



REVISTA CIENTÍFICA DA UMC



**ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E
PERCEPÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
ASSOCIATION BETWEEN BURNOUT SYNDROME, QUALITY OF LIFE, AND WORKER
HEALTH PERCEPTION**

Alexandre Henrique de Quadros, Jaqueline Sayumi Minagawa

Resumo:

A Síndrome de Burnout é consequência do desequilíbrio entre os estressores laborais e a resposta do indivíduo cronicando o estresse ocupacional. No presente estudo foi aplicado o Questionário de Identificação Preliminar de Burnout elaborado e adaptado por Jbeili inspirado no Maslach Burnout Inventory (MBI) e o Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ – bref), versão abreviada do QWLQ-78. A amostra estudada foi composta por 100 voluntários atuantes em funções administrativas. A relação entre QVT e Percepção de Saúde com Burnout foi verificada por meio do coeficiente de correlação de Pearson, estatística de Regressão e do teste t de Student, estabelecendo-se nível de significância estatística de 95%. Em análise do QWLQ – bref os domínios Físico/Saúde de $3,5 \pm 0,6$; Psicológico de $3,5 \pm 0,8$; Pessoal de $3,8 \pm 0,7$ e Profissional de $3,4 \pm 0,8$. Em relação a Síndrome de Burnout: Exaustão Emocional média de $21,7 \pm 8,1$; Despersonalização média de $10,1 \pm 3,2$ e em Realização Profissional média de $20 \pm 4,9$. A média quanto a percepção de saúde do trabalhador foi de $3,8 \pm 0,7$. Para relação entre os índices da QVT e a incidência da Síndrome de Burnout, foi aplicado o Coeficiente de correlação de Pearson e estatística de Regressão. A Percepção de Saúde foi autodeclara em questão única em escala Likert de 1 a 5. Observou-se uma correlação forte entre as variáveis com $p = -0,74$ e padrão de dispersão negativo. Pode-se observar que a QVT e a incidência de Burnout possuem relação inversamente proporcional.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout; Qualidade de Vida no Trabalho; Saúde do Trabalhador

Abstract:

Burnout Syndrome is a consequence of the imbalance between the labor stressors and the individual's response making chronic the occupational stress. In the present study we applied the Burnout Preliminary Questionnaire elaborated and adapted by Jbeili inspired by the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the QWLQ - 78 Quality of Life at Work Questionnaire (QWLQ - bref), short version of QWLQ - 78. The sample studied was composed of 100 volunteers working in administrative functions. The relationship between QWL and Burnout Health Perception was verified using the Pearson correlation coefficient, Regression statistic and Student's t-test, establishing a level of statistical significance of 95%. In the analysis of the QWLQ - bref the Physical / Health domains of 3.5 ± 0.6 ; Psychological of 3.5 ± 0.8 ; Staff of 3.8 ± 0.7 and Professional of 3.4 ± 0.8 . In relation to Burnout Syndrome: Emotional Exhaustion average of 21.7 ± 8.1 ; Mean depersonalization of 10.1 ± 3.2 and in Professional Achievement average of 20 ± 4.9 . The average of the worker's health perception was 3.8 ± 0.7 . For the relationship between the QWL indices and the incidence of Burnout Syndrome we applied the Pearson correlation coefficient and Regression statistics. Health Perception was self-reported on a single Likert scale from 1 to 5. A strong correlation was observed between the variables with $p = -0.74$ and negative dispersion pattern. This means that the QWL and the incidence of Burnout are inversely proportional.

Keywords: Burnout Syndrome; Quality of life at work; Worker's health

Introdução

A globalização gerou o aumento da competitividade de mercado devido à expansão da capacidade produtiva e informatização de sistemas nas diversas atividades econômicas, elevando também as exigências atribuídas ao trabalhador, observado através do aumento da intensidade e volume da carga de trabalho e das metas a serem atingidas. Resultando no consumo acentuado da energia física e mental desses indivíduos, transformando o ambiente laboral em uma fonte constante de tensão, expondo desse modo o homem a maiores estímulos estressores e tornando-o mais suscetível a desenvolver doenças físicas e mentais consequentes do estresse (Conte, 2003; Mesquita *et al.*, 2013; Gelly, 2014; Pontes, 2015).

As doenças do trabalho são adquiridas ou desencadeadas em função das condições de organização e do ambiente de trabalho, não estando necessariamente diretamente vinculada à nenhuma profissão específica. No mundo contemporâneo o trabalhador precisa se adaptar constantemente, sendo submetido a processos complexos e dinâmicos que demandam habilidades cognitivas e emocionais, muitas vezes essas, em ritmo superior à capacidade de suporte do indivíduo. Essa sobrecarga de informações somada a intensificação do trabalho tem se traduzido em agravos à saúde mental e física do trabalhador e no aumento do adoecimento (Fernandes, 1996; Chaviegato & Pereira Junior, 2004; Dias & Hofel, 2005; Monteiro & Bertagni, 2012, Saracene *et al.*, 2017).

