



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**HENRIQUE CISNE TOMAZ**

**SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TERESINA  
2019**

**HENRIQUE CISNE TOMAZ**

**SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marize Melo dos Santos.

**TERESINA  
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Serviço de Processamento Técnico

T655s Tomaz, Henrique Cisne.  
Síndrome de Burnout e fatores associados em  
profissionais da estratégia de saúde da família / Henrique  
Cisne Tomaz. – 2019.  
78 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da  
Família) – Universidade Federal do Piauí, Teresina,  
2019.

“Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marize Melo dos Santos”.

1. Esgotamento Profissional. 2. Estratégia Saúde da  
Família. 3. Saúde do Trabalhador. I. Título.

CDD 614.55

**HENRIQUE CISNE TOMAZ**

**SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marize Melo dos Santos.  
PROFSAUDE Universidade Federal do Piauí

---

Prof. Dr. Fabio Solon Tajra.  
PROFSAUDE Universidade Federal do Piauí

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andrea Conceição Gomes Lima  
FACIME Universidade Estadual do Piauí

A maior recompensa pelo nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma (John Ruskin)

Aos meus pais, por terem sido sempre o meu porto seguro, pois foram minha referência, exemplo de vida, de valores éticos e morais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me ilumina, protege-me e se mostra presente a cada momento da minha vida, fazendo-me acreditar e a ter esperança para seguir em frente.

Agradeço imensamente a todos os professores, em especial a minha orientadora, pela paciência, pelos conselhos, por ter me proporcionado o amadurecimento ao dividir comigo seus valiosos conhecimentos.

Aos meus colegas do Mestrado, por compartilharem desafios e ansiedades.

A Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri, que confiou no meu trabalho e possibilitou o acesso aos profissionais que geraram os dados desta dissertação.

Aos profissionais da ESF, por abrirem um tempo em suas agendas, aceitando o desafio de responder as questões e informações, contribuindo para efetivação desta pesquisa.

Aos alunos do Curso de Enfermagem da Chrisfapi e seu coordenador, pelo auxílio na coleta de dados.

À minha amada família, que me apoia em todas as escolhas, se esforçam visando o meu bem, entendem minhas fragilidades e ausências e torcem muito pelo meu sucesso.

A todos, a minha gratidão e carinho!

## RESUMO

**Introdução:** Burnout compreende uma síndrome caracterizada por exaustão emocional que resulta em despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. A crescente prevalência entre os profissionais de saúde nos últimos anos vem sendo apontada como uma ameaça potencial à qualidade dos cuidados de saúde e à segurança do paciente, com atenção especial aos profissionais da atenção básica.

**Objetivo:** Avaliar a presença de componentes da síndrome de burnout e fatores relacionados em profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

**Metodologia:** Delineamento transversal analítico, realizado em Unidades Básicas de Saúde da ESF do município de Piripiri (PI), o qual possui 25 equipes, no período de fevereiro a abril de 2019. A população do estudo foi constituída por profissionais da ESF. A amostra foi composta por 94 profissionais que apresentaram vínculo formalizado com a atenção básica e atuavam regularmente em unidades básicas de saúde do município. Para a coleta de dados foi utilizado formulário contendo variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais. Também foi utilizada a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), para medir estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos; a Escala de Resiliência (ER), que mede os níveis psicossociais de adaptação positiva em resposta a eventos de vida relevantes; e o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), que foi concebido para avaliar o problema em qualquer categoria profissional. Os dados foram processados no *software* IBM® SPSS®, versão 23.0, sendo calculadas estatísticas descritivas e inferenciais. Foram atendidas as normatizações éticas para pesquisas com seres humanos.

**Resultados:** O perfil dos profissionais é constituído a maioria por mulheres, com média de idade de 40,9 anos, com atuação no serviço público de saúde e média de 12 anos de trabalho na Atenção Básica. A prevalência de burnout foi de 38,3%, sendo que 21,3% dos profissionais foram classificados como tendo esgotamento e 9,6% com distanciamento do trabalho. As frequências de altos níveis nos componentes foram de 56 (59,6%) para exaustão e 45 (47,9%) para distanciamento.

