crônica para se estressarem, constituindo um quadro que inclui distorções cognitivas, um modo inadequado de pensar e avaliar os eventos da vida, expectativas ilógicas e exageradas, vulnerabilidades pessoais e comportamentos observáveis aliciadores de estresse. Inclui também uma hiper-reatividade fisiológica perante as demandas psicossociais, a qual pode ser gerada por uma hipersensibilidade do sistema límbico, conduzindo à produção excessiva de catecolaminas, testosterona e cortisol. (RIBEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2008).

Segundo Bruzatti e Lima (2008, p.18),

É sabido que o mundo atual apresenta uma infinidade de agentes estressores que influenciam no cotidiano das pessoas, tanto no sentido positivo como no sentido negativo. Apesar de vasta tecnologia à disposição do ser humano nunca ele esteve tão exposto aos agentes estressores como nos dias de hoje. Isso, também, é notado no ambiente organizacional, com a otimização do trabalho e o enxugamento do quadro de pessoal, obrigando as pessoas a desempenhar várias funções, o funcionário vivencia com mais intensidade o stress diário, visto que o trabalho em equipe absorve mais energia de seus colaboradores.

Estes autores afirmam ainda que o estresse no trabalho vem determinando os rumos da administração empresarial dos tempos modernos, onde a cada dia são exigidas ainda mais habilidades da parte do trabalhador. Diante de tantas obrigações cotidianas, fica difícil encontrar tempo para cuidar da saúde. Isto resulta em estresse, que em decorrência desse tipo de trabalho interfere na maneira como o profissional se comporta socialmente, podendo torná-lo agressivo.

Para que se atinja produtividade e qualidade no trabalho, é preciso ter indivíduos saudáveis e atribuídos de qualidade. Em contrapartida, a organização atua de forma onde muitas vezes o indivíduo é pressionado, levando-o a estados de doenças e insatisfação, causando desmotivação no trabalho. Dentre estes, encontra-se a fadiga, distúrbios do sono, estresse e a síndrome de *burnout* (SILVA, 2000).

O termo é de origem inglesa e significa: **Burn** “queimar-se” e **Out** “exterior”. Traduzido literalmente quer dizer “queimar-se por fora”. Essa era uma gíria que os profissionais de saúde utilizavam para designar o estado debilitado e comprometido dos usuários de drogas (FERENHOF; FERENHOF, 2002).

O primeiro estudo que utilizou esse termo com o sentido que se usa até hoje, surgiu na década de 70 com Herbert Freudenberger, cujo trabalho intitulava-se: “*Staff Burn-out*”. Este trabalho foi inspirado em suas observações em relação a acadêmicos de medicina e a médicos residentes que ele supervisionava. Freudenberger batizou o fenômeno de esgotamento físico com exaustão emocional de *staff burnout*. Em 1976, Christina Maslach, psicóloga social, deu início a sua investigação sobre a síndrome em pessoas que trabalhavam na área de serviços humanos, como bombeiros, enfermeiros, advogados, juízes, cirurgiões, entre outras. Desde então, Maslach tornou-se um dos principais pesquisadores sobre o referido tema (CHIMINAZZO, 2005).

Maslach (2007), afirma que esse agravo é uma síndrome psicológica que envolve uma reação prolongada aos estressores interpessoais crônicos. Este estresse crônico pode ser vivenciado por profissionais que trabalham constantemente em prol de outras pessoas, nas diversas situações de atendimento.

Corroborando com isso, Ribeiro, Barbosa e Oliveira (2008) destacam que a síndrome de *burnout* foi reconhecida como risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com a saúde, educação e serviços humanos. Este reconhecimento ocorreu através do decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999 que aprovou o Regulamento da Previdência Social, e em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais ou do Trabalho. No item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho é citada a “Sensação de Estar Acabado” (Síndrome de *Burnout*, Síndrome do Esgotamento Profissional) como sinônimo do *burnout* que, na CID-10, recebe o código Z 73.0. Nesta tabela são apontados como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional para desenvolver a síndrome - o ritmo de trabalho penoso e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

Maslach (2007) diferencia o estresse do *burnout* quando afirma que ao contrário das reações agudas ao estresse, que se desenvolvem em resposta a incidentes críticos específicos, o *burnout* é uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos, onde a ênfase tem sido colocada mais no processo do desgaste psicológico e nas consequências psicológicas e sociais desta exposição crônica, e não apenas nas consequências físicas.

Ainda em relação à diferença entre o *burnout* e o estresse, Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) ressaltam que os mesmos não são sinônimos. Para os autores, a síndrome envolve atitudes negativas com relação aos usuários, organização e trabalho. Tratando-se assim, de um processo gradual, envolvendo atitudes e sentimentos que trazem problemas de ordem prática e emocional ao profissional e à organização. Em relação ao estresse, os autores afirmam que não estão envolvidas tais atitudes e condutas, tratando-se de um esgotamento pessoal com interferência na vida do profissional e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Podemos então entender que o estresse é considerado como uma reação do organismo na luta para recuperar o equilíbrio físico ou mental, frente a alguma ameaça, enquanto na síndrome ocorre à desistência dessa luta, é a fase em que o indivíduo sente que não consegue mais enfrentar os agentes estressores.

Codo e Vasques-Menezes (2002 apud SANTOS, 2004) consideram o *burnout* uma síndrome por possuir três elementos básicos independentes, mas que também podem aparecer associados: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

A exaustão emocional é a dimensão referente às sensações de estar além dos limites e esgotado de recursos físicos e emocionais. Os profissionais sentem-se exauridos, debilitados e sem qualquer fonte de reposição. Não possuem energia suficiente para mais um dia de trabalho e declaram estarem sobrecarregados, trabalhando demais. Esta exaustão tem como fontes principais a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho (MASLACH, 2007). O profissional torna-se intolerante, nervoso, impaciente e amargo dentro do ambiente de trabalho e pode se estender até fora dele, com os amigos e familiares.

Santos (2004) explica que a dimensão da despersonalização refere-se ao desenvolvimento do distanciamento emocional, é uma reação negativa, insensível, que causa uma indiferença diante das necessidades dos outros. O contato com as pessoas torna-se frequentemente desumanizado, e como resultado, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que necessitam de sua ajuda e as trata como se fossem simples objetos. As questões relacionadas ao trabalho são vistas como mais um problema a ser resolvido, e isto o incomoda e perturba. O contato com as pessoas passa a ser apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância e irritabilidade.

Maslach (2007) observa que a despersonalização geralmente se desenvolve em resposta à exaustão emocional e à medida que vai se desenvolvendo, as pessoas deixam de fazer o melhor e passam a fazer o mínimo necessário. A dimensão de baixa realização pessoal no trabalho ou ineficácia representa o componente de auto avaliação no *burnout*. São sensações de incompetência, decepção, frustração e uma falta de realização no trabalho. Todas as sensações são exacerbadas pela falta de recursos no trabalho e pela falta de oportunidades de desenvolvimento profissional. As pessoas que vivenciam essa dimensão sentem que fizeram a escolha da profissão errada e não gostam da pessoa que acham que se tornaram. Como consequências, passam a ter uma consideração negativa de si e dos outros.

De acordo com a autora, por ser uma reação prolongada a estressores interpessoais crônicos no ambiente de trabalho, o *burnout* tende a ser razoavelmente estável ao longo do

tempo. As três dimensões da síndrome (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho), devem ser analisadas como forma de identificar quais as dimensões que estão afetando o profissional.

Os sintomas da síndrome são divididos em quatro categorias: sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. **Sintomas Físicos:** fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres. **Sintomas Psíquicos:** falta de atenção e de concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação e de solidão, impaciência, sentimento de impotência, baixa autoestima, desconfiança, paranoia e desânimo. **Sintomas Comportamentais:** negligência ou escrúpulo excessivo, irritabilidade, agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de bebidas alcoólicas ou mesmo de “cafezinho”, tranquilizantes, substâncias lícitas ou até mesmo ilícitas. **Sintomas Defensivos:** tendência ao isolamento, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, absenteísmo (as faltas passam a ser uma trégua ou uma possibilidade de alívio), ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo tanto com colegas quanto com as pessoas a quem presta serviços (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Maslach (2007) destaca que todas as pesquisas sobre *burnout* aponta a síndrome como um fator de risco para problemas de saúde mental, podendo ter um impacto significativo no trabalho e na vida familiar do profissional afetado.

1.4 QUALIDADE DE VIDA

A busca pelo significado de qualidade de vida, de acordo com Belasco e Sesso (2006), parece ser tão antiga como a civilização. Refere-se, segundo os autores, aos sentimentos relacionados com a felicidade, realização de sonhos e a plenitude.

A lógica sobre Qualidade de Vida (QV) tem sido amplamente discutida nas últimas

décadas e, em geral, é utilizado “em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde” (SEIDL; ZANNON, 2004).

O termo é um conceito diretamente ligado ao desenvolvimento humano, pois abrange vários aspectos do cotidiano do indivíduo ou grupo social. Segundo a OMS saúde é o completo bem estar físico, social e emocional, não apenas a ausência de doença, isto significa que para ter qualidade de vida, ou equilíbrio, é necessário que o indivíduo ou o grupo social esteja com um bom relacionamento com as pessoas que os cercam, tendo um controle sobre suas reações e ações perante os diversos acontecimentos do dia-a-dia (SMELTZER; BARE 2002).

Essa expressão foi utilizada a primeira vez em 1964 pelo, então presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, mas através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. O interesse pelo assunto foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos, considerando que o crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como consequência, a progressiva desumanização do cuidado. A preocupação com o conceito da QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas com o intuito de valorizar parâmetros mais abrangentes que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (REMOR, 1999).

De acordo com Minayo et al. (2000, p10), 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 á própria estética existencial. Pressupões a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimento, experiências e valores de indivíduos e coletividade que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Gonçalves e Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira como as

peças vivem se relaciona e compreende seu cotidiano, e isso envolve a saúde, a educação, transporte, moradia, trabalho e a participação nas tomadas de decisões as quais lhe dizem respeito.

Dessa forma, representa a percepção individual sobre a posição na vida em que os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuído de modo decisivo (RIBEIRO, 1997).

Existem teorias sobre a QV, porém as mais utilizadas é a teoria da “hierarquia das necessidades” formulada por Abraham Maslow. As necessidades básicas, identificadas por Maslow, como fatores causadores de motivação são bastante aceitas. Segundo Maslow, as necessidades humanas básicas, em ordem hierárquica, são as seguintes: Necessidades fisiológicas: necessidades básicas para a sustentação da própria vida, tais como comida, abrigo, sono, sexo. Se estas necessidades não estiverem satisfeitas, outras necessidades não poderiam motivar as pessoas; Necessidades de segurança: como estar livre do perigo físico e do medo da perda do emprego, do abrigo, da sustentabilidade, entre outros.

Os autores também acrescentam as necessidades de afiliação ou aceitação: por serem seres sociais, as pessoas têm necessidade de se sentirem aceitas, pertencentes a um grupo; Necessidades de estima: uma vez satisfeita à necessidade de afiliação, as pessoas passam a sentir necessidade de serem estimadas, respeitadas pelos outros. Passam a sentir necessidade de poder, prestígio, status, etc. Necessidades de auto realização: esta é a mais alta necessidade em sua hierarquia. É o desejo de tornar-se aquilo que a pessoa é capaz de ser maximizar seu potencial, realizar tudo que seja possível (SMELTZER; BARE, 2002).

Pode-se dizer que a busca por uma vida com qualidade é um processo contínuo, tanto ao nível individual como no coletivo, no que diz respeito à necessidade de adotar um estilo mais ativo e implicitamente menos sedentário, esta decisão representa uma opção pessoal, mas com reflexos para o coletivo. Neste sentido falar em qualidade de vida significa adotar medidas educacionais, sistemáticas e incentivadoras (DELIBERATO, 2002).

Moreno et al. (2006) acrescentam que se deve levar também em conta, além da percepção do indivíduo, as suas relações com o meio ambiente, podendo ser entendida como a percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sendo um conceito abrangente afetado de forma complexa pela

saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo.

Atualmente muitos são os estudos envolvendo a QVT, onde tem sido entendida como a gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sócios psicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional, refletindo-se no bem estar do trabalhador e na produtividade da empresa, ora associando-se às características intrínsecas das tecnologias introduzidas nas empresas e ao seu impacto; ora aos elementos econômicos, como salário, incentivos, abonos ou ainda aos fatores ligados à saúde física, mental e à segurança e, em geral, ao bem estar dos trabalhadores (LACAZ, 2000).

Segundo Chiavenato (2002) expõe que a QVT como sendo o grau em que os membros da organização são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais através de sua atividade na mesma. Envolve uma constelação de fatores como: satisfação com o trabalho executado, possibilidades de futuro na organização, reconhecimento pelos resultados alcançados, salário recebido, benefícios aferidos, relacionamento dentro dos grupos e da própria organização, ambientes psicológicos e físicos do trabalho, liberdade de decidir possibilidades de participar bem como aspectos extrínsecos da organização.

O Ministério da Saúde em seu Projeto de Promoção da Saúde refere que cabe às políticas públicas o papel de “assegurar os meios necessários, e as mudanças sociais necessárias à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças em estilos de vida, processos de trabalho e formas de lazer” (BRASIL, 2000, p. 1).

Vários estudos no Brasil e no mundo discutem o conceito de qualidade de vida. Dessa forma existem vários instrumentos que analisam, dentre eles está o The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey (Sf-36) que foi desenvolvido pelos estudiosos Ware e Sherbourne em 1992, tendo sido traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1999, seguindo todos os passos exigidos pelo comitê de especialistas (CICONELLI, et al, 1999).

O SF-36 foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso (WARE, 1992). É composto de 36 itens de auto resposta (destinam-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um), subdivididos em oito dimensões, cada um com a sua própria característica (ABRUNHEIRO, 2005).

O atual SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (dois itens), aspectos emocionais (três itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e à de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da doença do paciente. Esse instrumento avalia tanto aspectos negativos (doença) como os aspectos positivos (bem-estar).

A escala relacionada com os aspectos sociais propõe analisar a integração do indivíduo em atividades sociais, avaliando se sua participação nas mesmas foi afetada devido a seus problemas de saúde. Os dois itens de avaliação do componente de aspectos sociais do SF- 36 definem diferentes níveis de atividade social e, por isso, alcançam um maior nível de precisão (MCHORNEY, 1994).

O SF- 36 possui um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Esse item, embora não seja usado para pontuar nenhuma das oito dimensões citadas, 36 anteriormente, tem grande importância para o conhecimento e avaliação da evolução da doença. Considerando todas as características desse instrumento e ao crescente interesse de sua aplicação em ensaios clínicos, e também, por ser considerada referência para outros estudos, optou-se por utilizar o instrumento SF-36 no presente estudo.

1.5 JUSTIFICATIVA

De acordo com pesquisa elaborada por Corrêa (2001), oriunda de fontes do Banco Nacional de Desenvolvimento - BNDES, o setor calçadista nacional fatura US\$ 8 bilhões/ano e é composto de seis mil empresas, que geram 210 mil empregos, dado este confrontado com o quadro de distribuição setorial da indústria nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que, na pesquisa industrial anual de 1998, contabilizou 245.648 pessoas empregadas nas indústrias de artefatos de couro e de calçados. Apesar de depender da tecnologia e de pesquisa e desenvolvimento, é uma indústria que utiliza mão-de-obra intensiva.

O Brasil é o terceiro maior produtor mundial de calçados, principalmente de artigos de couro, dividindo este espaço com a Indonésia, sendo que a China e a Índia ocupam, respectivamente, o primeiro e o segundo lugares. A China produz calçados esportivos feitos de matérias-primas mais baratas, como tecidos, lona, borracha e outros sintéticos.

O Estado da Paraíba tem uma relação histórica com o setor de Couros. Foram através dessas atividades que foram criadas as primeiras vilas e cidades. Iniciando-se em oficinas e fundos de quintais, chegando até os grandes complexos industriais, formou-se o pólo couro-calçadista, que permitiu o Estado concorrer com os mais diversos mercados nacionais na produção de artigos de couro.

O município de Patos, no estado da Paraíba, caracterizou-se como um grande centro de distribuição e de comércio pela sua estratégica localização geográfica, devido a sua fácil acessibilidade aos Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará.

O município está localizado a 300 km da Capital do Estado, João Pessoa, sendo considerada cidade polo, o que lhe confere o título de capital do sertão. Dados do IBGE (2010) apontam uma área de unidade territorial de 473Km² com uma população de 100.674 habitantes, predominantemente urbana (96%). Onde a economia do município está fundamentada principalmente nas atividades de comércio e serviços e na indústria de transformação. Juntamente com Campina Grande, também no estado da Paraíba, Patos é um dos maiores polos calçadista do Estado, e por fazer parte de uma vocação histórica e íntima do paraibano com o trato do couro, fez dessa cidade uma das verdadeiras representantes do vínculo cultural associado a este segmento econômico.

Existem muitos estudos sobre qualidade de vida e síndrome de *burnout*, porém nenhum envolvendo trabalhador da produção, a maioria voltada para profissões de ajuda a exemplo de professores, policiais, bombeiros, enfermeiros, entre outros. O que despertou a curiosidade da pesquisadora.