As preocupações e medidas iniciais adotadas para minimizar o adoecimento do trabalhador foram voltadas principalmente aos distúrbios osteomusculares e acidentes de trabalho e redução do estresse físico. De fato, essas preocupações apareceram quando se percebeu a importância do repouso e descanso na prevenção de acometimentos como as lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Entretanto o novo desafio atualmente enfrentado pela gestão de recursos humanos quanto à qualidade de vida e saúde do trabalhador é voltado ao estresse psíquico, sendo as enfermidades ocupacionais de natureza psicológicas as que mais afetam os trabalhadores atualmente (Murofuse *et al.*, 2005; Torres *et al.*, 2011; Araujo Júnior, 2013).

Selye (1965) define o estresse como uma reação do organismo quando submetido a estímulos que perturbem sua homeostasia, reagindo com respostas fisiológicas específicas desencadeadas independentemente da natureza do estímulo.

Em contrapartida França e Rodrigues (1997) apontam que o estresse não pode mais ser definido apenas como estímulo e resposta, sendo necessário investigar os fatores individuais e ambientais, considerando como o estímulo é avaliado e enfrentado pelo indivíduo de acordo com suas características particulares. Independentemente da definição adotada essa resposta fisiológica do organismo habitualmente deve ocorrer de forma aguda, ou seja, durar alguns momentos ou horas. A cronificação do estresse se dá pelo desequilíbrio entre a capacidade e demanda de estressores (físicos ou psicológicos) e de adaptação, na qual o organismo não encontra meios e recursos suficientes para reestabelecer sua homeostasia, permanecendo na condição estressante por dias e meses. O estresse crônico pode levar a disfunções psicológicas e orgânicas significativas na vida do indivíduo (Rio, 1995).

A Síndrome de Burnout é consequência do desequilíbrio entre os estressores laborais e a capacidade de resposta do indivíduo gerando a cronificação do estresse ocupacional. O termo Burnout (do inglês *burn out*) que traduzido pode significar queimar-se ou reduzir a cinzas, é entendido dentro das ciências sociais como esgotamento ou desgaste humano (Jackson *et al*, 1986; Benevides-Pereira, 2010).

As descobertas iniciais sobre a Síndrome são atribuídas ao psiquiatra Herbert Freudenberger (1974) o qual utilizou o termo "*staff burn-out*" (Síndrome de Burnout) para classificar o estado de exaustão física e emocional observados em voluntários com os quais trabalhava. No entanto o distúrbio em muito precede sua classificação, sendo encontrados na literatura publicações de relatos e estudos de caso que datam desde a década de 50 descrevendo os mesmos sintomas e sentimentos posteriormente atribuídos a Síndrome de Burnout. (Bradley, 1969; Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli & Ezzmann, 1998).

As pesquisas internacionais inicialmente desenvolvidas acerca do Burnout limitaram-se ao estudo de indivíduos que prestavam serviços ligados a saúde e educação, como enfermeiros e professores, em virtude de serem consideradas atividades que exigiam maior contato e interação social, se expandindo a partir da década de 90 para outras áreas ocupacionais sendo desenvolvidos estudos com vendedores, religiosos, advogados, dentre outros (Maslach & Leiter, 1997; Babakus *et al.*, 1999; Halbesleben & Buckey, 2004; Lindblom *et al.*, 2006; Randal, 2007; Abacar, *et al.*, 2017; Nogueira *et al.*, 2018).

Os estudos e publicações nacionais sobre o tema concentram suas pesquisas nos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) e

docentes. Contudo, o Burnout não se restringe a atividades laborais únicas, considerando que a relação interpessoal e os demais fatores de risco são inerentes a qualquer trabalho, tornando deste modo todos suscetíveis a apresentar a Síndrome (Benevides-Pereira, 2003; Carlotto & Camara, 2008).

A Síndrome de Burnout possui definição multidimensional caracterizada pelo esgotamento psíquico, emocional e físico do indivíduo expressos em três variáveis essenciais: Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional (Maslach & Schaufeli, 1993; Benevides-Pereira, 2010).

Segundo Maslach e Leiter (1997) a Exaustão Emocional se refere a percepção de sobrecarga de trabalho, quando se apresenta o esgotamento físico (fadiga, mal-estar) e psíquico (ansiedade, falta de entusiasmo ou interesse) como resposta aos estressores emocionais do labor. Como mecanismo de resposta a isso, podem ocorrer alterações na personalidade e comportamento do indivíduo caracterizando a Despersonalização.