**Conclusão:** Os resultados mostram altos níveis de burnout, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores. Além da síndrome instalada, destacou-se como fator ameaçador sintomas de esgotamento, exaustão e distanciamento do trabalho, que surgem e se intensificam quando os trabalhadores não conseguem elaborar formas eficazes de combater os fatores de estresse.

**Descritores:** Esgotamento Profissional. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Trabalhador.



## ABSTRACT

**Introduction:** Burnout is understood by a syndrome that characterized emotional exhaustion that results in depersonalization and decrease of personal achievement at work. The prevailing growing among the health professionals in the last years is being pointed as potential threatened among the health professionals in relationship the quality and security of the patients, with special attention to the professionals of basic attention. **Objective:** To evaluate the presence of components in the burnout syndrome and the factors related to professionals from Strategy Health of Family (SHF). **Methodology:** Analytical cross-sectional designs developed in Basic Units of Health (BUH) in Piripiri in the State of Piauí, in which there are groups, from February to April, 2019. The population of this study was constituted by professionals from ESF. The sample was composed by 94 professionals who presented formalized bond with Basic Attention and worked regularly in basic units from the city. To the collect of data was used formulary that contained socio demographic, economical and professional variables. It was used Problem Facing Mode Scale (PFMS) too to measure facing strategies in relation to specific stressors; the Scale of Resilience (SR), which measure psychosocial positive adaptation levels in relation to events of relevant life; and the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) that was designed to evaluate the problem at any professional level. The data were processed in the software IBM® SPSS®, version 23,0, being calculated descriptive and inferential statistic. Ethical standards have been met with human being. **Results:** The professional profile majority is composed by women, with media age of 40,9 years old working in health public job and 12 years in work of Basic Attention. The prevalence in burnout was 38,3%, 21,3% from the professionals were classified with burnout and 9,6% workout the job. The high levels of frequency in the components were 56 (59,6%) to exhaustion and 45 (47,9%) to distance of work. **Conclusion:** The results showed high levels of burnout, moderate punctuation in the factors which have resilience and short efficiency in the use of strategies to avoid stressors. Besides of installing syndrome, highlighted threatened factor burnout symptoms, exhaustion and distance of work that appear and intensify when workers don't get to elaborate effective ways of fighting stress factors.

**Descriptors:** Exhaustion Professional. Family Health Strategy. Workers health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Esgotamento crônico: um ciclo de perda de demandas diárias de trabalho e um ciclo de ganho perdido de recursos diários de trabalho. ....	20
Figura 2. Componentes exaustão e distanciamento do trabalho da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica .....	35
Figura 3. Classificação / existência da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica .....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequências das características socioeconômicas conforme presença da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica .....	36
Tabela 2. Distribuição de frequências das características de trabalho conforme presença de burnout nos profissionais da atenção básica. ....	37
Tabela 3. Associações entre as características socioeconômicas e de trabalho com o nível de exaustão e distanciamento dos profissionais da atenção básica. ....	38
Tabela 4. Médias, valores mínimos e máximo dos instrumentos (EMEP, ER).....	39
Tabela 5. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. ....	39
Tabela 6. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, segundo sexo. ....	40
Tabela 7. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, segundo presença de curso de graduação. ....	40
Tabela 8. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, segundo faixa etária. ....	41
Tabela 9. Média global e dos fatores da Escala de Resiliência (Wagnild y Young, 1993) adaptada. ....	41
Tabela 10. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, segundo sexo. ....	42
Tabela 11. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, segundo presença de curso de graduação. ....	42
Tabela 12. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, segundo faixa etária. ....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA – American Medical Association