O sapateiro, assim chamado o trabalhador da confecção do calçado, atua nesse mercado econômico, atendendo a demanda de um público exigente, produzindo calçados dos mais diversos tipos para satisfazer a sua clientela. Para tanto, há necessidade de proporcionar condições de trabalho adequadas aos funcionários e diminuição dos riscos ocupacionais

Neste sentido, é importante observar o homem/trabalhador como uma peça fundamental em qualquer empresa e que somente os trabalhadores com qualidade em suas vidas estarão estimulados e comprometidos com seu trabalho. Dessa forma, cada vez mais, os empregadores deveriam passar a se preocupar com esse aspecto e a enxergá-los como seres humanos completos, com necessidades não apenas econômicas; mas, também, físicas, psicológicas, sociais e intelectuais. É certo que, se não estiverem satisfeitos com sua vida pessoal e profissional, não estarão mobilizados para contribuir com a qualidade dos produtos e serviços da organização.

A temática é de grande relevância social e científica, com o propósito de mostrar a importância entre trabalho/ocupação como causa de doença. Esta pesquisa almeja trazer contribuições às empresas calçadistas através da investigação da qualidade de vida dos sapateiros e somar novos conhecimentos aos que já existem, na perspectiva de contribuir para os profissionais da saúde na forma de prevenir, promover, curar e reabilitar as doenças ocupacionais, como por exemplo, a Síndrome de *Burnout*. Também trará benefícios aos empregadores e aos próprios empregados, buscando chamar atenção dos mesmos para uma vida mais saudável e satisfatória dentro do ambiente laboral, com melhorias no clima organizacional, nos relacionamentos, na produtividade e nos resultados.

2 OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Verificar a Qualidade de Vida dos trabalhadores das indústrias de calçados do sertão paraibano.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil epidemiológico dos trabalhadores quanto as variáveis sócio demográficas (sexo, idade, tempo de serviço, renda, etc.).
- ✓ Avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores das indústrias calçadista estratificada por sexo, tipo de trabalho, e porte da indústria.
- ✓ Identificar a presença da Síndrome de *Burnout* entre os sapateiros, estratificada por sexo, tipo de trabalho, e porte da indústria.
- ✓ Avaliar o risco dessa síndrome entre os sapateiros;
- ✓ Avaliar a correlação entre tempo de trabalho, qualidade de vida e estresse profissional.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1- TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de delineamento transversal. Segundo Basto e Duquia (2007) pode-se afirmar que os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Esses estudos são adequados para avaliar as frequências do fator de risco e do desfecho em estudo, bem como fazer uma associação entre eles.

Corroborando com isso, Bonita et al. (2010, p. 44) afirma que:

Os dados obtidos através dos estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades em saúde da população. Dados provenientes de pesquisas transversais repetidas, com amostragem aleatória e definições padronizadas, fornecem indicadores úteis de tendências. Cada pesquisa deve ter um propósito muito claro. Para ser válida, a pesquisa precisa ter um questionário bem elaborado, uma amostra de tamanho apropriado e uma boa taxa de resposta.

3.2- LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas fábricas de calçados do município de Patos, localizado no estado da Paraíba. Distante 307 km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. De acordo com o IBGE, no ano de 2009 sua população era estimada em 100.732 habitantes. Patos é a 3ª cidade polo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica.

Existem hoje na cidade pouco mais de 180 grandes e micros fabricantes de calçados. Segundo informação da Associação dos Sapateiros de Patos (ASSPA) são aproximadamente 3.221 trabalhadores nessa área. A carga horária trabalhada chega a uma

média de 8h diária para os trabalhadores formais e 13h para os trabalhadores informais, de segunda ao sábado. Esse ramo trabalhista é uma das principais fontes de emprego da região, fazendo de Patos uma referência no ramo de calçados. Parte dos produtos confeccionados é distribuída para vários estados brasileiros.



Figura1: Mapa geográfico do Estado da Paraíba
Fonte: Google imagem

3.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atualmente segundo dados do Sindicato dos Sapateiros do Município essa população é formada por 3.221 sapateiros entre os sapateiros que atuam nas indústrias e fábricas de calçados.

Porém no momento destinado a coleta de dados, o município estava enfrentando uma das maiores secas dos últimos anos, ocasionando o fechamento de pequenas fábricas, a redução na contratação de funcionários principalmente na indústria informal, e até mesmo férias coletivas. Baseado nessa informação do total da população apresentou uma redução significativa de mais de 1000 trabalhadores, segundo previsão do próprio sindicato.

Para o cálculo do tamanho amostral necessitamos conhecer a prevalência ou incidência, ou porcentagem de melhora ou mesmo o risco. Como na nossa população não

havia estudos que pudessem nos fornecer alguma das informações descritas anteriormente com relação à qualidade de vida de sapateiros, consideramos para o nosso cálculo amostral a chance de 50% do trabalhador ter uma boa qualidade de vida e baixo nível de *burnout*, e 50% de chance do trabalhador não ter uma boa qualidade de vida e baixo nível de *burnout*, isso foi possível, pois se utilizou a distribuição de probabilidade de Bernoulli que é definida como quando se executa um experimento (ensaio) onde se tem uma variável aleatória com o comportamento cujo resultado pode ser um sucesso (p =probabilidade de sucesso=0,50) ou um fracasso (q =probabilidade de fracasso=0,50) (CALLEGARI-JACQUES; CAMPBELL, 1995).

Sendo p a probabilidade de sucesso e q a probabilidade de fracasso, dizemos que

$$X \sim \text{Bernoulli}(p), \text{ se: } p(x) = p^x(1-p)^{1-x}, x=0,1$$

Finalmente, considerando-se a chance de 50% do trabalhador ter uma boa qualidade de vida e baixo nível de *burnout*, um nível de significância de 5%, um poder de 80%, chegou-se ao cálculo final de $n=200$ trabalhadores, acrescentando-se 20% devido a possíveis perdas chega-se a um total de 240 trabalhadores.

Foram incluídos os sapateiros que estavam em atividade laboral há pelo menos 12 meses consecutivos e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. E foram excluídos os sapateiros que estavam afastados de suas atividades por férias, licença, hospitalização.

A amostra foi selecionada de forma aleatória utilizando-se a tabela de números aleatórios e considerando-se o número de cadastro do funcionário, dados estes obtidos junto ao setor pessoal nas grandes e médias empresas. Já nas pequenas empresas a amostra foi selecionada por conveniência.

3.4- INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para caracterização dos participantes foi elaborado um questionário semi estruturado, com as seguintes variáveis sócio demográficas: sexo, idade, tempo de trabalho no mesmo cargo, carga horária semanal de trabalho, tipo de trabalho (formal ou informal), o porte da fábrica de calçado (grande, médio e pequena) e quanto(s) salário(s) mínimo(s) recebem.

Para investigar a Qualidade de Vida foi utilizado o Short Form (SF) 36 do instrumento *Medical Outcomes Study* (MOS), que se trata de um questionário multidimensional composto por 36 itens, tendo sido traduzido e validado para a população brasileira. Este instrumento foi criado com a finalidade de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de maneira genérica, não possuindo conceitos específicos para determinada idade, doença ou grupo de tratamento. O SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 questões que são agrupadas em 08 (oito) domínios (CICCONELLI, 1997):

1. Capacidade funcional: Capacidade de realizar atividades diárias como, por exemplo: subir escadas, carregar peso entre outras;
2. Aspectos físicos: Limitação física para a realização das atividades diárias;
3. Aspectos emocionais: Dificuldade em realizar tarefas diárias;
4. Dor: Intensidade da dor e interferência da dor nas atividades de vida diária;
5. Estado Geral de Saúde: avalia o estado geral de saúde;
6. Vitalidade: considera o nível de energia;
7. Aspectos sociais: analisam a integração do indivíduo em atividades sociais.

8. Saúde mental: investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

Para a identificação da Síndrome de *Burnout* foi aplicado um instrumento validado internacionalmente para medir as três dimensões do *Burnout*. O Maslach Burnout Inventory (MBI) (APENDICE D) é constituído por 22 itens, divididos em três domínios fundamentais, segundo Carlotto, Nakamura e Câmara (2006) esses domínios podem ser entendidos dessa forma:

- Exaustão emocional (EE): constitui-se em uma situação em que os profissionais sentem que, afetivamente, já não podem dar mais de si mesmos; percebem que ocorreu uma queda da energia e emocionalmente encontram-se esgotados. Quando esses sentimentos de impotência se tornam crônicos, os profissionais julgam-se incapazes de uma doação integral aos usuários do serviço.
- Despersonalização (DP): ocorre quando os profissionais não mais apresentam sentimentos positivos a respeito de seus clientes e desenvolvem cinismo, sentimentos e atitudes negativas. Os profissionais apresentam neste nível, uma falta de sensibilidade e dureza ao responder aos usuários do serviço.
- Realização Pessoal no trabalho (RP): refere-se a uma diminuição dos sentimentos de competência em relação aos ganhos obtidos nos trabalhos com pessoas. Trata-se de um sentimento de baixa realização pessoal do trabalho.

O MBI foi criado por Maslach e Jackson em 1986, como um objeto de medida aceito pela comunidade científica como identificador da síndrome de Burnout. Os domínios do MBI foram baseados na análise fatorial dessa escala, o que resultou na confirmação de seus 22 itens, distribuídos nas três dimensões: exaustão emocional (9 itens; $\alpha = 0,90$); despersonalização (5 itens; $\alpha = 0,79$) e a reduzida realização pessoal (8 itens; $\alpha =$

0,71), e que a confiabilidade dessa escala apresentou um índice de consistência interna igual a 0,80.

No Brasil, Carlotto e Câmara (2004) validaram este questionário mantendo a validação dos 22 itens nas três dimensões.

Portanto, o MBI é um instrumento que permite visualizar o caráter multidimensional da síndrome de burnout e apresenta consistência interna entre as dimensões com níveis estatisticamente aceitáveis.

Esse inventário fornece esclarecimentos que apontam a possibilidade de um diagnóstico mais específico. Associam-se a esse fato algumas manifestações psicossomáticas, como insônias esporádicas, tensão muscular crônica e distúrbios neurovegetativos como sudorese e dificuldades gástricas, já que as avaliações médicas não acusavam nenhuma doença.

Para Maslach (1981) a avaliação do nível da síndrome de *burnout* os domínios são considerados de duas maneiras:

- Quantitativamente: onde obtemos um valor médio por domínio,
- Qualitativamente: onde estratificamos o valor obtido em cada domínio levando em consideração o valor do quartil, ou seja:
 - O valor do 1º quartil (correspondente ao percentil 25): indica baixo nível da síndrome;
 - O valor interquartil (correspondente ao percentil 25 a 75): indica nível médio da síndrome;
 - Acima do 3º quartil (corresponde ao percentil 75): indica alto nível da síndrome.

Após a estratificação consideramos como apresentando alto risco de *burnout* o indivíduo com:

- Alto nível de EE
- Alto nível de DP
- Baixo nível de RP

E apresentando baixo risco de *burnout* o indivíduo com:

- Baixo nível de EE
- Baixo nível de DP
- Alto nível de RP

Os demais indivíduos foram considerados como risco médio de *burnout*.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos, CAAE: 02147112.0.0000.5536, a pesquisadora foi até o Sindicato dos Trabalhadores e solicitou do mesmo os endereços das indústrias formais e informais da cidade. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2012, e janeiro de 2013. Para aplicação do instrumento de coleta, foi solicitada aos representantes de cada fábrica a liberação dos funcionários para que os mesmos respondessem aos questionários da pesquisa, para isso os participantes eram abordados durante suas atividades, em um lugar calmo e, de preferência, reservado, respeitando a privacidade e a disponibilidade de cada um. Em algumas empresas a pesquisadora precisou marcar dia e horário da coleta de dados para não prejudicar a sistemática de trabalho da fábrica.

Os questionários utilizados neste estudo na maioria das vezes foram auto aplicados, portanto, respondidos pelo sujeito da pesquisa não causando nenhum desconforto ao responderem as questões. Porém em algumas situações, onde os funcionários pediram a colaboração da pesquisadora, a mesma preencheu os campos conforme as respostas dos mesmos, mantendo-se imparcial.

Os objetivos do projeto foram apresentados aos funcionários de cada indústria calçadista e aqueles que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) entraram para o estudo.

Para que se pudesse responder a todos os objetivos propostos neste estudo, as análises foram realizadas para o grupo como um todo e a seguir estratificadas por sexo (feminino e masculino), tipo de trabalho (formal e informal) e porte de indústria (pequena, média e grande).

3.5- ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos; e as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para se verificar a associação entre os grupos de estudo e as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado e/ou Teste Exato de Fisher (SIEGEL, 1982).

Para as variáveis quantitativas a homogeneidade das variâncias e a aderência à curva normal foram analisadas através dos testes de Levene e Kolmogorov-smirnov, respectivamente (SIEGEL, 1982; CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Como as variáveis não apresentaram esses dois princípios satisfeitos foram utilizados testes não paramétricos. Para se comparar dois grupos independentes (grupo sexo e grupo tipo de trabalho) foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. Para se comparar três grupos independentes (grupo porte de indústria) foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas de Dunn (SIEGEL, 1982; CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O coeficiente de correlação de Spearman foi calculado para se verificar a correlação entre tempo de trabalho, qualidade de vida e estresse profissional. (SIEGEL, 1982; CALLEGARI-JACQUES, 2003). O Nível de significância será de 5% e o pacote estatístico utilizado *Statistical Package of Social Science 17.0 for Windows*.

3.6- POSICIONAMENTO ÉTICO

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a pesquisa foi norteada a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, estabelecida na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país. Desse modo foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, segundo a referida resolução, deverá sempre tratá-los em dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade (BRASIL, 2000).

A referida Resolução incorpora as referências básicas da bioética, bem como os

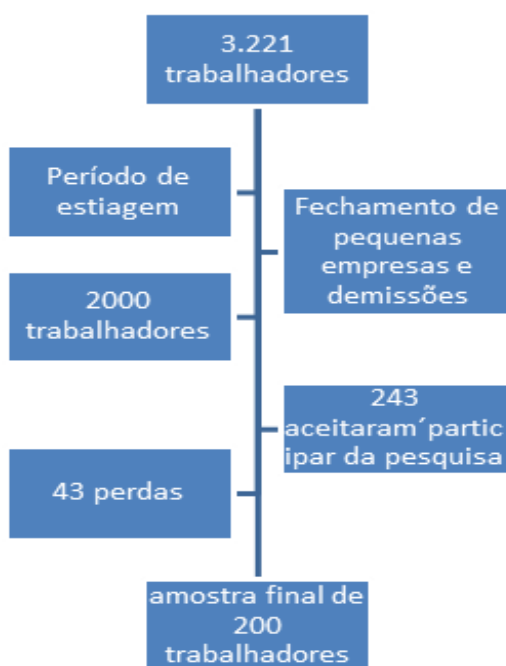
princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, sendo definida como individual ou coletiva e envolve o ser humano, em sua totalidade ou em partes inclui informações e o manejo de materiais.

4 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os dados coletados por meio dos instrumentos de coleta, realizado a fim de atingir os objetivos propostos no estudo: verificar a Qualidade de Vida dos trabalhadores das indústrias de calçados do Sertão Paraibano. Os resultados a seguir encontram-se distribuídos em tabelas e gráficos acompanhados das descrições dos mesmos.

Inicialmente serão expostas as análises descritivas dos dados relativos à caracterização dos trabalhadores: sexo, porte da indústria, renda salarial e tipo de trabalho exercido pelos participantes. Na segunda etapa, serão apresentados os dados referentes aos objetivos da pesquisa.

Conforme fluxograma abaixo, observa-se que do total da amostra de 243 participantes que concordaram em colaborar com a pesquisa preenchendo o questionário autoaplicável, 12 só responderam apenas os dados sócio demográficos e 31 deixaram a maioria das questões do SF-36 e do MBI em branca, inviabilizando assim a inclusão dos mesmos no estudo. Finalizando com um total de 200 questionários preenchidos de forma completa e legível.



Houve um bom índice de aceitação entre os participantes do estudo, mesmo sendo voluntário, abordados no horário de trabalho e preenchimento a próprio punho, fatores esses que dificultam a adesão a este tipo de pesquisa. Deduzindo, portanto que há um interesse/curiosidade entre os trabalhadores acerca desta temática.

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Tabela 1. Análise descritiva do sexo, porte, tipo de trabalho e salário dos trabalhadores das indústrias calçadistas.

	Nº	%
Sexo		
Feminino	35	17,50
Masculino	165	82,50
Porte		
Grande	19	9,50
Média	90	45,00
Pequeno	91	45,50
Salários Mínimos		
Menos de Um	25	12,50
Um	157	78,50
Dois	15	7,50
Três	1	0,50
Quatro	2	1,00
Tipo de Trabalho		
Formal	104	52,00
Informal	96	48,00
TOTAL	200	100,00

Observa-se, conforme mostra na tabela 1, que os participantes da pesquisa eram predominantemente do sexo masculino (82,5%) e que estão distribuídos, quase que igualmente, entre indústrias de médio e pequeno porte, com 45% e 45,5% respectivamente, com uma média salarial de 01 (um) salário mínimo. E entre os participantes da pesquisa, 52% trabalham na indústria formal e 48% na informal.