A despersonalização ou cinismo nada mais é do que a tentativa de se afastar dos fatores estressores emocionais e tem como características o desenvolvimento da insensibilidade emocional: quando o trabalhador passa a apresentar comportamento impessoal, distante e indiferente direcionado aos clientes ou colegas de trabalho. Em consequência disso, o indivíduo tende a se tornar cada vez mais descontente com o trabalho que realiza, caracterizando a Reduzida Realização Profissional que é definida pelos sentimentos de insatisfação, frustração e incompetência quanto ao seu desenvolvimento e execução de suas funções.

Assim, percebe-se que a Síndrome de Burnout gera consequências negativas que impactam a identidade profissional do indivíduo; e potencialmente ultrapassa as fronteiras do ambiente de trabalho repercutindo também em suas relações familiares e sociais (Benevides-Pereira, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (1998) indicou a Síndrome de Burnout como um dos grandes problemas do mundo profissional atual, assim como Ferrer (2002) a qualificou como “a praga do século XXI”. No Brasil a Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional) foi incluída pelo Ministério da Saúde a partir da portaria nº 1.339 na lista de Doenças do Trabalho (Benevides-Pereira, 2010).

Quando considerada a pesquisa apresentada por Veiga (2000), a qual destaca que a jornada de trabalho média semanal de executivos brasileiros é de 54 horas,

superior a países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha. A pesquisa apresenta ainda o Brasil como 8º em *ranking* da média de horas trabalhadas por ano, à frente do México, Coreia do Sul e Japão. Silva e De Marchi (1997) estimam que as 500 maiores empresas listadas pela revista Fortune, enfrentarão problemas futuros quanto às despesas relacionadas com assistência médica. Fica evidente a necessidade de atentar-se cada vez mais às condições de saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho.

Portanto, a Síndrome mostra-se relevante, não apenas para comunidade médica e científica, mas também a entidades empresariais e governamentais; quando considerado que a integridade físico-psicológica e a qualidade de vida do trabalhador se vinculam a sua produtividade, qualidade do trabalho executado, absenteísmo, afastamentos e conseqüente influência nos custos organizacionais (Maslach & Leiter, 1997; Murofuse *et al.*, 2005; Carlotto & Camara, 2008; Dias & Angélico, 2018).

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi investigar a presença dos indicadores da Síndrome de Burnout; bem como apurar a relação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) com a incidência da Síndrome; e analisar a influência da presença da mesma na percepção de saúde do trabalhador em profissionais atuantes em área administrativa em empresas públicas e privadas.

Materiais e Método

A amostra estudada foi composta por 100 voluntários; funcionários de empresas públicas e privadas, atuantes em funções administrativas, sendo destes 58% do gênero feminino e 42% masculino, os quais foram convidados a participar da pesquisa durante o período de coleta de dados de maio a julho de 2017. Todos os respondentes são alunos dos cursos de MBA da Universidade de Mogi das Cruzes e os questionários foram aplicados por meio de formulários em papel. Durante a coleta de dados foi preservado anonimato dos voluntários e elucidado que os questionários utilizados são de uso apenas informativo e não substituem o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta.

São critérios de inclusão ser funcionário administrativo público ou privado, de ambos os sexos e atuante na função. Os critérios de exclusão referem-se às funções não administrativas, estagiários e profissionais não atuantes no momento da pesquisa.

Como instrumento para coleta de dados foi aplicado o Questionário de Identificação Preliminar de Burnout elaborado e adaptado por Jbeili (2008) inspirado no Maslach Burnout Inventory (MBI). O questionário é composto por 20 perguntas pautadas em características psicofísicas relacionadas ao trabalho, no qual a somatória total dos itens constitui um escore final que os classifica como:

- Nenhum indício da Burnout (0 a 20 pontos);
- Possibilidade de desenvolver Burnout (21 a 40 pontos);
- Fase inicial da Burnout (41 a 60 pontos);
- A Burnout começa a se instalar (61 a 80 pontos);
- Fase considerável da Burnout (81 a 100 pontos).

O questionário compreende também as três dimensões da Síndrome, distribuídas em 09 questões referentes à Exaustão Emocional com pontuação direta mínima de 9 pontos (índice baixo) e máxima de 45 (índice alto); 04 questões à Despersonalização com pontuação direta mínima de 04 pontos (índice baixo) e máxima de 20 pontos (índice alto) e 07 referentes à Realização Profissional com pontuação direta mínima de 07 pontos (índice alto) e máxima de 35 pontos (índice baixo).

Acrescida aplicação do Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ – *bref*) versão abreviada do QWLQ-78 (Cheremeta *et al.*, 2011), composto por 20 questões em escala Likert de 5 pontos que englobam os domínios físico/saúde, psicológico, pessoal e profissional conforme exposto na tabela 1. Para os resultados ao pesquisador compete apenas a tabulação dos dados nos locais especificados em ferramenta do próprio instrumento com cálculos realizados de forma automatizada.

Tabela 1: Domínios do QWLQ – *bref*.