BDNF – Brain Derived Neurotrophic Factor

BM – Burnout Measure

CBI – Copenhagen Burnout Inventory

CBP R – Cuestionario Burnout Profesorado Revisado

CDPE – Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería

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

CID – Classificação Internacional de Doenças

EMEP – Escala Modo de Enfrentamento de Problemas

EPB – Efectos Psíquicos del Burnout

ER – Escala de Resiliência

ESF – Estratégia Saúde da Família

GS – General Survey

HSS – Human Services Survey

IBP – Inventário de Burnout para Psicólogos

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

ISB – Inventário da Síndrome de Burnout

JDR – Job Demands Resources

MBI – Malash Burnout Inventory

OLBI – Oldenburg Burnout Inventory

PBI – Parental Burnout Inventory

SBS HP – Staff Burnout Scale for Health Professionals

SMBM – Shirom-Melamed Burnout Measure

SQB – Short Questionnaire of Burnout

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 REFERENCIAL TEMÁTICO .....	14
2.1 Contexto histórico da síndrome de burnout .....	14
2.2 Prevalência e dados epidemiológicos da síndrome de burnout .....	17
2.3 Fatores relacionados à síndrome de burnout em profissionais da saúde .....	19
2.4 Instrumentos de avaliação da síndrome de burnout .....	25
3 OBJETIVOS .....	28
3.1 Objetivo geral .....	28
3.2 Objetivos específicos .....	28
4 METODOLOGIA .....	29
4.1 Delineamento do estudo .....	29
4.2 Local e período do estudo .....	29
4.3 População e amostra .....	29
4.4 Instrumentos de coleta de dados .....	30
4.5 Operacionalização do estudo .....	32
4.6 Procedimentos para análise dos dados .....	32
4.7 Aspectos éticos e legais .....	33
5 RESULTADOS .....	34
6 DISCUSSÃO .....	44
7 CONCLUSÃO .....	57
REFERÊNCIAS .....	58
APÊNDICES .....	67
ANEXOS .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

A síndrome de burnout, caracterizada por exaustão emocional que resulta em despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho, vem crescendo a prevalência entre os profissionais de saúde nos últimos anos. De acordo com Jurado et al (2018) é apontada como uma ameaça potencial à qualidade dos cuidados e à segurança do paciente.

Estudos apontam o crescimento do número de trabalhadores da área da saúde com adoecimento em consequência do trabalho, acarretando impactos significativos na vida dos trabalhadores. Isto gera a necessidade de ações para identificar as causas de danos e assim contribuam para redução dos prejuízos, preservando a saúde do trabalhador (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Entre os diferentes fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, o ambiente de trabalho é apontado como gerador de conflito quando o indivíduo percebe a lacuna existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos. Neste sentido, direciona-se atenção especial aos profissionais da atenção básica de saúde (BENEVIDES-PEREIRA, 2012).

Em atividades de serviços humanos, educação e saúde, as relações terapêuticas ou de serviço requerem um nível contínuo e intenso de contato pessoal e emocional, que pode tornar a atividade recompensadora e envolvente, ao tempo em que pode ser fortemente estressante (MASLASH; LEITER, 2016).

Reformas na saúde mundial, nas últimas décadas, criaram um estado de mudança que é estressante para os profissionais de saúde, particularmente afetados por restrições econômicas, que desafiam sua capacidade de fornecer cuidados de alta qualidade. Os níveis de burnout sempre foram mais altos nas populações de saúde, porém, estudos recentes sugerem que esses profissionais vêm relatando níveis ainda mais altos de burnout grave (BAKKER; COSTA, 2014).

Apesar do esforço para expandir os estudos sobre o tema no mundo, apenas nos últimos anos começou-se a estudá-la no Brasil (PROSDÓCIMO et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016; TIRONI et al., 2016). Estudos que apresentam o burnout como objeto ainda são escassos no país, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família e com mensurações a partir de instrumentos de medida apropriados usando, além de um conjunto amplo de variáveis independentes, também medidas por meio de instrumentos validados.