Tabela 2. Tempo de Trabalho dos participantes na função de sapateiro.

	Idade (anos)	Tempo de Trabalho na função (anos)	Carga horária (h/semanal)
Média	34,92	12,54	45,48
Mediana	33,00	10,00	44,00
Desvio Padrão	10,70	12,03	7,91
Mínimo	16,00	1,00	36,00
Máximo	67,00	66,00	84,00

Na tabela 2 observa-se que os trabalhadores têm idades extremas, ou seja, participantes com 16 anos que provavelmente estão enfrentando seu primeiro emprego, e pessoas idosas com 67 anos, talvez em fase de encerramento das atividades laborais. Porém a média de idade entre a população geral foi de 34 anos, com tempo de trabalho superior aos 12 anos e uma carga horária semanal de 45 horas.

Tabela 3. Valores dos domínios avaliados pelo SF36 nos trabalhadores das indústrias de calçados (n=200).

	Capacidade Funcional	Aspectos físicos	Dor	EGS*	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Média	78,45	75,63	72,20	64,91	67,88	76,50	71,50	71,96
Mediana	85,00	75,00	74,00	71,00	70,00	75,00	100,00	76,00
DP*	20,54	30,43	23,71	17,30	17,26	22,33	35,27	18,65
Mínimo	20,00	0,00	0,00	5,00	20,00	0,00	0,00	20,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*Onde: DP é o desvio padrão; EGS: Estado Geral de Saúde.

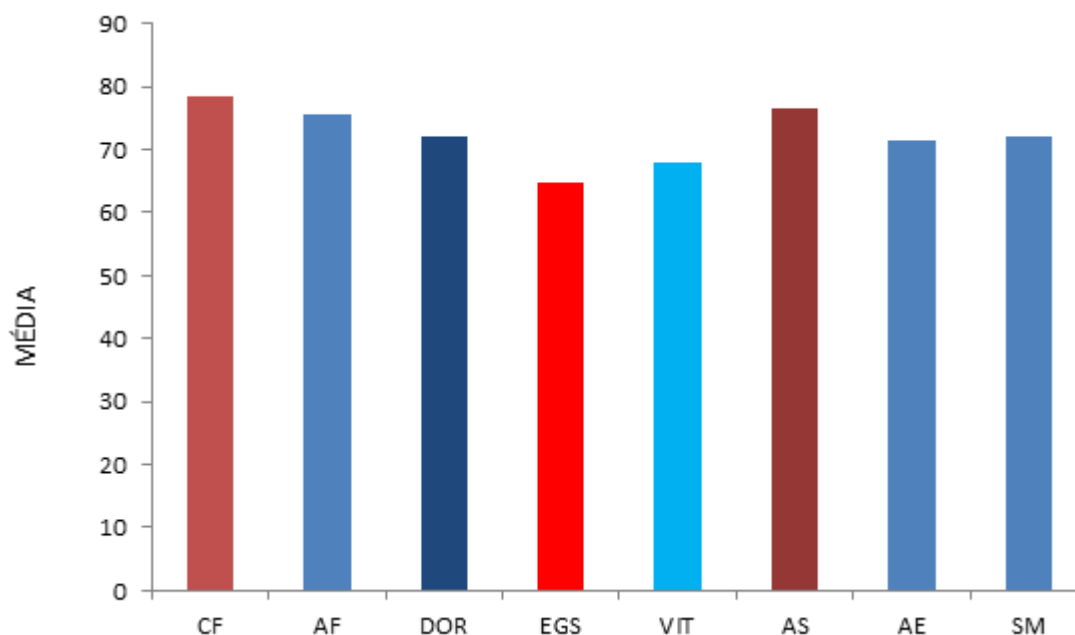


Gráfico 1: Valores dos domínios avaliados pelo SF36 nos trabalhadores das indústrias de calçados (n=200)

*Onde: CF é Capacidade funcional; AF é aspectos físicos; EGS é estado geral de saúde; VIT. é vitalidade; AS é aspectos sociais; AE é aspectos emocionais; e SM é saúde mental.

Na tabela 3 e no gráfico 1, apresentam a análise dos domínios avaliados pelo SF36 nos trabalhadores das indústrias de calçados. Os piores escores de qualidade de vida foram observados quanto aos domínios Estado Geral de Saúde (EGS) com média de 64,91, seguido de Vitalidade com 67,88, vai ressaltar que quanto mais próximo do valor de 100, melhor domínio. Entre os 8 domínios avaliados no SF-36 o que se manteve com o melhor escore entre os trabalhadores foi a Capacidade funcional com média de 78,45.

Tabela 4. Domínios do MBI dos trabalhadores das indústrias de calçados.

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Média	24,46	8,55	33,20
Mediana	24,00	7,00	34,00
Desvio Padrão	10,50	6,78	9,35
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	50,00	30,00	48,00

Analisando os domínios do MBI entre os trabalhadores da indústria de calçados observa-se que a média de Esgotamento Emocional é 24,46, no domínio Despersonalização a média é 8,55 e na Realização Pessoal a mesma se encontra com 33,20.

Tabela 5. Valores absolutos e percentuais dos participantes em cada nível e dimensões do MBI.

	Nº	%
Esgotamento Emocional		
Baixo	53	26,50
Médio	94	47,00
Alto	53	26,50
Despersonalização		
Baixo	57	28,50
Médio	93	46,50
Alto	50	25,00
Realização Pessoal		
Baixo	53	26,50
Médio	86	43,00
Alto	61	30,50
TOTAL	200	100,00

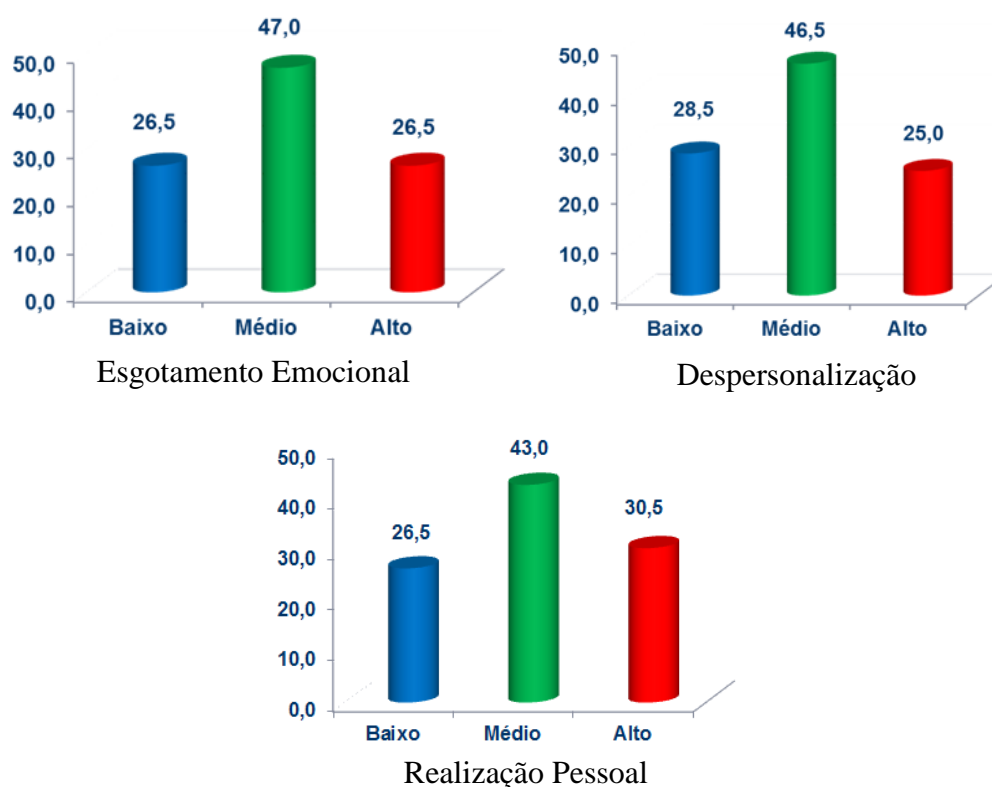


Gráfico 2: Valores absolutos e percentuais dos participantes em cada nível e dimensões do MBI.

Os resultados apontam que em todos os domínios a maior porcentagem está no índice médio. No domínio Exaustão Emocional (EE) 47% dos participantes encontram-se no índice médio, bem como 46,5% apresentam nesse mesmo índice de Despersonalização (DP) e 43% apresentam reduzida Realização Pessoal. Porém também é necessário ser apontado que 30,5% desses trabalhadores enquadram-se em um índice alto de reduzida Realização Pessoal.

Os domínios não apresentam níveis muitos altos, pois um alto grau de *Burnout* é refletido em altos escores das dimensões de Esgotamento Emocional e Despersonalização e baixos escores na escala de Realização Pessoal.

4.2- AVALIAÇÃO DE RISCO PARA *BURNOUT*

A definição de risco para alto nível de *burnout* será quando o indivíduo estiver com alto nível de Esgotamento Emocional e de DP, e um baixo nível de Realização Pessoal. Nesse estudo encontramos 3 (três) indivíduos com alto risco para síndrome de *burnout*, perfazendo um percentual de 1,5%.

Risco baixo para a síndrome de *burnout* é quando o indivíduo apresenta baixo nível de Esgotamento Emocional e de Despersonalização, e um alto nível de Realização Pessoal. Foram encontrados 6 (seis) indivíduos com baixo nível de *burnout*, ou seja, 3% dos participantes. Com o nível alto da síndrome 3 (três) indivíduos, ou seja, 1,5%. E os demais, 191 (cento e noventa e um) participantes da pesquisa se enquadram no risco médio da síndrome de *burnout*, 95,5% dos indivíduos.

Tabela 6: Relação entre o risco para a síndrome de *burnout* (alto, baixo e médio) e os domínios do SF-36.

	Capacidade Funcional	Aspectos físicos	Dor	EGS	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
RISCO ALTO								
Média	46,67	33,33	55,33	47,00	60,00	41,67	44,44	52,00
Mediana	45,00	25,00	51,00	37,00	60,00	50,00	33,33	40,00
Desvio Padrão	2,89	14,43	7,51	17,32	0,00	14,43	19,25	20,78
Mínimo	45,00	25,00	51,00	37,00	60,00	25,00	33,33	40,00
Máximo	50,00	50,00	64,00	67,00	60,00	50,00	66,67	76,00
RISCO BAIXO								
Média	100,00	95,83	92,67	83,67	78,33	95,83	100,00	84,00
Mediana	100,00	100,00	100,00	87,00	77,50	100,00	100,00	82,00
Desvio Padrão	0,00	10,21	11,98	9,83	10,80	10,21	0,00	7,16
Mínimo	100,00	75,00	72,00	72,00	65,00	75,00	100,00	76,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	97,00	95,00	100,00	100,00	96,00
RISCO MÉDIO								
Média	78,27	75,65	71,82	64,60	67,67	76,44	71,03	71,90
Mediana	85,00	75,00	74,00	70,00	70,00	75,00	100,00	76,00
Desvio Padrão	20,27	30,40	23,80	17,08	17,45	22,05	35,52	18,64
Mínimo	20,00	0,00	0,00	5,00	20,00	0,00	0,00	20,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Risco alto verso Risco médio	,014	,019	,197	,080	,333	,015	,112	,096
Risco baixo verso risco médio	,001	,082	,034	,005	,124	,019	,028	,078

& Teste U de Mann-Whitney *Onde: EGS é estado geral de saúde

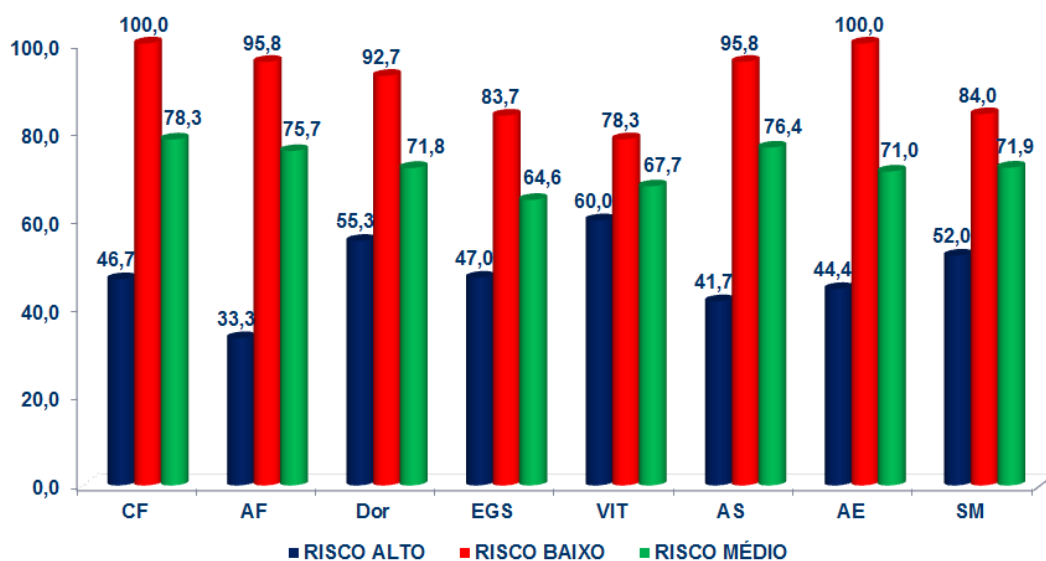


Gráfico 3: Relação entre o risco para a síndrome de *burnout* (alto, baixo e médio) e os domínios do SF-36

Na tabela 6 e gráfico 3 apresentam a relação entre o risco para a síndrome de *burnout* e os domínios do SF-36. Observa-se que quem tem o risco baixo tem a melhor qualidade de vida, pois apresentam os maiores valores em cada domínio. E quem tem risco alto apresenta a pior qualidade de vida porque apresentam os valores mais baixos nos domínios do SF-36.

Na mesma tabela foi realizada uma comparação entre risco alto verso risco médio e o risco baixo verso o risco médio. Os dados apresentaram diferenças na capacidade funcional entre o risco alto e o risco médio a média foi de 46,67 e 78,27, respectivamente. Enquanto que comparando o risco baixo com o risco médio as médias foram de 100 e 78,27, respectivamente.

Também foram encontradas diferenças nos aspectos físicos, onde o risco alto é 33,33 e o risco médio é 75,65, porém não se encontra diferença quando comparado risco baixo com risco médio.

Avaliando o estado geral de saúde observa-se que há diferença significativa quando comparado os riscos baixos com os riscos médios, com médias de 83,67 e 64,60. Já nos aspectos sociais os dados apresentaram diferenças onde o risco alto é de 41,67 e no risco médio é 76,44, e comparando o risco baixo verso risco médio os resultados são 95,83 e 76,44, respectivamente.

Na análise dos aspectos emocionais encontra-se uma diferença porque o risco baixo é 100 e o risco médio é 71,03, porém não se encontra diferença quando comparado risco alto com risco médio.

4.2- ANÁLISE ESTRATIFICADA DOS DADOS POR SEXO

Tabela 7. Análise estratificada por sexo em relação à Idade, Tempo de Trabalho e Carga Horária.

	Idade (anos)	Tempo de Trabalho (anos)	Carga horaria (h/semanais)
Feminino			
Média	34,20	9,49	44,29
Mediana	35,00	10,00	44,00
Desvio Padrão	8,62	6,86	4,42
Mínimo	16,00	1,00	40,00
Máximo	56,00	30,00	60,00
Masculino			
Média	35,07	13,19	45,73
Mediana	33,00	10,00	44,00
Desvio Padrão	11,11	12,78	8,46
Mínimo	16,00	1,00	36,00
Máximo	67,00	66,00	84,00
Teste p-value ^{&}	0,92	0,44	0,72

[&] Teste U de Mann-Whitney

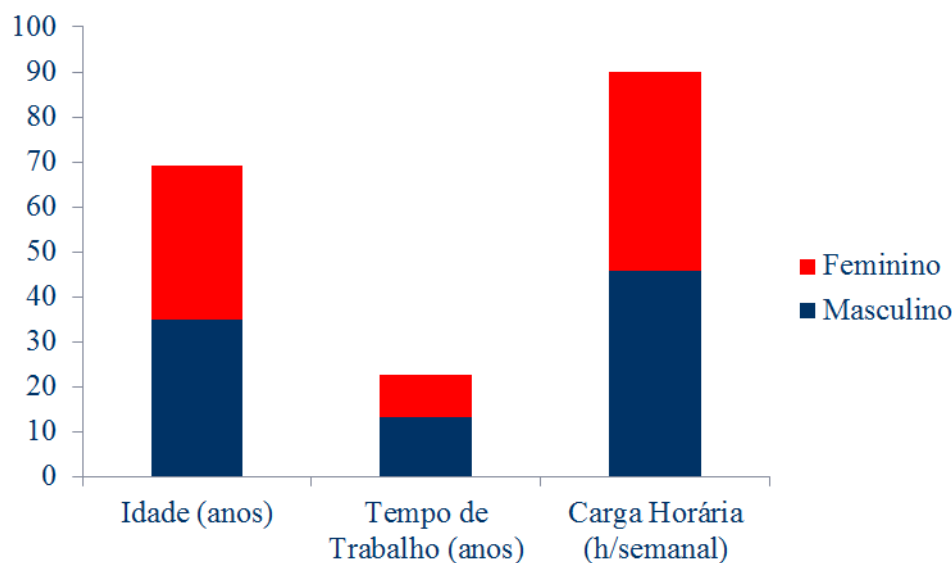


Gráfico 4: Análise estratificada por sexo em relação à Idade, Tempo de Trabalho e Carga Horária

Os dados apresentados na tabela 7 e gráfico 2 apontam que a amostra é homogênea em relação à idade. A média de idade entre as mulheres são de aproximadamente 34 anos, com idades variando entre mínima de 16 anos e máxima de 56 anos. E entre os homens com média de idade de aproximadamente 35 anos e idades variando entre mínima de 16 anos e máxima de 67 anos.