Domínio	Aspectos Relacionados
Físico/Saúde	à saúde, doenças, trabalho e hábitos dos trabalhadores.
Psicológico	à satisfação pessoal, motivação no trabalho e autoestima dos trabalhadores.

Pessoal	à família, crenças pessoais e religiosas à cultura e de que forma influenciam o trabalho.
Profissional	Aspectos organizacionais que podem influenciar a vida dos trabalhadores.

Fonte: Reis Júnior (2008).

A classificação dos resultados é constituída pelos pontos de corte também estabelecidos pelo próprio instrumento conforme tabela 2. A escala de classificação da QVT descreve como insatisfatórios todos os índices inferiores a 45, enquanto os índices entre 45 e 55 são intermediários e os índices superiores a 55 são considerados satisfatórios.

Tabela 2: Classificação proposta para QWLQ – *brief*.

Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório	Muito Satisfatório
0 a 22,5	22,5 a 45	45 a 55	55 a 77,5	77,5 a 100

Fonte: Adaptado de Reis Júnior (2008),

Na mensuração da Percepção de Saúde dos trabalhadores foi acrescentada questão única, caracterizada como uma auto declaração: “Em geral a avaliação que faço da minha saúde é ...”, a ser respondida em escala Likert de 01 (Péssima) a 5 (Ótima).

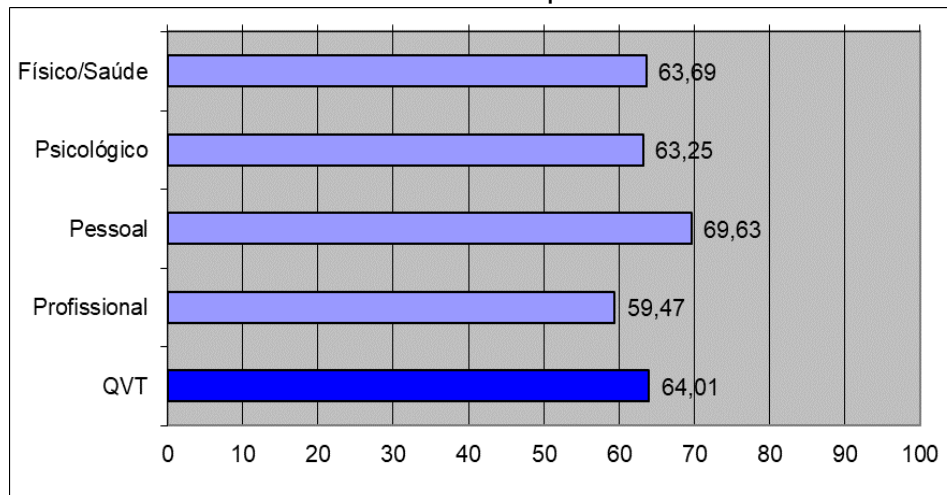
Para análise dos resultados, as variáveis numéricas foram expressas por meio de média, desvio padrão e mediana. Já as variáveis categóricas, foram expressas em dados absolutos e porcentagem. A relação dos índices de Qualidade de Vida no Trabalho e de Percepção de Saúde com Burnout foi verificada por meio do coeficiente de correlação de Pearson e do teste *t* de *Student* de acordo com sua distribuição, estabelecendo-se nível de significância estatística de 95%.

Resultados

Em análise das questões do QWLQ – *brief* os voluntários apresentaram média em relação aos domínios Físico/Saúde de $3,5 \pm 0,6$ pontos (mediana: 3,5; mínimo: 2,3; máximo: 5,0 pontos); Psicológico de $3,5 \pm 0,8$ pontos (mediana: 3,7; mínimo: 1,3;

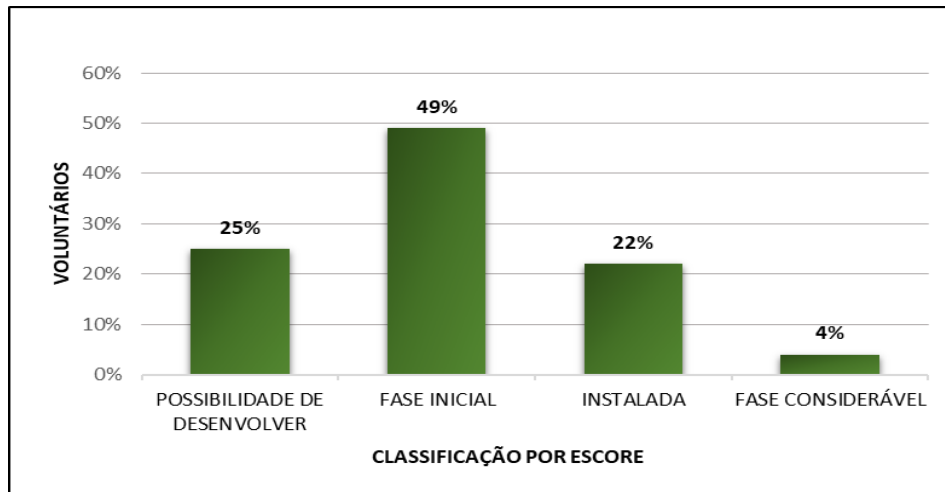
máximo: 5,0 pontos); Pessoal de $3,8 \pm 0,7$ pontos (mediana: 4,0; mínimo: 2,5; máximo: 5,0 pontos) e Profissional de $3,4 \pm 0,8$ pontos (mediana: 3,3; mínimo: 1,4; máximo: 5,0 pontos). Na análise total foi considerada como satisfatória a QVT e nos domínios estudados, conforme expresso no gráfico 1.

Gráfico 1: Domínios e QVT Geral dos profissionais.



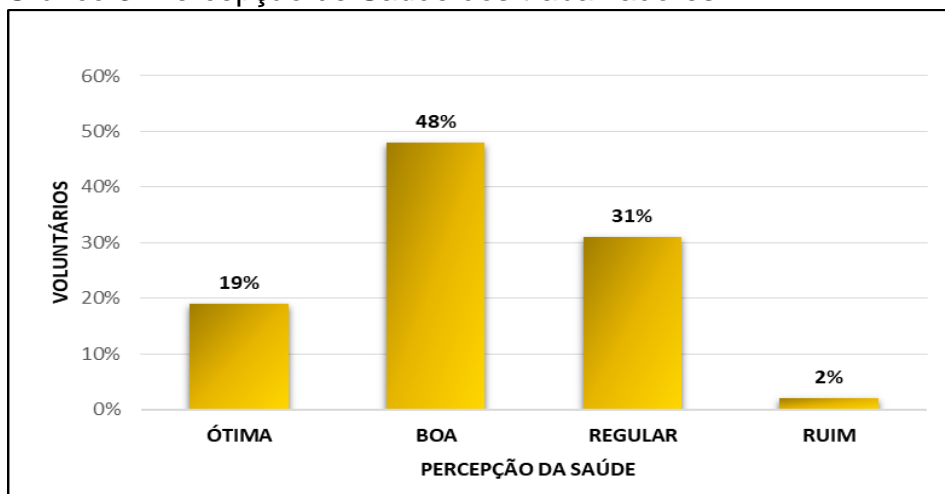
Em relação a Síndrome de Burnout, no cálculo dos valores de escore dentro de cada uma das dimensões da Síndrome os voluntários obtiveram em Exaustão Emocional média de $21,7 \pm 8,1$ pontos (mediana: 20; mínimo: 9; máximo: 43 pontos); Despersonalização média de $10,1 \pm 3,2$ pontos (mediana: 10; mínimo: 4; máximo: 17 pontos) e em Realização Profissional média de $20 \pm 4,9$ pontos (mediana: 20; mínimo: 10; máximo: 32 pontos). A classificação dos voluntários de acordo com escore final obtido no questionário foram apresentados do gráfico 2.

Gráfico 2: Resultado da Identificação Preliminar de Burnout.



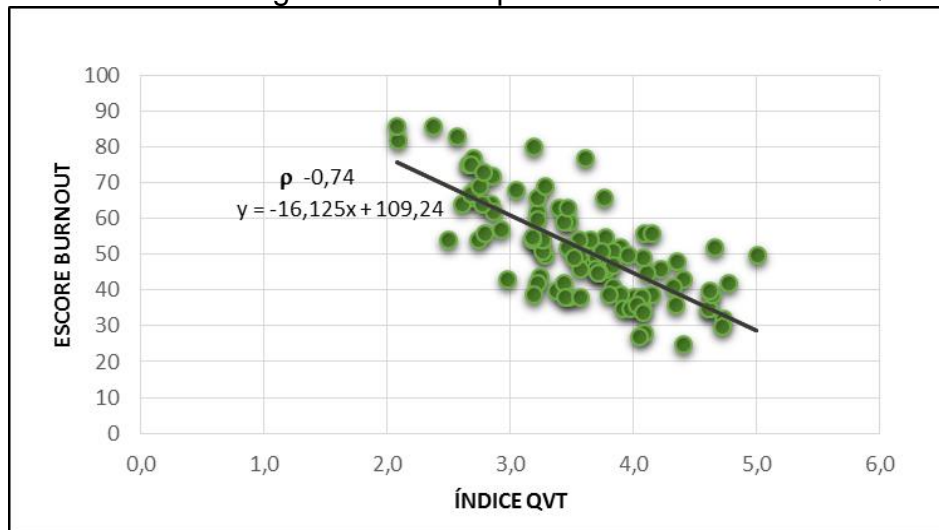
A média quanto a percepção de saúde do trabalhador foi de $3,8 \pm 0,7$ (mediana: 4; mínimo: 2; máximo: 5) distribuídos conforme gráfico 3, onde observa-se que nenhum voluntário percebe sua condição de saúde como péssima.