Em relação ao tempo de trabalho, os homens que participaram do estudo têm um tempo superior aos das mulheres, porém sem diferença estatística. Entre o sexo masculino a média de tempo de trabalho é pouco mais de 13 anos e nas mulheres essa média é de aproximadamente 9 anos. Porém, quando avaliado a carga horária, os dados foram semelhantes, com média de 44 horas entre o sexo feminino e 45 horas entre o masculino.

Tabela 8. Análise estratificada por sexo em relação ao Tipo de Trabalho, o Porte da Indústria e o Salário Mínimo.

		Sexo		p-value ^{&}	
		Feminino	Masculino		
Tipo de Trabalho					
Formal	Nº	11	93	p=0,007	
	%	31,43	56,44		
Informal	Nº	24	72		
	%	68,57	43,64		
Porte					
Grande	Nº	4	15		p=0,37
	%	10,52	9,09		
Média	Nº	12	78		
	%	34,29	47,27		
Pequena	Nº	19	72		
	%	54,29	43,64		
Salários Mínimos					
Menos de um	Nº	11	14	p=0,006	
	%	31,43	8,48		
Um	Nº	22	135		
	%	62,86	81,82		
Dois	Nº	2	13		
	%	5,71	7,88		
Três	Nº	-	1		
	%		0,61		
Quatro	Nº	-	2		
	%		1,21		

*Teste de Qui-quadrado

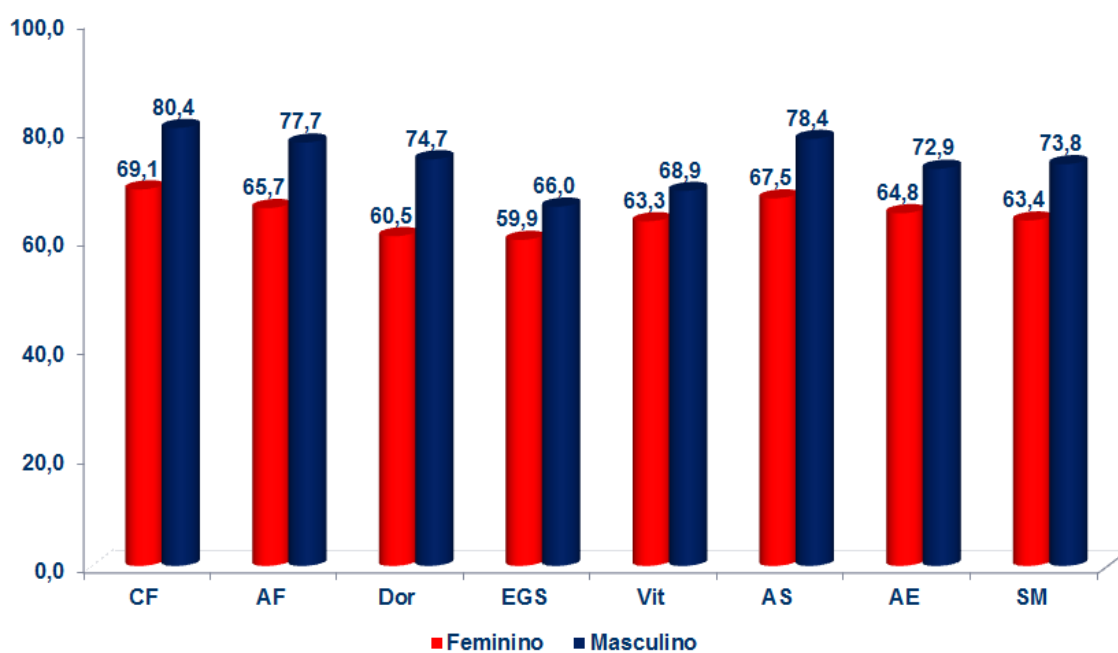
Existe uma associação significativa entre tipo de trabalho e sexo, sendo que a maior porcentagem dos homens é do tipo formal, já nas mulheres são do tipo informal. Não houve associação significativa entre porte e sexo, ou seja, eles se distribuem homogeneamente. Pelo Teste de Qui- quadrado observa-se uma associação significativa entre o sexo masculino e receber um salário.

Tabela 9. Análise estratificada por sexo em relação aos domínios do SF36.

	CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
Feminino								
Média	69,14	65,71	60,54	59,86	63,29	67,50	64,76	63,43
Mediana	65,00	75,00	54,00	67,00	60,00	62,50	66,67	64,00
DP	20,45	36,42	24,80	20,37	18,35	22,93	33,28	18,46
Mínimo	40,00	0,00	10,00	10,00	25,00	12,50	0,00	24,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	92,00	95,00	100,00	100,00	100,00
Masculino								
Média	80,42	77,73	74,67	65,98	68,85	78,41	72,93	73,77
Mediana	85,00	100,00	74,00	72,00	70,00	87,50	100,00	76,00
DP	20,06	28,69	22,79	16,45	16,92	21,80	35,61	18,24
Mínimo	20,00	0,00	0,00	5,00	20,00	0,00	0,00	20,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Teste p-value ^{&}	p<0,001	p=0,07	p<0,001	0,18	0,09	0,01	0,12	p<0,001

[&] Teste U de Mann-Whitney

Onde: DP: Desvio Padrão; CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos físicos; EGS: Estado geral de saúde; Vit: Vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: Saúde mental.

**Gráfico 5:** . Análise estratificada por sexo em relação aos domínios do SF36.

Ainda seguindo a análise estratificada por sexo, observa-se que houve diferença significativa entre a capacidade funcional, onde a maior média é no sexo masculino, ou seja, a mulher tem uma pior qualidade de vida com relação à capacidade funcional do que o homem.

Com relação à dor, o homem apresentou uma melhor média do que as mulheres, isso significa que as mulheres participantes da pesquisa sentem mais dores do que os homens. Os aspectos sociais também apresentaram diferença significativa, onde mais uma vez os homens apresentam uma melhor qualidade de vida do que as mulheres. Dados semelhantes ao item Saúde Mentais, onde foi visto que a mulher também tem uma pior saúde mental do que o homem.

Com relação aos itens em que não houve diferenças entre homens e mulheres encontram-se os Aspectos físicos, o Estado Geral de Saúde, a Vitalidade e os Aspectos Emocionais.

Tabela 10. Análise estratificada por sexo em relação aos domínios do MBI.

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Feminino			
Média	26,26	10,06	30,71
Mediana	26,00	10,00	32,00
Desvio Padrão	10,72	6,38	8,90
Mínimo	1,00	0,00	4,00
Máximo	50,00	28,00	47,00
Masculino			
Média	24,08	8,23	33,73
Mediana	23,00	7,00	36,00
Desvio Padrão	10,44	6,84	9,38
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	49,00	30,00	48,00
Teste p-value ^{&}	p<0,34	p<0,11	p=0,03

[&] Teste U de Mann-Whitney

Entre a análise estratificada do sexo e os domínios do MBI houve diferença significativa em relação à reduzida Realização Pessoal, isso significa dizer que os homens tem pior realização pessoal do que as mulheres.

Tabela 11. Associação entre os Domínios do *burnout* e o sexo.

		sexo		p-value ^{&}
		Feminino	Masculino	
Esgotamento Emocional				
Baixo	Nº	8	45	p=0,86
	%	22,86	27,27	
Médio	Nº	17	77	
	%	48,57	46,67	
Alto	Nº	10	43	
	%	28,57	26,06	
Despersonalização				
Baixo	Nº	5	52	p=0,06
	%	14,29	31,52	
Médio	Nº	22	71	
	%	62,86	43,03	
Alto	Nº	8	42	
	%	22,86	25,45	
Realização Pessoal				
Baixo	Nº	13	40	p=0,26
	%	37,14	24,24	
Médio	Nº	14	72	
	%	40,00	43,64	
Alto	Nº	8	53	
	%	22,86	32,12	

[&]: Teste de Qui-quadrado

Na Tabela 11, quando se estratifica os domínios do *burnout*, observa-se que não houve nenhuma associação significativa ($p < 0,05$) entre os 3 domínios (EE, DP e RP) e o sexo, tanto feminino quanto o masculino.

4.3- ANÁLISE ESTRATIFICADA DOS DADOS POR TIPO DE TRABALHO

Tabela 12. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação ao porte da empresa, salários e sexo.

		Tipo de trabalho		Teste *	
		Formal	Informal		
Porte					
Grande	Nº	16	3	p<0,001	
	%	15,38	3,13		
Média	Nº	69	21		
	%	66,35	21,88		
Pequena	Nº	19	72		
	%	18,27	75,00		
Salários					
Menos de Um	Nº	0	25		p<0,001
	%	0,00	26,04		
Um	Nº	100	57		
	%	96,15	59,38		
Dois	Nº	3	12		
	%	2,88	12,50		
Três	Nº	1	0		
	%	0,96	0,00		
Quatro	Nº	0	2		
	%	0,00	2,08		
Sexo					
Feminino	Nº	11	24	p=0,007	
	%	10,58	25,00		
Masculino	Nº	93	72		
	%	89,42	75,00		

*Teste de Qui-quadrado

Na tabela 12 analisa-se a associação entre o tipo de trabalho (formal e informal) e as variáveis sobre o porte da empresa, a média salarial e o sexo. Observa-se uma associação significativa entre tipo de trabalho e porte da empresa ($p<0,001$), sendo que, a

maioria que atuam no trabalho informal, está na empresa de pequeno porte. A mesma associação também é observada entre tipo de trabalho, salários e sexo, sendo que o trabalho formal está associado a receber um salário do mínimo e ser do sexo masculino ($p < 0,05$). Já nas empresas informais, as fábricas são de pequenos portes, em relação ao recebimento salarial a média é de um salário mínimo e os trabalhadores são predominante do sexo masculino.

Tabela 13. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação à idade, tempo de trabalho e carga horária.

	Idade (anos)	Tempo de Trabalho (anos)	Carga horaria (h/semanal)
Formal			
Média	32,20	7,33	42,50
Mediana	31,00	6,00	44,00
Desvio Padrão	8,35	6,17	2,49
Mínimo	16,00	1,00	36,00
Máximo	64,00	30,00	50,00
Informal			
Média	37,85	18,19	48,70
Mediana	37,50	15,00	48,00
Desvio Padrão	12,14	14,13	10,21
Mínimo	16,00	1,00	40,00
Máximo	67,00	66,00	84,00
Teste p-value ^{&}	p<0,001	p<0,001	p<0,001

[&] Teste U de Mann-Whitney

Analisando a tabela 13, pode-se observar que em relação ao tipo de trabalho, formal ou informal, houve diferença significativa entre todas as variáveis, sendo necessário aplicar o teste de Mann-Whitney. Observa-se que o trabalho informal tem trabalhadores com

idade mais avançada do que as formais. Também tem uma média de tempo de trabalho superior, com funcionários apresentando mais de 18 anos na profissão, bem como uma carga horária semanal superior com média de 48 horas semanais.

Tabela 14. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação aos domínios do SF-36.

	CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
Formal								
Média	86,88	82,93	81,77	69,14	73,22	87,86	76,92	79,19
Mediana	90,00	100,00	84,00	72,00	75,00	100,00	100,00	80,00
Desvio Padrão	14,26	24,20	19,16	14,08	16,76	16,93	31,19	17,08
Mínimo	30,00	0,00	32,00	32,00	20,00	37,50	0,00	20,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	100,00
Informal								
Média	69,32	67,71	61,83	60,32	62,08	64,19	65,63	64,13
Mediana	67,50	75,00	62,00	62,00	60,00	62,50	66,67	68,00
Desvio Padrão	22,38	34,40	23,89	19,26	15,94	20,97	38,53	17,11
Mínimo	20,00	0,00	0,00	5,00	20,00	0,00	0,00	24,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	100,00	92,00
Teste p-value ^{&}	p<0,001	p=0,002	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,06	p<0,001

[&] Teste U de Mann-Whitney

Onde: CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos físicos; EGS: Estado geral de saúde; Vit: Vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: Saúde mental.

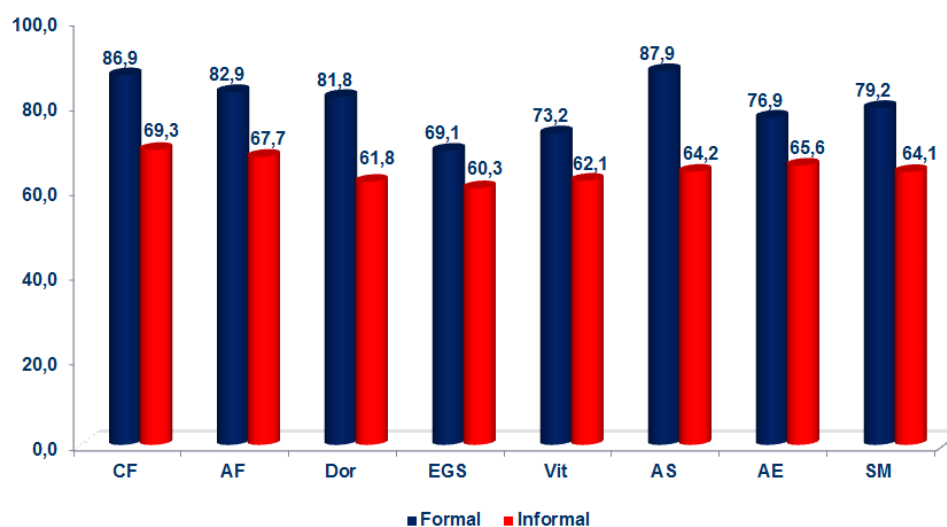


Gráfico 6. Tipo de trabalho (formal ou informal) em relação aos domínios do SF-36.

Os dados analisados estratificando o tipo de trabalho com os domínios do SF-36 observa-se que, em todos os itens houve uma maior média no trabalho formal em detrimento ao informal, exceto os Aspectos Emocionais, pelo teste U de Mann-Whitney. Observou-se que os trabalhadores formais têm uma melhor qualidade de vida do que os trabalhadores informais.

Tabela 15. Análise estratificada por tipo de trabalho (formal ou informal) em relação aos domínios do MBI.

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Formal			
Média	21,73	6,61	33,26
Mediana	21,50	6,00	35,00
Desvio Padrão	9,89	6,20	9,73
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	49,00	30,00	48,00
Informal			
Média	27,42	10,66	33,14
Mediana	27,00	11,00	33,50
Desvio Padrão	10,38	6,79	8,97
Mínimo	0,00	0,00	7,00
Máximo	50,00	30,00	48,00
Teste p-value ^{&}	p<0,001	p<0,001	p=0,60

[&] Teste U de Mann-Whitney

Com relação ao *burnout* o trabalho informal, pelo teste de Mann-Whitney, apresentou um maior esgotamento emocional e maior despersonalização. No domínio referente à realização pessoal não apresentou diferença entre o trabalho formal e o informal. Conclui-se que o trabalhador informal tem uma pior qualidade de vida e um maior esgotamento emocional e despersonalização no trabalho.

Tabela 16. Análise estratificada do *burnout* por tipo de trabalho (formal ou informal).

			Tipo de Trabalho		
			Formal	Informal	p-value&
Esgotamento Emocional					
Esgotamento Emocional	Baixo	N	35	18	p=0,008
		%	34,65	18,75	
	Médio	N	50	44	
		%	48,08	45,83	
	Alto	N	19	34	
		%	18,27	35,42	
Despersonalização					
Despersonalização	Baixo	N	41	16	p<0,001
		%	39,42	16,67	
	Médio	N	47	46	
		%	45,19	47,92	
	Alto	N	16	34	
		%	15,38	35,42	
Reduzida Realização Pessoal					
Reduzida Realização Pessoal	Baixo	N	28	25	p=0,704
		%	26,92	26,04	
	Médio	N	42	44	
		%	40,38	45,83	
	Alto	N	34	27	
		%	32,69	28,13	

& Teste Pearson

Na Tabela 16 mostra a associação entre tipo de trabalho e as dimensões do *burnout*. Observa-se que existe associação entre Esgotamento Emocional e tipo de trabalho (p=0,008), essa associação encontra-se no tipo de Trabalho Formal no nível médio (48,08%).

A Despersonalização também se encontra associada ao tipo de trabalho (p<0,001), só que dessa vez no trabalho informal no nível médio (47,92%). Não há associação entre o tipo de trabalho e a Reduzida Realização Pessoal (p=0,704).

4.4- ANÁLISE ESTRATIFICADA DOS DADOS POR PORTE DA INDÚSTRIA

Tabela 17. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis: idade, tempo de trabalho e carga horária.