Gráfico 3: Percepção de Saúde dos trabalhadores.



A fim de apurar a relação entre os índices da QVT e a incidência da Síndrome de Burnout, foi aplicado sob essas variáveis o Coeficiente de correlação de Pearson e estatística de Regressão. Observou-se assim, uma correlação forte entre as variáveis com $p = -0,74$ e padrão de dispersão negativo conforme ilustrado no gráfico 4.

Gráfico 4 Diagrama de dispersão das variáveis QVT e Burnout.

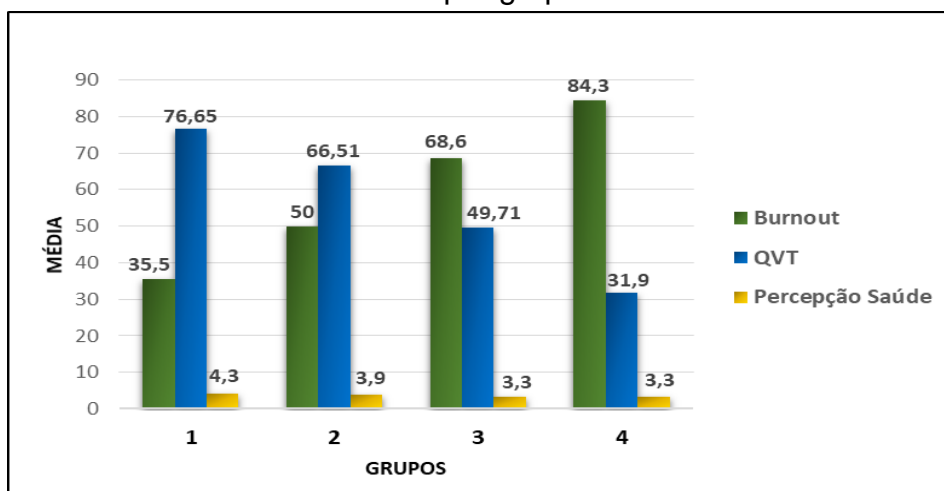


Para análise dos resultados os voluntários foram divididos em 4 grupos de acordo com seu escore, categorizados como:

- Grupo 1: Possibilidade de desenvolver a Síndrome;
- Grupo 2: Fase inicial da Burnout;
- Grupo 3: Instalada Burnout;
- Grupo 4: Fase considerável da Burnout.

Os valores das três variáveis (Burnout, QVT e percepção de saúde) estudados dispostos por grupo estão ilustrados no gráfico 5.

Gráfico 5: Média das variáveis por grupo.



Assim, para avaliar a influência da presença da Síndrome na percepção de saúde do trabalhador os valores médios da variável apresentados pelos 4 grupos foram comparados por meio do teste *t* de *Student* conforme expresso na tabela 3.

Tabela 3: Comparação da percepção de saúde por grupo.

Grupos	Percepção Saúde (média)	P
1	4,3	0,01*
2	3,9	
2	3,9	<0,01*
3	3,3	
3	3,3	0,9
4	3,3	

*p< 0,05

Na comparação entre os grupos 1 e 2 observa-se alteração estatisticamente significativa da percepção de saúde, entre aqueles que estão na linha de fronteira para desenvolvimento do Burnout e quem já se encontra em fase inicial de desenvolvimento; significância estatística presente também na comparação entre os grupos 2 e 3, ou seja, entre a fase inicial e a Síndrome já instalada. Somente a comparação entre os grupos 3, da Síndrome já instalada e grupo 4, Burnout em fase considerável não apresentou relevância estatística.

Discussão

Os resultados mostraram que, 25% dos profissionais estudados encontram-se em linha de fronteira, pois sinalizam a possibilidade de desenvolvimento da Burnout, enquanto os outros 75% já apresentam indícios da Síndrome mesmo em níveis iniciais. Evidenciando, portanto a necessidade da condução de pesquisas de análise multidirecional nas organizações de diferentes setores, assim como, expandir a realização de estudos com profissionais de diferentes áreas de atuação e função, para que a Burnout possa ser classificada e caracterizada de acordo com a realidade e

parâmetros do mercado nacional e se direcionar adequadamente recursos organizacionais em medidas educativas e preventivas para promover a qualidade de vida no trabalho e preservar a saúde do trabalhador.

Os índices de Qualidade de Vida no Trabalho dos participantes da pesquisa se mostraram fortes ($p = -0,74$) e negativamente relacionados com os indicadores da Síndrome, ou seja, quanto menor o índice de QVT maior foi o escore de Burnout apresentado.