	Idade (anos)	Tempo de Trabalho (anos)	Carga horaria (h/semanais)
Grande			
Média	34,47	9,58	40,47
Mediana	35,00	7,00	40,00
Desvio Padrão	8,592	7,57	2,06
Mínimo	23,00	2,00	40,00
Máximo	56,00	29,00	49,00
Médio			
Média	33,62	8,32	43,53
Mediana	32,00	5,50	44,00
Desvio Padrão	9,15	8,87	3,64
Mínimo	16,00	1,00	36,00
Máximo	64,00	45,00	60,00
Pequeno			
Média	36,29	17,33	48,44
Mediana	35,00	12,00	44,00
Desvio Padrão	12,32	13,69	10,32
Mínimo	16,00	1,00	40,00
Máximo	67,00	66,00	84,00
*Teste de Kruskal-Wallis	p=0,63	p<0,001	p<0,001

Na tabela 17, os resultados apontam que não houve diferença significativa entre a idade e o porte da indústria, teste de Kruskal-Wallis ($p>0,05$). Porém existem diferenças entre os três grupos em relação ao tempo de trabalho, teste de Kruskal-Wallis ($p<0,001$), e pelo teste de Comparação Múltiplas de Dum observa-se que as empresas de porte grande diferem das empresas de porte pequeno ($p=0,001$) e das empresas de médio porte

($p < 0,001$). Com relação à carga horária apresenta-se também uma diferença entre as três tipos de porte de empresas ($p > 0,001$), pelo teste de Comparação Múltiplas de Dum, observa-se que os trabalhadores nas empresas de pequeno porte têm uma carga horária maior do que as empresas de grande e médio porte.

Tabela 18. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis do SF36.

	CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
Grande								
Média	69,21	73,68	59,37	59,95	57,63	65,79	56,14	67,37
Mediana	75,00	75,00	51,00	67,00	55,00	62,50	33,33	72,00
Desvio Padrão	19,53	30,59	23,86	18,71	14,08	20,35	44,52	16,18
Mínimo	30,00	25,00	10,00	25,00	25,00	12,50	0,00	40,00
Máximo	95,00	100,00	100,00	92,00	80,00	100,00	100,00	92,00
Médio								
Média	83,11	81,39	80,91	67,48	74,56	86,25	73,33	78,18
Mediana	85,00	100,00	84,00	72,00	75,00	100,00	66,67	80,00
Desvio Padrão	18,73	26,91	21,03	17,59	18,03	19,66	30,88	19,93
Mínimo	20,00	0,00	0,00	5,00	20,00	0,00	0,00	20,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Pequeno								
Média	75,77	70,33	66,26	63,41	63,41	69,09	72,89	66,77
Mediana	80,00	75,00	62,00	67,00	65,00	62,50	100,00	68,00
Desvio Padrão	21,50	32,90	23,35	16,49	14,51	21,52	36,82	15,92
Mínimo	25,00	0,00	21,00	20,00	35,00	25,00	0,00	24,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	92,00	95,00	100,00	100,00	92,00
*Teste de Kruskal-Wallis	p=0,005	p=0,061	p<0,001	p=0,034	p<0,001	p<0,001	p=0,289	p<0,001

Onde: CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos físicos; EGS: Estado geral de saúde; Vit: Vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: Saúde mental

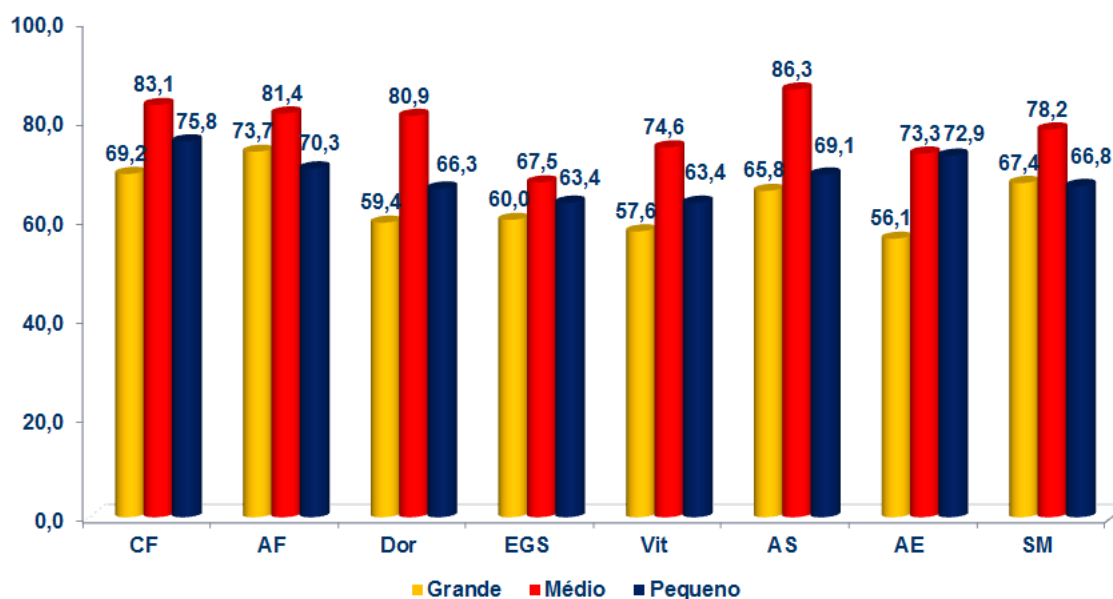


Gráfico 6. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis do SF36.

Na tabela 18 e gráfico 6 apresentam a análise descritiva para os domínios do SF36 estratificado para o porte da fábrica. Pelo teste de Kruskal Wallis, observa-se uma diferença significativa entre os três tipos de empresas, nos domínios Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde (EGS), Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental. Pelo teste de Comparação Múltiplas de Dum, observa-se que nas empresas de médio porte os funcionários apresentam uma melhor capacidade funcional com relação às empresas de grande porte ($p=0,007$) e pequeno porte ($p=0,015$). O mesmo ocorre com relação a Dor, os funcionários das empresas de médio porte apresentam menor dor do que as empresas de grande ($p<0,001$) e pequeno porte ($p<0,001$).

Com relação ao EGS as empresas de médio porte apresentam nível melhor do que as de grande porte. E com relação ao domínio Vitalidade, observa-se que, pelo teste de Comparações Múltiplas de Dum, os funcionários das empresas de médio porte tem melhor

vitalidade do que os que trabalham nas empresas de grande ($p<0,001$) e pequeno ($p<0,001$); as mesmas diferenças são observadas com relação aos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental, onde as empresas de médio porte diferem das empresas de grande ($p<0,05$) e pequeno porte ($p<0,05$).

Tabela 19. Análise estratificada por Porte da Indústria (grande, médio e pequeno) em relação às variáveis do MBI.

	Esgotamento Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Grande			
Média	30,05	12,53	32,58
Mediana	30,00	11,00	32,00
Desvio Padrão	9,79	7,05	7,99
Mínimo	10,00	1,00	15,00
Máximo	48,00	30,00	46,00
Médio			
Média	21,32	6,76	32,81
Mediana	20,50	6,00	34,50
Desvio Padrão	10,91	6,24	10,56
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	48,00	30,00	48,00
Pequeno			
Média	26,40	9,49	33,71
Mediana	25,00	8,00	35,00
Desvio Padrão	9,31	6,77	8,34
Mínimo	10,00	0,00	9,00
Máximo	50,00	30,00	48,00
*Teste de Kruskal-Wallis	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,750$

Na tabela 19, com relação aos domínios do questionário de *burnout*, pelo teste de Kruskal-Wallis, que há uma diferença estatisticamente significativa, entre os três tipos de

porte de empresa com relação ao Esgotamento Emocional e Despersonalização Pessoal ($p < 0,001$). Pelo teste de Comparação Múltipla de Dum as empresas de médio porte diferem das empresas de grande e pequeno porte, onde se observa que as mesmas apresentam maior esgotamento pessoal e maior despersonalização.

Tabela 20. Análise estratificada do *burnout* por Porte da Indústria (pequena, médio e grande).

			Porte da Indústria			
			Pequeno	Médio	Grande	p-value&
Esgotamento Emocional						
Esgotamento Emocional	Baixo	N	3	33	17	p=0,029
		%	15,79	36,67	18,68	
	Médio	N	8	36	50	
		%	42,11	40,00	54,95	
	Alto	N	8	21	24	
		%	42,11	23,33	26,37	
Despersonalização						
Despersonalização	Baixo	N	2	35	20	p=0,007
		%	10,53	38,89	21,98	
	Médio	N	8	40	45	
		%	42,11	44,44	49,45	
	Alto	N	9	15	26	
		%	47,37	16,67	28,57	
Reduzida Realização Pessoal						
Reduzida Realização Pessoal	Baixo	N	5	25	23	p=0,738
		%	26,32	27,78	25,27	
	Médio	N	9	34	43	
		%	47,37	37,78	47,25	
	Alto	N	5	31	25	
		%	26,32	34,44	27,47	

*Teste Pearson

Na tabela 20 apresenta a estratificação dos níveis de *burnout* por porte de empresa (pequeno, médio e grande). Foi observado que existe associação entre o Esgotamento Emocional e porte da Indústria ($p=0,029$), essa associação encontra-se na Indústria de

grande porte no nível médio (54,95%). Também foi encontrada associação entre a Despersonalização e o porte da indústria ($p=0,007$), o resultado demonstra que a associação está na indústria de grande porte no nível médio (49,45%). Não houve associação significativa entre a Reduzida Realização Pessoal e o tipo de indústria.

Ao realizar a matriz de correlação entre as variáveis quantitativas, utilizando o Teste não Paramétrico de Correlação de Spearman, observou-se que existe correlação entre idade e tempo de trabalho, entre idade e carga horária, entre idade e Esgotamento emocional.

O Esgotamento Emocional está correlacionado positivamente com a idade e com o tempo de trabalho ($p=0,01$). E a Despersonalização encontrou-se correlacionada, também de forma direta, com o tempo de trabalho, carga horária ($p=0,01$) e com o Esgotamento Emocional ($p=0,05$).

Tabela 21: Coeficientes de correlação de Spearman entre idade, tempo de trabalho e carga horária e domínios do SF-36.

	Idade	Tempo trabalho	Carga horaria	CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
Idade	1,000										
Tempo trabalho	,600**	1,000									
Carga horaria	,301**	,344**	1,000								
Capacidade Funcional	-,301**	-,350**	-,194**	1,000							
Aspectos físicos	-,159*	-,254**	-,158*	,437**	1,000						
Dor	-,074	-,281**	-,070	,503**	,358**	1,000					
EGS	-,136	-,237**	-,148*	,507**	,468**	,363**	1,000				
Vitalidade	-,148*	-,257**	-,087	,476**	,350**	,450**	,508**	1,000			
Asp. Sociais	-,202**	-,336**	-,140*	,578**	,390**	,538**	,479**	,538**	1,000		
Asp. Emocional	-,217**	-,224**	-,115	,450**	,529**	,427**	,350**	,264**	,380**	1,000	
Saúde Mental	-,234**	-,364**	-,152*	,587**	,288**	,511**	,542**	,654**	,648**	,383**	1,000

Onde: *: $p<0,05$; **: $p<0,01$; CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos físicos; EGS: Estado geral de saúde; Vit: Vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: Saúde mental.

Ao correlacionar a idade, Tempo de Trabalho e Carga Horária com os domínios do SF-36, observou-se que a Capacidade Funcional apresenta uma correlação invertida com a idade, com o Tempo de trabalho e a Carga horária ($p < 0,01$).

Os aspectos físicos apresentaram correlações invertidas entre a idade, carga horária ($p < 0,05$), e tempo de trabalho ($p < 0,01$) e já entre a capacidade funcional a correlação foi positiva ou direta ($p < 0,01$).

Na análise da dor ocorreu uma correlação invertida com o tempo de trabalho ($p < 0,05$), e com a capacidade funcional e aspectos físicos a correlação foi direta ($p < 0,05$).

O Estado Geral de Saúde apresentou correlações invertidas e diretas. Existem correlações invertidas entre tempo de trabalho ($p < 0,05$) e carga horária ($p < 0,01$), porém correlação direta entre a capacidade funcional, aspectos físicos e dor ($p < 0,05$).

Ao analisar a vitalidade observou-se que a mesma apresentou correlação invertida entre idade ($p < 0,01$) e tempo de trabalho ($p < 0,05$), porém uma correlação positiva entre capacidade funcional, aspectos físicos, dor e Estado geral de saúde ($p < 0,05$).

Os aspectos Sociais apresentaram correlações invertidas entre idade, tempo de trabalho ($p < 0,05$) e carga horária ($p < 0,01$). Da mesma forma, apresentou correlações diretas entre a capacidade funcional, dor, EGS, Vitalidade ($p < 0,05$) e aspectos funcionais ($p < 0,01$).

Analisando os aspectos emocionais observa-se que existem correlações invertidas entre idade e tempo de trabalho ($p < 0,05$) e correlações diretas entre a capacidade funcional, aspectos funcionais, dor, EGS, Vitalidade e aspectos sociais ($p < 0,05$).

Resultado semelhante na saúde mental, onde a mesma apresentou correlações invertidas entre idade, tempo de trabalho ($p < 0,05$) e carga horária ($p < 0,01$). As correlações

diretas ocorreram entre a capacidade funcional, aspectos funcionais, dor, EGS, Vitalidade e aspectos sociais e aspectos emocionais ($p < 0,05$).

Tabela 22: Coeficientes de correlação de Spearman entre os domínios do SF-36 e *burnout*.

	Capacidade Funcional	Aspectos físicos	Dor	EGS	Vitalidade	Asp. Sociais	Asp. Emocional	Saúde Mental	EE	DP	RP
CF	1,000										
AF	,437**	1,000									
Dor	,503**	,358**	1,000								
EGS	,507**	,468**	,363**	1,000							
Vitalidade	,476**	,350**	,450**	,508**	1,000						
AS	,578**	,390**	,538**	,479**	,538**	1,000					
AE	,450**	,529**	,427**	,350**	,264**	,380**	1,000				
SM	,587**	,288**	,511**	,542**	,654**	,648**	,383**	1,000			
EE	-,541**	-,316**	-,453**	-,404**	-,467**	-,508**	-,341**	-,502**	1,000		
DP	-,388**	-,202**	-,339**	-,257**	-,270**	-,331**	-,159*	-,395**	,477**	1,000	
RP	,041	,062	-,002	,084	,163*	,038	,082	,130	,118	-,043	1,000

Onde: *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; CF: Capacidade Funcional; AF: Aspecto Físico; EGS: Estado geral de saúde; AS: Aspecto social; AE: Aspecto emocional; SM: Saúde mental; EE: Esgotamento emocional, DP: Despersonalização; RP: Realização pessoal.

Na correlação dos domínios do SF-36 e o *burnout* os resultados apontaram que os aspectos físicos apresentaram uma correlação direta com a capacidade funcional. A dor também apresentou uma correlação direta com a capacidade funcional e os aspectos físicos ($p < 0,01$). Na correlação do Estado Geral de Saúde os resultados foram semelhantes, apresentando correlações diretas com a capacidade funcional ($p < 0,01$), aspectos físicos e dor ($p < 0,05$).

A vitalidade apresentou correlação direta com a capacidade funcional, com os aspectos físicos, com a dor e Estado Geral de Saúde ($p < 0,01$). Bem como os aspectos sociais também apresentaram correlações diretas com a Capacidade funcional, aspectos físicos, com a dor, com o Estado Geral de Saúde e Vitalidade ($p < 0,01$).

Seguindo resultados semelhantes, os aspectos emocionais apresentaram correlações diretas com a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais ($p < 0,01$). A saúde mental se correlacionou positivamente com a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais ($p < 0,01$).

O Esgotamento Emocional inversamente correlacionado com todos os domínios do SF-36. A despersonalização apresentou correlação invertida com a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais ($p < 0,01$) e aspectos sociais ($p < 0,05$), porém uma correlação direta com o esgotamento emocional ($p < 0,01$). A reduzida Realização pessoal não apresentou correlação significativa entre as variáveis.

5 DISCUSSÃO

Uma das principais características do novo modelo de acumulação de capital tem sido por alguns fatores, a exemplo da sobrecarga na força do trabalho, uso de novas tecnologias, por novas formas de reorganização da produção, mudança nas relações do trabalho acarretando muitas vezes em subcontratação e aumento desmedido da jornada de trabalho. Esses desgastes ocorridos têm sido desencadeadores de muitas doenças ocupacionais e também um fator de risco para os acidentes de trabalho.

Diante da complexidade do processo produtivo, são necessários estudos que possam contribuir para o entendimento da relação saúde x doença x trabalho. Esta pesquisa estudou a Qualidade de Vida dos profissionais da Indústria de Calçado do Sertão Paraibano.

O grupo de participante era predominantemente homens, tendo em vista que a função de sapateiro tem uma relação histórica com o sexo masculino, na região estudada é uma profissão passada de pai para filho há muitos anos. E a inserção da mulher nesse ramo de atividade é algo relativamente novo.

A maioria trabalha em empresas de porte médio e pequeno e com trabalhos formais e informais. Na visão de Rosa e Pilatti (2006) o conceito de qualidade de vida no trabalho está estreitamente relacionado com a satisfação dos funcionários quanto a sua capacidade produtiva em ambiente de trabalho seguro, com oportunidades de treinamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas funções.

O tempo do trabalho é outro fator importante, a exposição frequente e duradora aos fatores estressores pioram a qualidade de vida e o desencadeamento da síndrome de *burnout*. Com média de idade 34 anos, tempo de trabalho de 12 anos e carga horária semanal de 45h, observamos que o grupo estudado é adultos jovens, em fase produtiva. Segundo estudos de Cordes e Dugherty *apud* Sousa (2008) quanto mais experiente o

indivíduo os níveis da despersonalização e esgotamento emocional tendem a serem baixos, enquanto indivíduos mais jovens apresentam elevados níveis nas três dimensões, o que leva a crer que a baixa experiência e a pouca idade torna-os mais susceptíveis e a pouca experiência é um fator negativo ao lidar com as fontes estressoras.

Com a finalidade de um maior entendimento desse impacto, foi aplicado o questionário SF-36, por meio do qual foi avaliada a qualidade de vida desses participantes, de acordo com as dimensões Capacidade funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Observa-se que o Estado Geral de Saúde e Vitalidade encontram-se os piores escores, ou seja, os participantes não apresentam bons conceitos da sua própria saúde, e que boa parte do tempo os mesmo não apresentam a sensação de vigor e energia.

A Capacidade funcional, demonstrada na tabela 3, aborda algumas tarefas leves e moderadas do cotidiano, e entre os participantes foi o domínio que apresentou melhor escore, ou seja, os trabalhadores das indústrias de calçados apresentam pouca ou nenhuma dificuldade em realizar atividades diárias.

No contexto da vida e da qualidade de vida das pessoas, o momento do trabalho é tão importante, que precisa ser valorizado e compreendido. O trabalhador sofreu e ainda sofre consequências negativas sobre sua vida, em relação ao trabalho, seja pelo não reconhecimento de seus direitos trabalhistas, seja pelos aspectos de saúde e bem-estar, já que muitas vezes trabalha em ambientes insalubres, estão expostos aos mais diversos agentes nocivos, além dos riscos laborais.

A qualidade de vida é uma medida de desfecho de muitos pesquisadores, não é um conceito novo, mas tem crescido sua importância em virtude de uma série de razões. A OMS, em 1948, definiu saúde como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas

também a presença de bem-estar físico, mental e social. Recentemente tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como conceito necessário para medida de impacto em saúde (MINAYO, 2000).

Resgatando para o campo da Saúde do Trabalhador, a qualidade de vida no trabalho na visão de Dejours (2006) é importante, pois essa relação entre o ser humano com o ambiente laboral nunca foi fácil, as exigências do trabalho e da vida são ameaças ao próprio trabalhador.

O estresse, por exemplo, se a quantidade presente nas atividades laborais pode levar a duas respostas, pode ser útil ou prejudicial ao indivíduo. Se não existir estresse no trabalho o desempenho tende a ser baixo, uma vez que o trabalhador caia na rotina sem que haja alterações no trabalho. Por outro lado, o desempenho tende a aumentar à medida que o estresse também aumenta, porque leva ao profissional potencializar os seus recursos, como forma de ir de encontro aos objetivos desse mesmo trabalho e a responder a situações desafiantes, funcionando como um estímulo saudável.

Todavia, quando o estresse se torna demasiado elevado, o indivíduo vai perdendo a capacidade de lidar com a situação e começa a ter dificuldade em tomar decisões, iniciando um decréscimo do desempenho, que passa a diminuir tendencialmente para zero, numa situação de ruptura. Segundo Paulos (2009), nestes casos surge como consequências o aparecimento de doenças ou a aversão e recusa do trabalhador ao trabalho em causa.

O presente estudo avaliou 200 profissionais quanto ao risco da síndrome de *burnout* e observou-se que a grande maioria (95,5%) tem riscos para o nível médio da síndrome. E pôde constatar também que entre os indivíduos a qualidade de vida está diretamente relacionada ao risco para *burnout*, ou seja, quanto menor o risco maior será a qualidade de vida e vice-versa.

Para Freitas (2008) existem dois grupos de fatores de risco para causar estresse laboral e, conseqüentemente, fator de risco para *burnout*: os físicos (onde se incluem os biomecânicos, biológicos, químicos e radiológicos) e os psicossociais. No entanto, segundo Paulos (2009) nem todos os indivíduos estão em risco de vir a desenvolver a síndrome, perante as mesmas condições. Para além das condições associadas ao tipo de trabalho e organização, as características de personalidade e demográficas também são fatores a ter em conta.

Freitas (2008) defende que o estresse laboral, risco para a síndrome de *burnout*, pode ser induzido por circunstâncias agrupadas em: ameaça (na antecipação de uma situação desagradável que pode vir a acontecer), dano (na sequência de algo que já ocorreu) e desafio (o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas).

Considerando o ambiente físico como um importante agente nesse processo, pode-se citar como fatores estressores os ruídos elevados (a nocividade depende não só da intensidade, mas também do tempo de exposição, da frequência e do receptor de ruído), as temperaturas extremas (temperaturas elevadas afetam a capacidade de decisão crítica, e temperaturas baixas afetam a destreza manual), vibrações, ventilação inadequada, iluminação insuficiente, entre outros. E muitos desses achados são comuns nas indústrias de calçados.

Ao estratificar os domínios do SF-36 com o sexo observa-se que, entre os participantes da pesquisa, a mulher obteve os piores escores, concluindo que a mesma tem a pior qualidade de vida. A inserção da mulher no mercado econômico surge para evitar o empobrecimento das suas famílias, além de atender também a satisfação pessoal. Porém a mesma não abandona seus afazeres domésticos, criando então uma dupla carga horária de

trabalho, onde a responsabilidade com os filhos, marido, com a casa e consigo mesma, aponta o esforço dessas mulheres ao trabalharem. Restando pouco tempo para seu lazer e descanso.

Ao aplicar o MBI entre os participantes objetivou-se avaliar a presença e os níveis da síndrome. Os resultados apontaram que a maioria dos participantes encontra-se no nível médio da doença. Estudos realizados por Silva, Lima e Caixeta (2010) com profissionais que atuam no Corpo de Bombeiros apresentaram médias das dimensões do MBI diferentes desse estudo, onde na ocasião o Esgotamento Emocional apresentou média de 51,1% com níveis baixos, 15,6% apresentaram níveis médios e 33,3% apresentaram níveis altos. Tal resultado confirmou que para a síndrome de *burnout* e a profissão de bombeiro não houve índice significativo para uma classificação na dimensão Esgotamento Emocional. Porém, ao analisar a dimensão Despersonalização 30,6% dos participantes apresentaram baixos níveis, 18,4% níveis médios e 51% apresentaram níveis altos, tornando um índice significativo para *burnout*, ou seja, os bombeiros apresentaram alto índice de despersonalização.

Sabe-se que a síndrome de *burnout* é muito confundida com estresse, embora sejam diferentes existe uma relação causal entre ambas, onde o primeiro é resultado de um estresse laboral crônico, isso quer dizer que embora a profissão seja estressante, não significa dizer que todos os trabalhadores irão desenvolver a síndrome de *burnout*. Lima (2004, p.18) explica a diferença entre estresse e essa síndrome, segundo ele:

Enquanto o estresse caracteriza-se por excesso de compromisso, o *burnout* pode ser caracterizado pelo descompromisso. Pessoas estressadas sentem-se cansadas, já as com *burnout* estão esgotadas. Enquanto no primeiro o indivíduo tem emoções exacerbadas e fica sem energia, no segundo a doença leva as pessoas a embutirem seus sentimentos e a perder a esperança.

Realizando uma estratificação dos domínios do *burnout* com o sexo, observou-se que existe diferença significativa entre a realização pessoal, onde as mulheres e os homens possuem a pior realização pessoal, pode-se constatar que as atividades por elas desenvolvidas podem estar causando certa insatisfação.

As mulheres precisam trabalhar e gerar renda para satisfazer suas necessidades econômicas (pessoais e de suas famílias), com a baixa remuneração e pouca perspectiva de ascensão profissional, as trabalhadoras sentem-se desestimuladas e, muitas vezes, descontentes com a opção pela profissão. A indústria calçadista exige dos funcionários aumento da produção, visando o lucro e à produtividade, deixando de lado a vida e a saúde daqueles que ali trabalham para produzir. Segundo Maslach e Leiter (1999) as exigências do trabalho acabam “sugando” toda a energia e o entusiasmo de muitos indivíduos. E uma das grandes indicações de que há um desequilíbrio entre o indivíduo e sua atividade laboral é o excesso de trabalho.

Os participantes das pequenas empresas são trabalhadores informais, sabe-se que uma das principais características do trabalho informal é a insegurança, devido à falta de direitos, tais como férias, 13º salário, aposentadoria por tempo de serviço, entre outros. Esses trabalhadores, ao longo do tempo, podem se sentir preocupados por não terem direitos adquiridos durante sua vida de trabalho e dedicação, essas preocupações e inseguranças contribuem para o adoecimento físico e mental. Essas características do contexto laboral têm importância, o estresse laboral crônico leva a síndrome de *burnout*, principalmente quando existe muita pressão e conflitos dentro do âmbito da instituição, poucas recompensas e reconhecimentos.

As mulheres ocupam mais o trabalho informal, fato que também justifica a pior qualidade de vida em relação aos homens da pesquisa. Em relação à situação das mulheres,

uma das questões substantivas a ser considerada é que uma grande parcela das trabalhadoras brasileiras encontra-se excluída do sistema previdenciário, e mesmo a parcela que está incluída sofre desvantagens em relação aos trabalhadores masculinos. Segundo os estudos de Tavares (2003) 51,4% da População Economicamente Ativa feminina não recebem uma renda mensal fixa; além disso, o trabalho doméstico é a maior categoria profissional feminina, e a maioria dessas trabalhadoras exerce suas atividades sem carteira assinada.

Ao analisar o trabalho formal e informal quanto aos domínios do SF-36 observou-se que os trabalhadores formais têm melhor qualidade de vida. Um fato já esperado, pois o conceito de qualidade de vida está intimamente relacionado com a satisfação dos funcionários, tanto quanto a sua capacidade produtiva quanto a sua segurança e oportunidades no trabalho.

Tanto no trabalho formal quanto no informal a pior média foi em relação ao Estado Geral de Saúde. Confrontando esses resultados com outros que utilizaram o SF-36 para avaliação da qualidade de vida, os estudos de Oller et al. (2006) o SF-36 foi aplicado com enfermeiros que trabalham no centro cirúrgico e os resultados diferem apontando uma melhor média no estado de saúde. No estudo citado anteriormente os domínios mais afetado foram a dor, seguido pela vitalidade, pelo aspecto social, e com igual frequência, pelo aspecto físico e pela saúde mental.

Muitos trabalhos científicos apontam que a qualidade de vida piora com trabalhos que exige o desgaste diário, tanto físico como mental, a exemplo de atividades que necessitam de levantar objetos, trabalhar em pé, andar longos percursos, correr e subir escadas.

A dor também foi um domínio que obteve uma média ruim no trabalho informal, dado este ratificado pela literatura que relata que as sobrecargas físicas são importantes e determinantes de problemas ósteo-articulares, tendências depressivas, problemas gástricos entre outros (OLLER et al., 2006). O trabalho, quando executado em ambientes insalubres desencadear doenças ou agravos, encurtar a vida ou até matar os trabalhadores. Para Lima Júnior (2001) todo esse contexto casual entre o trabalho e o sofrimento físico é histórico e coloca ênfase na discussão sobre o corpo como lugar para depósito de doenças provocadas pelas condições de trabalho.

Corroborando com isso, Moraes (2002) afirma que indivíduos que adotam uma mesma posição corporal durante a jornada de trabalho, ficam susceptíveis a desencadear alterações significativas no alinhamento do corpo, o que pode apresentar desconforto na musculatura mais solicitada, bem como pode fazer o indivíduo adquirir uma postura viciosa entre outros problemas relacionados ao trabalho.

Muitos trabalhadores das indústrias de calçados trabalham muito tempo na posição sentada, essa postura possibilita pouca margem de movimentação, tendo como consequência a carga estática sobre certos segmentos corporais. Para Souza; Piaseki (2007) a postura sentada, por melhor que seja, impõe uma carga biomecânica sobre os discos intervertebrais, principalmente na região lombar.

Continuando com a avaliação do tipo de trabalho formal e informal, os resultados apresentaram que o trabalhador informal, dentro da avaliação da síndrome de *burnout*, apresenta o maior esgotamento emocional e maior despersonalização. Ou seja, o esgotamento vem de um trabalho intenso, no qual não existe a preocupação em atender as necessidades individuais do trabalhador. O cinismo, característica marcante da

despersonalização, faz com que os indivíduos se comportem com indiferença e frieza em relação aos seus colegas de trabalho.

Tal fato corrobora com as colocações de Baptista et al. (2005) que afirmam que os profissionais quando expostos a situações que exigem um alto grau de controle emocional, os levam a um elevado nível de estresse, pois os mesmos precisam mascarar suas emoções e acabam substituindo por outras expressões as quais julgam mais adequadas para sua profissão, o que é característico da despersonalização.

O presente estudo também avaliou o tipo de trabalho correlacionando com a síndrome de *burnout*. Os dados apresentaram que, entre os participantes da pesquisa, o Esgotamento Emocional está mais presente no trabalho formal, com nível médio para a síndrome. Enquanto a Despersonalização está mais presente no trabalho informal, também com nível médio da síndrome.

Esse resultado necessita de um estudo mais aprofundado, para entender melhor essa relação entre o tipo de trabalho e os domínios do MBI. Como já foi dito anteriormente, a estrutura organizacional, a sobrecarga de trabalho e a insegurança no trabalho fazem parte do grupo de estressores da dimensão da estrutura organizacional e características do trabalho.

Assim, um trabalho com uma estrutura organizacional demasiado hierarquizada, ou com excessiva centralização na tomada de decisões, leva geralmente a uma baixa satisfação laboral. Os relacionamentos interpessoais também podem gerar estresse ocupacional, e a cronicidade pode desencadear a síndrome de burnout. Os sentimentos de injustiça, assédio moral e sexual, desconsideração, entre outros, são aspectos que influenciam negativamente o ambiente laboral, bem como os problemas de comunicação e a falta de *feedback* em relação ao desempenho do trabalhador.

Cruzando as variáveis: idade, tempo de trabalho e carga horária com o porte da indústria. Ficou constatado que as empresas de pequeno porte têm uma carga horária superior as de médio e grande porte. Bem como, os profissionais que atuam nessas pequenas empresas têm um tempo de trabalho maior. Então dessa forma, ao estratificar o porte da indústria de calçado com o SF-36, buscou-se avaliar se há diferença significativa entre os domínios do questionário genérico sobre qualidade de vida e o porte da fábrica.

Os resultados apresentaram que 6 domínios, dos 8 existentes, apontaram diferenças significativas. E a diferença entre as empresas está na empresa de médio porte, são elas que apresentam piores médias na Capacidade funcional, afirmam ter mais dores, pior Estado geral de saúde, menos Vitalidade, e uma pior auto avaliação de seus aspectos sociais e emocionais. Nas fábricas de pequeno porte houve pior média nos aspectos físicos e saúde mental.

A média baixa na Capacidade funcional entre os trabalhadores da empresa de grande porte indicam que os mesmos encontram-se em dificuldade de realizar atividades cotidianas. Para Biff (2006) o conceito de capacidade para o trabalho vem ganhando destaque nas pesquisas científicas na área de saúde do trabalhador. Onde a criação de políticas públicas, formação de profissionais e instrumentos para avaliar a saúde do trabalhador, busca para ampliar a promoção e a prevenção da saúde ocupacional.

De acordo com alguns estudos, o estresse e a dor são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida, podendo até causar insegurança sobre o futuro no emprego, devido à jornada de trabalho forçada e ao esforço para balancear a profissão e a família (NARDOCCI, 2008). Corroborando com isso, os estudos de Martinez; Paraguay e Latorre (2004) apontam que a satisfação no trabalho é algo complexo e até difícil de definição,

pois é algo subjetivo e individual, variando de pessoa para pessoa, e até mesmo de circunstância para circunstância.

Avaliando a saúde mental dos trabalhadores, os estudos de Araújo et al. (2003) afirmam que a teoria do estresse ocupacional está fundamentado a resposta do organismo as demandas do ambiente laboral, nesse caso o estresse surgem quando essas demandas são superiores a capacidade do indivíduo em responder a todos os estímulos.

Pode-se concluir que a produção de calçados envolve inúmeras operações (modelagem, corte, costura, montagem e acabamento), de forma manual ou com máquina, o que absorve uma quantidade significativa de força de trabalho barata e, em termos gerais, especializadas, pois é preciso deter conhecimento, habilidade e destreza manuais imprescindíveis para a produção do produto.

Avaliando a síndrome de *burnout*, as empresas de grande porte também apresentam as piores médias em relação ao Esgotamento emocional e a Despersonalização. Ou seja, essas empresas se apresentaram como tendo mais pressão, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimento. Todavia, esse dado necessita de um estudo mais aprofundado, tendo em vista que o número de empresas de grande porte incluídas na pesquisa é bem menor do que as demais. Portanto não é possível afirmar que o esgotamento emocional e a despersonalização são sempre maiores nas indústrias de grande porte.