Embora o coeficiente de correlação não represente necessariamente uma relação de causa e efeito, sabe-se que programas de QVT buscam promover envolvimento e motivação do indivíduo com o ambiente de trabalho, fornecendo mecanismos de enfrentamento para combater o estresse diário, que se relaciona diretamente com a Síndrome de Burnout a qual implica em problemas e disfunções psicológicas e fisiológicas nocivas ao trabalhador e a organização, afetando por sua vez a qualidade de vida do indivíduo pessoal e profissionalmente; não sendo possível desse modo pensar em uma e desconsiderar a outra. (Bussab & Morettin, 2003; Araújo *et al.*, 2012).

Nesses termos, o resultado obtido é corroborado pelo estudo exploratório realizado por Cobêro, Moreira e Fernandes (2012) para caracterização da Síndrome de Burnout e análise de seu impacto na QVT em uma equipe multidisciplinar de um centro público de saúde, no qual observaram que casos em que a QVT apresentava média baixa a Síndrome apresentava média alta.

Vale ressaltar que percepção de saúde se difere da “situação de saúde”, pois trata-se da avaliação pessoal e subjetiva do indivíduo quanto ao seu estado psicológico e físico, não relacionado necessariamente ao fato da pessoa estar ou não com alguma doença (Schuster *et al.*, 2015).

Assim, na análise da influência da presença da Síndrome na percepção de saúde do trabalhador neste estudo observou-se que houve redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos 1 e 2, bem como entre os grupos 2 e 3, não apresentando relevância estatística apenas entre os grupos 3 e 4. Essa redução pode inferir na influência negativa da presença do Burnout sob a percepção de saúde do trabalhador, embora não tenha sido evidenciado modificação significativa entre o grupo com Burnout já instaurada e o grupo de fase consideravelmente avançada da Síndrome, fator que pode estar relacionado as evidências que apontam a exaustão emocional, ou seja, fase inicial, como gatilho da Burnout.

Considerações Finais

A partir da metodologia adotada e dos resultados obtidos, conclui-se que a Qualidade de Vida no Trabalho e a incidência da Síndrome de Burnout possuem relação inversamente proporcional, na qual baixos índices de QVT representaram altos indicadores da Burnout e vice-versa.

O presente estudo identificou também a influência negativa da presença da Síndrome na percepção de saúde dos trabalhadores administrativos, sendo a saúde dos voluntários acometidos pela Burnout significativamente pior percebida em comparação com aqueles que apresentam apenas possibilidade de desenvolvê-la.

Este tipo de estudo traz à tona a necessidade de fomentar abordagens organizacionais voltadas à prevenção de Burnout em funcionários administrativos. A percepção de que apenas relações diretas com clientes são estressantes deve ser revista, uma vez que as atividades administrativas se compõem de constantes interações interpessoais.

A Síndrome de Burnout não se restringe a uma única área de atuação profissional ou população, uma vez que estímulos estressores podem ser encontrados em todas as atividades tornando qualquer pessoa passível de ser acometida. Ainda assim, nas fases iniciais da Síndrome, mesmo apresentando piora da sua percepção de saúde o indivíduo raramente associa seu desconforto e sintomas com a Burnout, sendo realizado o diagnóstico apenas à medida que a Síndrome começa a afetar sua condição de saúde e qualidade de vida com a instauração de distúrbios psicossomáticos.

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a importância de estudos mais profundos acerca da Síndrome de Burnout e de sua relação com os fatores organizacionais como a QVT, e de sua influência nas condições e percepção de saúde, a fim de estabelecer medidas preventivas efetivas beneficiando as empresas e os trabalhadores.

Referências

- Araújo, C. A. A., Leite, D. O., Sousa, D. J. & Ferreira, M. R. (2012) Incidência da Síndrome de Burnout em docentes do curso de administração de uma instituição de ensino superior pública e sua relação com a satisfação no trabalho. *Anais do Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação*, Palmas, TO, Brasil, 20.
- Araújo Júnior, F. M. (2013) *Doenças Ocupacionais e Acidente de Trabalho: Análise Multidisciplinar* (2ed.). São Paulo: LTR.
- Abacar M, L., Tarcísio & G Aliante. (2017) Burnout em professores moçambicanos do ensino superior público e privado. *Saúde e Pesquisa*, 10(3), 567-577.
- Babakus, E., Cravens, D. W., Johnston, M. & Moncrief, W. C. (1999) The role of emotional in sales force attitude and behavior relationship. *Journal of Academy of Marketing Science*, 27(1), 58-70.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2003) O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 4-11. Recuperado em 10 de setembro de 2017, de http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/burnout-benevides.pdf
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2010) *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (4ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bradley, H. B. (1969) *Community-based treatment for Young and adult offenders*. *Crime and Delinquency*.15, 359-370.
- Bussab, W.O. & Morettin, P.A. (2003) *Estatística básica*. São Paulo: Saraiva.
- Carlotto, M. S. & Camara, S. G. (2008) Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, 39(2), 152-58.
- Chaviegato, L. G. F. & Pereira Júnior. A. (2004) LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 149-62.
- Cheremeta, M., Pedroso, B., Pilatti, L. A. & Kovalski, J. L. (2011) Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 01-15.