Os resultados também apontaram que o Esgotamento emocional e a Despersonalização estão mais presente nas empresas de grande porte, com predomínio do nível médio da síndrome. Nessas empresas deve ocorrer um desgaste mais excessivo no cotidiano do trabalho, talvez falte qualidade nas interações interpessoais ou falte suporte para que os indivíduos consigam superar as dificuldades encontradas. No geral, as grandes

fábricas investem na introdução de novas tecnologias e isso também pode, por si só, ser fontes geradoras de estresse, bem como a insegurança no trabalho, ou a sobrecarga, que podem ser qualitativas (relacionado com a exigência em competências, conhecimentos e capacidades) ou quantitativas (ligado à quantidade de tarefas a realizar).

Os trabalhos científicos apontam que a síndrome de *burnout* está mais presentes em trabalho considerados de ajuda. A exemplo de policiais, bombeiros, enfermeiros, entre outros, segundo Reinhold apud Burger (2004) os policiais são trabalhadores com grande chance em desenvolver o *burnout* assim como os bombeiros, por está enquadrado em profissões chamadas de “profissões de ajuda”. Porém, outras pesquisas contradiz parte desses estudos, no estudo de Saraiva et al. (2006) realizado com 81 bombeiros, apresentaram baixos níveis de Esgotamento emocional e Despersonalização.

Dessa forma, o cruzamento do tipo de trabalho com o desenvolvimento da síndrome de *burnout* é complexo, e individualizado, e está intimamente relacionado com a incapacidade do indivíduo em lidar com o estresse causado pelo trabalho, transformando em esgotamento e com diversas manifestações clínicas. Corroborando com isso, Benevides-Pereira (2002) afirma que, de acordo com a concepção clínica, essa síndrome é representada por fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimentos negativos e baixa autoestima que pode levar o trabalhador a depressão ou até mesmo a cometer suicídio.

Ao correlacionar o MBI com as variáveis idade, tempo de trabalho e carga horária, observou-se nesse estudo que o Esgotamento Emocional está diretamente correlacionado com a idade e tempo de trabalho, ou seja, quanto maior for a idade do trabalhador e quanto mais tempo atuando na mesma profissão maior o esgotamento emocional. E na Despersonalização a correlação direta foi entre tempo de trabalho, carga horária e

esgotamento emocional, sendo assim, quanto mais tempo de atuação, mais carga horária e maior esgotamento emocional maior será a alteração na personalidade, o que é chamado de despersonalização.

Esse resultado difere dos estudos realizados por Palazzo, Carlotto e Aerts (2012), na ocasião ao pesquisar a síndrome de *burnout* entre servidores públicos de Porto Alegre-RS chegaram a conclusão que quanto menor a idade do participante da pesquisa, a percepção do ambiente de trabalho era pior, aumentando o índice do esgotamento emocional.

Para Benenevides-Pereira (2002) a prevalência maior desta Síndrome está entre trabalhadores mais jovens, sendo mais frequente entre aqueles que ainda não alcançaram 30 anos de idade. Atribuindo ao fato da pouca experiência do trabalhador, a qual acarreta insegurança, ou choque com a realidade quando este percebe que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos. Dessa forma, ainda segundo o mesmo autor “a idealização, comum entre jovens trabalhadores, associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são concretizadas. Logo, a excessiva motivação, paradoxalmente, torna os indivíduos mais vulneráveis à Síndrome de *Burnout*” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p.16).

Outras variáveis do trabalho associadas ao *Burnout* em algumas investigações são o tempo de trabalho e o tempo na profissão. Nos estudos de Freudemberger (1974) apontam que a Síndrome de *Burnout* pode ter início desde o primeiro ano que o indivíduo ingressa na instituição de trabalho. Nesse caso, o autor atribui às dificuldades do trabalhador para sua inserção no grupo, para execução das tarefas, ao sentimento de instabilidade no emprego associada à necessidade de aceitação e reconhecimento, entre outros aspectos. Porém, estudos mais recentes, a exemplo das pesquisas de Benevides-Pereira (2002, p.12),

reafirmam que “a incidência da Síndrome de *Burnout* aumenta com o tempo de trabalho, ora acomete os ingressantes no mercado de trabalho, devido a pouca experiência na profissão e/ou na instituição”.

Na correlação da qualidade de vida, com o uso do SF-36, o resultado da correlação com as variáveis idade, tempo de trabalho e carga horária apresentaram uma correlação invertida entre os domínios do SF-36, ou seja, quanto maior a idade, maior o tempo de serviço e carga horária, menor a qualidade de vida do trabalhador.

Nos estudos de Fernandes, Vasconcelos e Silva (2009) a associação entre faixa etária dos funcionários da Gerencia de Assistência Nutricional (GAN) e a qualidade de vida mostrou que nenhum dos oitos domínios do SF-36 sofreram variações significativas ($p > 0,05$) em função das 3 faixas etárias. Onde prevaleceu a idade entre 31 a 40 anos com 48,4% e 16,1% foi maior que 50 anos e menor que 30 anos.

Semelhante a essa pesquisa, os estudos de Silva e Nunez (2009), na análise de correlação entre as variáveis, não houve nenhuma associação estatisticamente significativa entre a idade, o tempo de docência e a carga horária semanal de trabalho (CHST). A ausência de relação estatisticamente significativa entre essas variáveis também foi observada em investigações desenvolvidas por Lemos (2007) e Penteado e Bicudo-Pereira (2007).

Para Meleiro (2002) a vida moderna e as exigências no âmbito do trabalho levam os indivíduos a, gradativamente, desenvolver algum tipo de distúrbio, diante das atribuições diárias, da alimentação inadequada, a falta de tempo para o lazer, do tempo insuficiente para sono e repouso, acabam resultando em uma pior qualidade de vida e, conseqüentemente, em estresse.

Em parte, isso tem ocorrido devido ao fato das empresas não priorizarem à qualidade de vida do trabalhador, uma vez que, ao invés de procurarem incentivar e aumentar a capacidade dos seus funcionários, principalmente visando ascensão e realização profissional, estão fazendo com que um maior número de trabalhadores sacrifique sua vida e pretensões pelo bem estar das empresas (MASLACH; LEITER, 1999).

6 CONCLUSÃO

- ✓ O sexo masculino é mais prevalente entre os trabalhadores e os participantes têm idade média entre 30 e 35 anos, com tempo atuando na mesma profissão de 12 anos, perfazendo uma carga horária de trabalho superior a 40 horas semanais;
- ✓ As maiorias das mulheres atuam no trabalho informal, nas empresas de pequeno porte e ganham em média um salário mínimo. Já os homens atuam mais no trabalho formal, nas empresas de médio porte e também ganham em média um salário mínimo;
- ✓ A qualidade de vida, segundo os domínios do SF-36, não é boa e nem ruim, encontram os piores escores no Estado Geral de Saúde e Vitalidade.
- ✓ As mulheres participantes da pesquisa têm as piores qualidades de vida em detrimento aos homens, identificado pela as médias mais baixas no SF-36;
- ✓ A presença do *burnout* entre os participantes encontram-se no nível médio da síndrome nos três domínios: Esgotamento emocional, Despersonalização e Realização profissional; Porém não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto à realização pessoal;
- ✓ Não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto ao Esgotamento Emocional e a Despersonalização da Síndrome de *Burnout*; porém foi identificado que os homens apresentam uma reduzida realização pessoal;
- ✓ 191 participantes (95,5%) apresentam o risco médio de desenvolver a Síndrome de Burnout, 6 participantes (3%) o risco baixo e 3 participantes (1,5%) o risco baixo.

- ✓ No trabalho informal existe pior qualidade de vida entre os participantes da pesquisa, tanto na avaliação do SF-36 quanto nos resultados do MBI nos domínios do Esgotamento emocional e Despersonalização;
- ✓ Entre o *burnout* e o tipo de trabalho, pode-se concluir que existe uma relação direta entre o Esgotamento emocional e o tipo de trabalho formal, apresentando nível médio da síndrome; e na Despersonalização a correlação direta foi mais significativa entre o trabalho informal, também no nível médio;
- ✓ Quanto ao porte da empresa, conclui-se que os funcionários da empresa de grande porte apresentam piores qualidades de vida descritas pelos domínios do SF-36, exceto no domínio Saúde Mental que foi mais prevalente entre os funcionários das pequenas empresas;
- ✓ Os trabalhadores das empresas de grande porte têm mais Esgotamento Emocional e mais alterações na personalidade, conhecido como Despersonalização; Apresentando, em ambos os casos, o nível médio da síndrome;
- ✓ Quanto maior a idade e o tempo de trabalho maior foi o nível de Esgotamento Emocional
- ✓ Quanto maior o tempo de trabalho, a carga horária e o Esgotamento Emocional maior foi o nível de Despersonalização entre os participantes;

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, M.B.C; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 3-10, mar. 2003.

ABRUNHEIRO, Lídia Maria Matias. **A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático**. 2005. Disponível em: www.psicologia.com.pt
Acesso em: 08 maio 2012.

ALVIM, M.B. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na Gestalt-terapia. **Estud. Pesqui. Psicol.** vol. 6, n. 2, p. 122-130, dez, 2006.

ARAÚJO, Tania M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Ver Saúde Pública** [online], v.37, n.4, p.424-433, 2003.

ASTRADA, Carlos. **Trabalho e alienação: na fenomenologia e nos manuscritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

BAPTISTA, M.N et al. Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida de bombeiros. **Psicologia Argumento**. Curitiba, v.23, n.42. jul./set. 2005.

BASTOS, J.L. D; DUQUIA, R. P.. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**. Porto Alegre. V.17, p.229-232, 2007. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>. Acesso em 27 de outubro de 2012.

BELASCO, A.G.S; SESSO, R C.C. Qualidade de vida: Princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P; SCHOR, N. **Qualidade de vida: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP- Escola Paulista de Medicina**, 1 ed. São Paulo: Manole, 2006. cap. 1.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (org). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BIFF, P. **Avaliação da capacidade funcional e prevalência de sintomas osteomusculares em trabalhadores de uma indústria de materiais elétricos de Caxias do Sul, RS**. Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2006.

BONITA, R et al. **Epidemiologia básica**. 2.ed., São Paulo: Santos. 2010.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada e, 5 de outubro de 1988. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____, Ministério do Trabalho. Portaria nº 8 de 08 de maio de 1996- NR 07. **Altera Norma Regulamentadora NR-7- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 134, n. 91, p. 8202, 13 de mai., 1996.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto-Lei nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Estabelece os critério sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética, Vol. 04, nº 02, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5. **Saúde do Trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, p.21-32, 2001a.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, p.161-194, 2001b.

_____, Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Emprego. Divisão de Saúde do Trabalhador. **2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Brasília, p. 255, 2001c. Disponível em: <http://www.opas.org.br/bvs/trabalhador/coletanea_textos_econf.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2012.

_____, Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Emprego. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Portaria Interministerial nº 800, Brasília, DF: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNST: “trabalhar, sim! adoecer, não!”**: coletânea de textos/ Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social. Brasília- DF, 2005a.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Legislação, Saúde e Segurança Ocupacional.** Brasília, 2005b. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/leg_default.asp> Acesso em: 20 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes.** Saúde do Trabalhador. Protocolo de Complexidade Diferenciada – Brasília, DF: 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30427&janela=1 >.
Acesso em 15 de setembro de 2012.

_____, **Riscos Biológicos, guia técnico**. Brasília, DF, 2008. Disponível em:
<http://www.mte.gov.br/seg_sau/guia_tecnico_cs3.pdf>. Acesso em 08 de junho de 2012.

BRUZATTI, C.S; LIMA, G.A. **Stress nas organizações: um estudo sobre as influências do stress no comportamento dos funcionários do Centro de Saúde de Pres. Bernardes-SP**. 56 f. Trabalho (Graduação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2008.

BURGET, M.A.F. **Burnout e o trabalho universitário produtivo**. PUC- Campinas, 2003.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2003.

CAMPBELL MJ, JULIOUS SA, ALTMAN DG. **Estimating sample sizes for binary, ordered categorical, and continuous outcomes in two group comparisons**. BMJ. V.28, n. 311, p. 1145-1148. Out.1995. Disponível em:
<<http://www.bmj.com/cgi/content/full/311/7013/1145>> Acesso em 20 de junho de 2013

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área de saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p.57-62, jan./abr. 2006.

CARLOTTO, M. S., & CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach burnout inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Revista Psicologia em Estudo**, v.9, n.3, p. 499-505, 2004.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun., 1999.

CHIAVENATO, I. **Como transformar gerentes em gestores de pessoas**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIMINAZZO, J.G.C. **Síndrome de Burnout nos esportes: a visão de técnicos de tênis de campo.** 2005. 160f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, 2005.

CNTSS. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SEGURIDADE SOCIAL. 2011. Disponível em

<<http://www.cntsscut.org.br/download/conferencia/cnst1.pdf>> Acesso em: 29 de outubro de 2012.

CORREA, A. **O complexo coureiro calçadista brasileiro.** BNDES Setorial, set. 2001. Disponível em:

http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimentos/bndes/set404.pdf Acesso em 14 de dezembro 2012.

COUTINHO, LH. et al. Perfil dos acidentes com perfuro-cortantes em um hospital de Anápolis no período de 2005 a 2007. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente.** Vol. 11, n. 12, 2008. Disponível em: <

<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anuic/article/viewFile/491/468> > Acesso em 23 de outubro de 2012.

DALL'INHA, G.R. **A influencia das práticas e das políticas de recursos humanos sobre o absentismo e a rotatividade: um estudo de caso.** 2006. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)- Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DELIBERATO, P. **Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações.** São Paulo: Manole, 2002.

DE MASI, D. **O futuro do trabalho. Fadiga e Ócio na Sociedade pós-industrial.** 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, Brasília DF, 2000.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. vol.10 ,n.4, Out./Dec.2005. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007 >. Acesso em 22 de setembro de 2012

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geoprocessamento e Estatística**. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=251080>. Acesso em 02 de novembro de 2011.

GOMEZ, C.M; COSTA, S.M.F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. vol.13, suppl.2,1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em 02 de novembro de 2012.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física**. Barueri:Manole, 2004

FERENHOF, I.A.; FERENHOF, E.A. Sobre a Síndrome de burnout em professores. **Eccos. Revista Científica**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.131-151, jun., 2002.

FERNANDES, Iris Iara Botelho; VASCONCELOS, Kaline Cajueira; SILVA, Leila Liani Lopes. **Análise da qualidade de vida segundo o questionário do SF-36 nos funcionários da gerencia de assistência nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Universidade do Amazonas. Belém, 2009.

FERNANDES, S.M.B.A; MEDEIROS, S.M.; RIBEIRO, L.M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 10, n. 2, p.414-427, 2008.

FREUDENBERGER, H.J. Staff burn-out. **J Soc Issues**. v.30, p. 159-165. 1974.

FREITAS, Luís Conceição. **Manual de Segurança e Saúde do Trabalho**. Lisboa: Edições Síbaló, 2008.

FRIAS JUNIOR, C.A.S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1998. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyolla, 1992.

KOLTIARENKO, A. **Prevalência de distúrbios osteomusculares dos cirurgiões dentistas do meio oeste catarinense**. 2005. Disponível em: http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrados/msaude/files/avrurum_kotliarenko.pdf. Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese [Doutorado Faculdade de Ciências Médicas]. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACAZ, F.A. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & saúde coletiva**. v 5, n.1, p 151-161, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 30 de outubro de 2012.

LEITÃO, I.M.T. A; FERNANDES, A.L; RAMOS, I.C. Saúde Ocupacional: Analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Cienc. Cuid. Saúde**, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ciencCuidSaude/article/viewFile/6630/3907>>. Acessado em 01 de junho de 2012.

LEMOS, C. A. F. **Qualidade de vida na carreira profissional de professores de educação física do magistério público estadual do Rio Grande do Sul**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Curso de Educação Física, UFSC, Florianópolis, 2007.

LIMA JUNIOR, JH, ÉSTHER, AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Rev Adm Empresas**. v. 41, n.3, p.20-30. jul./set. 2001.

LIMA, F.B. **Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de call center**. Dissertação [Mestrado]. PUC- Campinas, 2004

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 38, n. 1, p. 55-61, 2004.

MASLACH, C; JACKSON, SE. The measurement of experienced Burnout. **J Occup Behav**. v.2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas, SP: Papirus, 1999.

MASLACH, C. In: ROSSI, A.M; PERREWÉ, P.L; SAUTER, S.L. (org). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. 1. ed. 2. Reimpr. - São Paulo: Atlas, 2007. p.41-55.

McHORNEY, C. A. et al. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. **Medical Care**, Philadelphia, v. 32, n. 1, p. 40-66, jan., 1994.

MEDEIROS, L.M. Estudo da presença de sintomas de LER/DORT em cirurgiões dentista na cidade de Patos-PB. In: **Livro de Memórias do IV Congresso Científico Norte-Nordeste- CONAFF**. Maceió-AL, 2008. ISBN: 85-85253-69-X,

MELEIRO, A. M. A. S. O stress do professor. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress do professor**. Campinas-SP: Papyrus, p. 11-27, 2002.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho á saúde do Trabalhador. **Ver. Saúde Coletiva**. v.25, n.5, p. 341-349, 1991.

MORAES LFS, MORO ARP. **Os princípios das cadeias musculares na avaliação dos desconfortos corporais e constrangimentos posturais em motoristas de transporte coletivo**. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2002.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM- COSTA, S.M.F. A construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. v.13, supl 2, p. 21-32. 1997.

MINAYO, M.C. S; HARTZ, Z.M. A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MORENO, A.B et al.. Psychometric properties of the World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment in the Pró-Saúde Study. **Cad. Saúde Pública**. [periódico na Internet]. 2006 Dic. [citado em 31 de julho de 2007]; v. 22, n.12, p. 2585-2597. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 30 de outubro de 2012.

MUROFUSE, N.T; ABRANCHES, S.S; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.255-261, mar./abr., 2005.

MURTA, S.G.; TRÓCCOLI, B.T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

NARDOCCI et al. Saúde ambiental e ocupacional. In: ROCHA, A.A.; CÉSAR, CLG. **Saúde Coletiva: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

NOSELLA, P. Trabalho e educação. In: **Trabalho e Conhecimento: Dilemas na Educação do Trabalhador** (C. Minayo-Gomez, G. Frigotto, M. Arruda, M. Arroio e P. Nosella, orgs.), p. 27-42, São Paulo: Editora Cortez, 1989.

OLER, Fabiana G., JESUS, Alari F.; BARBOSA, Denise B.; DOMINGOS, Neide M. FAMERP. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Arq Ciênc Saúde**. v.12, n.2, p. 102-110. Abr/jun. 2005.

PALAZZO, LÍlian dos Santos; CARLOTTO, Mary Sandra; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. **Ver. Saúde Pública**. v.46, n.6, p. 1066-1073. 2012.

PARMEGGIANI, L. **Occupational health services in 1984: a prospective model**. Am J Ind Med. v.7, p.91-92. 1985.

PAULOS, Caterina Isabel Fonseca. **Riscos Psicossociais no trabalho**. Lisboa: Varlag Dashofer Edições Profissionais, 2009.

PENTEADO, R. Z.; BICUDO-PEREIRA, I. M. T. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Revista de Saúde Pública**, Rio Claro, v. 41, n. 2, p. 236-243, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200010>. Acesso em: 11 julho. 2013.

PEREIRA, V.T. **A relevância da prevenção do acidente de trabalho para o crescimento organizacional**. Monografia (Serviço Social) - CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E EDUCAÇÃO – UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA, Belém, 2001.

REMOR, E.A. Psicologia da Saúde: Apresentação, Origens e Perspectivas. **Psico**. v.30, n.1, p. 205-217, 1999.

RINALDI, A. **OMS coloca o estresse ocupacional como um fator social**. Federação dos Bancários da CUT SP, São Paulo, 03 jul. 2007. Disponível em: <http://www.fetecsp.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=32493&Itemid=181>. Acesso em: 15 maio 2009

RIBEIRO, J. L. A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas. In **Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, v.2, p. 253-282. 1997.

RIBEIRO, C.C.; BARBOSA, J. A.; OLIVEIRA, M. S. **Síndrome de Burnout e a Enfermagem: revisão da Literatura**. 2008. TCC (Graduação) – Universidade Paulista, Santos, 2008.

ROSSI, A.M.; PERREWE, P.L.; SAUTER, S.L. (Org.) **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da Saúde Ocupacional. 1. ed. 2. Reimpr. - São Paulo: Atlas, 2007.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Rev. SBPH**, Belo Horizonte. v. 8, n. 2, p.1-15, 2005.

ROSA, M.A.S; PILATTI, L.A. Qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho e a NR-17: para além do apenas lega. **FIEP Bulletin**. Foz do Iguaçu, v. 76, n. Edição Especial, p. 50-52, 2006.

SANTOS, G.A.C. **Educação, profissão perigo**: *Burnout*, depressão e o tratamento espiritual no espiritismo. 2004. 234f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

SANTOS, João Bosco Feitosa. **O avesso da maldição do gênesis**: a saga de quem não tem trabalho. São Paulo: Annablume, 2000.

SANTANA, V.S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa no pós-graduação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. V.40, agosto, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30629.pdf> >. Acesso em 11 de setembro de 2012

SARAIVA, F. et al. Síndrome de burnout em bombeiros. **Anais da 58ª reunião anual da SBPC**. Florianópolis, SC- julho, 2006.

SESI. Diretoria de Operações. Divisão de Saúde. Gerência de Segurança e Saúde no trabalho. **Manual de Segurança e Saúde no trabalho**: Indústria de Cerâmica Estrutural e Revestimento / Gerência de Segurança e Saúde no Trabalho. São Paulo: SESI, 2009.

SEIDL, E.M. F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, C.T. **Saúde do Trabalhador**: um desafio para a qualidade total no HEMORIO. 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

SILVIA, Laura Cristina Fonseca; LIMA, Fabiana Batistucci; CAIXETA, Ronaldo Pereira. Síndrome de burnout em profissionais do Corpo de Bombeiros. **Psicologia da Saúde**. v.18, p. 91-100, Jan-Dez, 2010.

SILVA, Júnior Vagner Pereira; NUNEZ, Paulo Ricardo Martins. Qualidade de vida, perfil demográfico e profissional de professores de educação física. **Revista Pensar a Prática**. v.12, n.2, 2009.

SILVA, F.P.P. Burnout: Um Desafio à Saúde do Trabalhador. **Revista de Psicologia Social e Institucional**, [S. l.], v. 2, n. 1, jun. 2000.

SILVA, R.C L et al. **Enfermagem: teorias e dicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2010.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**. São Paulo: ED. McGraw-Hill do Brasil, 1982.

SMELTZER, S; BARE, B. **Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUSA, M.C.P.T. **Relatório**. Porto, 2008. Disponível em <http://www.citma.pt/Uploads/Marta%20Sousa.pdf> Acesso em 16 de novembro de 2012.

SOUZA S, PIASEKI FF. **Influencias que o projeto de ensino em ginástica laboral realizado em 2007, proporcionou na qualidade de vida e do ambiente de dos funcionários do setor administrativo da faculdade integrado de campo mourão – PR**. [artigo]. Disponível em: http://www.grupointegrado.br/portal/interno/pdf/artigos/influencias_que_o_projeto_de_ensino_em_ginastica_laboral.pdf> Acesso 02 de setembro de 2013.

TAVARES, Laura. **As Mulheres na Reforma da Previdência: O Desafio da Inclusão Social**. CFEMEA-FES/ILDES. Brasília, 2003

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.223-233, 2007.

VILARTA, R; GONÇALVES, A. Qualidade de Vida- concepções básicas voltadas à saúde. In: VILARTA, R; GONÇALVES, A (org). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Mnole, p. 27-62, 2004.

VILELA et al. **Experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba: Desafios da vigilância em Acidentes do Trabalho**. Piracicaba-SP, v. 10, n.2, 2001.

WARE, J. E. Sherbourne CD: The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, n. 30, p. 473-483, 1992.

APENDICES

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Lourdes Conceição Martins oriento e coordeno o projeto de pesquisa intitulado “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DO PÓLO CALÇADISTA DO SERTÃO PARAIBANO**”, da aluna de mestrado Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro. O objetivo deste projeto é investigar a Qualidade de Vida (QV) de sapateiros do Pólo Calçadista da Cidade de Patos- PB, bem como identificar os principais fatores organizacionais, ambientais e comportamentais que influenciam na qualidade de vida dos trabalhadores; verificar a presença da Síndrome de *Burnout* entre os sapateiros e os níveis dessa síndrome. Serão aplicados dois questionários, o SF36 para investigar a Qualidade de Vida dos sapateiros e o Maslach Burnout Inventory (MBI) para verificar a presença do estresse ocupacional ou Síndrome de *Burnout*.

A temática é de grande relevância social e científica, com o propósito de mostrar a importância entre trabalho/ocupação como causa de doença. Esta pesquisa almeja trazer contribuições às empresas calçadistas através da investigação da QV dos sapateiros e somar novos conhecimentos aos que já existem, na perspectiva de contribuir para os profissionais da saúde na forma de prevenir, promover, curar e reabilitar as doenças ocupacionais, como por exemplo, a Síndrome de *Burnout*. Também trará benefícios aos empregadores e aos próprios empregados, buscando chamar atenção dos mesmos para uma vida mais saudável e satisfatória dentro do ambiente laboral, com melhorias no clima organizacional, nos relacionamentos, na produtividade e nos resultados. Dessa forma, este trabalho propõe-se a contribuir para as estratégias organizacionais relacionadas à melhoria da qualidade de vida dos empregados.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor, desconforto ou constrangimento. A participação é voluntária e os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 196/96. Os questionários são auto aplicados e, portanto respondidos pelos sapateiros sem a necessidade de um entrevistador.

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida sobre as informações coletadas dos participantes, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados com Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro (0XX83-8897-2909); Lourdes Conceição Martins (0XX1199680552); Luiz Alberto Amador Pereira (0XX1192791699); Alfésio Luís Ferreira Braga (0XX1183975812); poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS no telefone 13-32055555 ramal 1261. **É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo**, e com isso as suas informações serão excluídas e destruídas e, portanto, não analisadas. Os coordenadores do projeto serão responsáveis por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra em poder dos pesquisadores responsáveis.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Lourdes Conceição Martins

(Pesquisador Responsável)

UNISANTOS

APENDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

- 1- Sexo: () Feminino () Masculino
- 2- Idade: _____ anos
- 3- Tempo de trabalho nesse cargo: _____ anos
- 4- Qual é a sua carga horária semanal de trabalho? _____ horas
- 5- Tipo de trabalho: () formal () informal
- 6- Porte da fábrica de calçado: () grande () médio () pequena
- 7- Quanto(s) salário(s) mínimo(s) você recebe?: _____ salários mínimos

ANEXOS

ANEXO A

ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do *Medical Outcomes*

Study 36 – Item short form health survey

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- | | |
|------------|---|
| Excelente | 1 |
| Muito boa | 2 |
| Boa | 3 |
| Ruim | 4 |
| Muito ruim | 5 |

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule uma)
- | | |
|---|---|
| Muito melhor agora do que a um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora do que a um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar	1	2	3

em esportes árduos			
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2

Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

- | | |
|----------------------------|---|
| Todo o tempo | 1 |
| A maior parte do tempo | 2 |
| Alguma parte do tempo | 3 |
| Uma pequena parte do tempo | 4 |
| Nenhuma parte do tempo | 5 |

11. O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoas que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B

MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI

Nesse instrumento você utilizará a legenda abaixo:

0 = nunca 1 = Algumas vezes por ano 2 = Uma vez por mês 3 = Algumas vezes por mês 4 = Uma vez por semana 5 = Algumas vezes por semana 6 = Todos os dias

N°		nunca	Uma vez por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
	Leia atentamente as seguintes afirmações pontuando, o mais sinceramente possível, conforme a intensidade descrita:							
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente devido ao meu trabalho							
2	Sinto-me cansado(a) ao final da jornada de trabalho							
3	Quando levanto-me pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado(a)							
4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas							
5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais							
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço							
7	Lido eficazmente com os problemas das pessoas							
8	Meu trabalho deixa-me exausto(a)							
9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida de outros							
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho							
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente							
12	Sinto-me com muita vitalidade							

13	Sinto-me frustrado(a) em meu trabalho							
14	Creio que estou trabalhando em demasia							
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo							
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse							
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas							
18	Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas							
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão							
20	Sinto-me no limite de minhas possibilidades							
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho							
22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas							

ANEXO C
**TERMO DO INSTITUTO DE PESQUISAS CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS-
IPECI**



UNISANTOS
Universidade Católica de Santos



**FORMULÁRIO PARA PARECER DE PROJETOS APRESENTADOS
COMITÊ DE ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

DADOS DO PROJETO

CÓDIGO: 20120022

DATA DE ENTRADA: 26/03/2012

COORDENADOR: Lourdes Conceição Martins

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE CALÇADO DO SERTÃO PARAIBANO

PARECER

1. HISTÓRICO DA PESQUISA DO SOLICITANTE

a) **Análise da qualidade, regularidade e importância da produção científica e/ou tecnológica, com destaque para a produção recente.**

A pesquisadora responsável é docente da UNISANTOS atuando na graduação e na pós-graduação, com experiência na formação de mestres já vem desenvolvendo pesquisas com o tema qualidade de vida e apresenta produção regular nos últimos anos.

b) **Análise da capacidade demonstrada para formar pesquisadores, com destaque para a atividade recente de orientação.**

A pesquisadora responsável tem ampla experiência na orientação de projetos de mestrado e de iniciação científica.

2. TRABALHO APRESENTADO

a) **Apresenta uma contribuição significativa para a área de pesquisa em que se insere?**

Sim Não

Justificativa:

b) **O trabalho deverá ser encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UniSantos?**

Sim Não

3. ADEQUAÇÃO, RELEVÂNCIA E RIGOR DO PROJETO

A metodologia proposta utiliza instrumentos validados, beneficia trabalhadores de um ramo importante para a indústria local.

4. ORÇAMENTO PROPOSTO

Foi detalhado conforme solicitação.



Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - IPECI
Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nébias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP - Tel.: (13) 3205-5555
www.unisantos.br



UNISANTOS
Universidade Católica de Santos



5. DEFICIÊNCIAS NOTADAS

As solicitações foram atendidas.

6. APRECIÇÃO GERAL DA PROPOSTA

- Excelente
- Muito boa
- Muito boa, com algumas deficiências facilmente sanáveis
- Boa
- Boa com deficiências
- Regular
- Com sérias deficiências

PARECER FINAL

- RECOMENDADO - Registro definitivo, que autoriza o responsável a desenvolvê-lo em nome da UniSantos.
- RECOMENDADO - O registro definitivo será autorizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UniSantos.
- PENDENTE - As respostas a estas questões e comentários deverão ser encaminhadas, no prazo de 30 dias, a partir do comunicado ao coordenador do projeto.
- NÃO RECOMENDADO

Santos, 27 de abril de 2012.



Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas - IPECI
Campus Dom Idílio José Soares - Av. Conselheiro Nêbias, 300 - 11015-002 - Vila Mathias, Santos, SP - Tel.: (13) 3205-5555
www.unisantos.br

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE CALÇADO DO SERTÃO PARAIBANO
Área Temática:

Pesquisador: Lourdes Conceição Martins

Versão: 1

Instituição: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

CAAE: 02147112.0.0000.5536

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 31638

Data da Relatoria: 28/05/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para Dissertação de Mestrado da aluna Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, em Saúde Coletiva, da Unisantos, sob a orientação da Profa. Lourdes Conceição Martins (USP / UNISANTOS). Trata-se de proposta para avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores das indústrias de calçados da cidade de Patos, na Paraíba, identificando os principais fatores que contribuem para a Síndrome de Burnout (doença ocupacional): fatores organizacionais, ambientais e comportamentais. O objeto da pesquisa, portanto, são as doenças ocupacionais, como a Síndrome de Burnout. Sujeito da pesquisa: sapateiro do Pólo Calçadista de Patos / PB.

População de trabalhadores: 3.221 sujeitos, segundo dados do Sindicato dos Sapateiros do Município de Patos. Hipótese de trabalho: probabilidade de que 50% dos trabalhadores tenham ou não boa qualidade de vida e baixo nível de Burnout

Amostra: 343 trabalhadores, acrescido de 20% para possíveis perdas, chegando-se ao total de 411 trabalhadores. Seleção da amostra será feita de forma aleatória, por meio de tabela de números aleatórios, considerando-se o número de cadastro do funcionário.

Critério de inclusão: sapateiros com emprego formal, em atividade laboral há pelo menos 12 meses consecutivos, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa.

Critério de exclusão: sapateiros afastados das atividades por férias, licença e hospitalização.

A amostra (343 sujeitos) será dividida em dois grupos por sexo, sendo 171 indivíduos por grupo para resposta ao questionário.

Metodologia proposta: estudo transversal para avaliar as frequências dos fatores de risco e do desfecho em estudo, bem como estabelecer associação entre eles. Para tanto serão aplicados dois questionários: um questionário multidimensional composto por 36 itens para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de maneira genérica; outro questionário para a identificação da Síndrome de Burnout, constituído de 22 itens, divididos em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho. Análise descritiva das variáveis qualitativas e quantitativas do estudo, testes de associação e de comparação dos dados colhidos. Os questionários serão aplicados nas fábricas de calçados do município de Sapateiros de Patos / PB, que conta com 180 grandes e micros fabricantes de calçados.

No projeto consta o cronograma adequado à execução. Na identificação de orçamento consta material de Xerox, no valor de R\$500,00, com financiamento próprio. Não há referência sobre o custo do deslocamento (Santos e Patos) para aplicação do questionário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores das indústrias de calçado na Paraíba.

Objetivo secundário: verificar e analisar os níveis da Síndrome de Burnout entre os sapateiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar de não haver riscos para os sujeitos da pesquisa, estes podem sofrer algum desconforto na resposta do instrumento, o que não está detalhado no projeto e no TCLE.

Os benefícios estão detalhados no projeto, como sendo: conhecer a qualidade de vida e o estresse profissional para ações que poderão melhorar a qualidade de vida dos sapateiros.