Cobêro, C., Moreira, W. G. & Fernandes, L. A. (2012) Impacto da Síndrome de Burnout na Qualidade de Vida no Trabalho dos colaboradores de um centro público de saúde. *Anais do Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. IX SEGeT*, Resende, RJ, 30/10 a 01/11.

Conte, A. L. (2003) Qualidade de vida no trabalho. *Revista FAE Business*, 7, 32-34.

Dias, F. S. & Angélico, A. P. (2018) Síndrome de Burnout em trabalhadores do setor bancário: uma revisão de literatura. *Temas em Psicologia*, 26(1), 15-30.

Dias, E. C. & Hofel, M. G. (2005) O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10 (4), 817-27.

Fernandes, E. (1996) *Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar*. Salvador: Casa da Qualidade Editora Ltda.

Ferrer, R. (2002) Burn out a síndrome de desgaste profissional. *Med. Clin.* 113(13), 495-496.

França, A. C. L. (1997) Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*, 1(2), 79-83.

Gelly, A. G. S. K. (2014) Síndrome de Burnout: o meio ambiente de trabalho que adocece o trabalhador e seu reflexo previdenciário. *Âmbito Jurídico*, 18(127).

Halbesleben, J. R. B. & Buckley, M. R. Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), p. 859-879, 2004.

Jackson, S. E., Schwab, R. L. & Schuler, R. S. (1986) Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640.

Jbeili, C. Síndrome de Burnout. Questionário, 2008. Recuperado em 01 de junho de 2017 em <http://www.chafic.com.br/index_arquivos/burnout.pdf>.

Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fideli, C. & Bryngelsson, I. (2006) Burnout in the working population: Relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 51-59.

Maslach, C. & Schaufeli, W. B. (1993) *Historical and conceptual development of burnout. Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997) *The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what todo about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mesquita, A. A., Gomes, D. S., Lobato, J. L., Gondim, L. & Souza, S. B. (2013) Estresse e síndrome de burnout em professores: Prevalência e causas. *Psicol. Argum.*, 31(75), 627-635.

Monteiro, A. L. & Bertagni, R. F. de S. (2012) *Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais*. São Paulo: Saraiva.

Murofuse, N. T. Abranches, S. S. & Napoleão, A. A. (2005) Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261.

Neves, J. L. (1996) Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisas em administração*, 1(3), 15.

Oliveira, E. M. (2004) Transformações no mundo do trabalho: da Revolução Industrial aos nossos dias. *Caminhos de Geografia* 6(11), 84-96.

Organização Internacional do Trabalho (2013). La prevención de las enfermedades profesionales, 2013. Recuperado em 06/09/2017 em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf.

Word Health Organization (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 403-409.

Word Health Organization (1998) Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. Geneva Division of Mental Health World Health Organization. Recuperado em 12/11/2017 em <http://www.who.int/iris/handle/10665/42215>

Pontes, B. R. (2002) *Avaliação de desempenho: Nova abordagem* (8 ed.). São Paulo: LTr.

Randal, J. (2007) Examining the relationship between burnout and age among Anglican clergy in England and Wales. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 39-46.

Reis Júnior, D. R. (2008) *Qualidade de Vida no Trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção Programa Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, PR, Brasil.

Rio, R. P. (1995) *O fascínio do stress*. Belo Horizonte: Del Rey.

Saracene, J. B., Rocha, J. S., Silva, R. C. & Nose, E. T. (2017) Síndrome do burnout no âmbito hospitalar. *Revista RIT - Inovação Tecnológica*, v. 7 n. 02. Recuperado em 15/06/2018 em <<http://rit.faculdadeflamingo.com.br/index.php/publicacoes/article/view/10>>.

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998) *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.

Schuster, M. S., Dias, V. V., Battistella, L. F. & Grohmann, M. Z. (2015) Validação da Escala MBI-GS: Uma investigação General Survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores. *REGGE Revista de Gestão*, 22(3), 405 – 416.

Selye, H. (1965) *Stress: a tensão da vida*. Ibrasa: São Paulo.

Silva, M. A. D. & De Marchi, R. (1997) *Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho*. São Paulo: Best Seller.

Nogueira, L. De S., Sousa, C. R. M., Guedes, E. S., Turrini, R. N. T, Cruz, D. A. L. M., & Santos, M. A. (2018) Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 358-365.

Torres, A. R. A., Chagas, M. I. O., Moreira, A. C. A, Barreto, I. C. H. C. & Rodrigues, E. M. (2011) O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e sua família. *SENARE*, 10(1), 42-48.

Veiga, A. (2000) Tempos Modernos. *Revista Veja*, 1643(34), 122-129.