Neste estudo, aborda-se o contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo modelo assistencial à saúde propõe reduzir a distância entre as equipes de saúde e a população, o que exige diferentes habilidades dos trabalhadores, considerando que estão em contato diário com a realidade de comunidades, que em geral, são carentes em múltiplos aspectos, o que pressupõe diferentes recursos e enfrentamentos.

Pretende-se responder à questão da pesquisa: “Quais os componentes da síndrome de burnout, bem como fatores relacionados, em profissionais da Estratégia de Saúde da Família?”. Tem-se como hipótese deste trabalho que a prevalência de componentes da síndrome de burnout em profissionais da ESF seja elevada, considerando os múltiplos fatores.

Os dados podem favorecer a compreensão do construto psicológico da síndrome de burnout em profissionais da atenção básica de saúde, acrescentando informações à literatura preexistente e preenchendo possíveis lacunas no conhecimento, bem como promover a reflexão sobre os fenômenos envolvidos nessa pesquisa.

Os resultados podem fomentar a elaboração de propostas que gerem melhoria nos serviços de saúde e na qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam nesse modelo de atenção, mediante implementação de medidas preventivas e interventivas com vistas à garantia de um ambiente de trabalho benéfico e promissor de saúde física e mental. Ademais, ações direcionadas ao bem-estar e preservação da saúde dos profissionais tem como reflexos importantes na assistência aos usuários que necessitam dos serviços públicos de saúde.

Aprender sobre o desgaste profissional e suas consequências potencialmente graves, bem como aumentar o conhecimento sobre como preveni-lo e tratá-lo são cruciais. Saber como identificar o problema tão logo ele se apresente é fundamental; haja visto minha atuação na área de medicina do trabalho em que atuo diariamente com trabalhadores de várias categorias profissionais; inclusive com colegas médicos de várias especialidades; dentre elas, a que está contemplada dentro desta pesquisa, médico da família e comunidade.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Contexto histórico da síndrome de burnout

A palavra *burnout*, de origem inglesa, derivada do termo *burn*, com significado de queimar e *out* que significa fora, designa algo que deixou de funcionar por exaustão de energia. Pode ser traduzida como uma síndrome com características associadas, que representam uma resposta aos estressores laborais crônicos (PÊGO; PÊGO, 2015).

Não obstante, o construto reconhecesse o esgotamento como um aspecto fundamental do burnout, pesquisas da psicologia social e clínica acrescentaram conceitos relacionados às relações interpessoais, como despreocupação, desumanização em autodefesa e processos de atribuição, além de motivação e emoção. Por outro lado, a perspectiva clínica direcionava o problema em termos de distúrbios psicológicos, como a depressão (MASLASH; LEITER, 2016).

De fato, se o burnout fosse apenas “exaustão”, a palavra seria desnecessária, pois não forneceria valor agregado. Estudos recentes vêm trabalhando três principais dimensões dessa resposta: esgotamento; distanciamento do trabalho e um sentimento de ineficácia e falta de realização. Este modelo tridimensional é importante, pois apresenta a experiência de estresse individual dentro de um contexto social e envolve a concepção da pessoa sobre si mesma e dos outros (SONNENTAG, 2017).

A expressão *staff-burn-out* foi utilizada pela primeira vez por Bradley em 1969, para referir o desgaste de profissionais. Porém, foi somente em meados da década de 1970, que o termo *burnout* difundiu-se para dar explicação ao processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional nos trabalhadores, descrevendo como sendo um sentimento de fracasso e exaustão causados por um excessivo desgaste de energia e de recursos, impossibilidade de alcançar objetivos, pela incapacidade de modificar a realidade e sentimento de derrota (BENEVIDES-PEREIRA, 2012).

De acordo com Maslach e Leiter (2016) o estudo da síndrome de burnout iniciou a partir de observações da ocorrência dessas características, relativamente comum em trabalhos de assistência humana, e sua primeira descrição derivou dos estudos de Freudenberger (1974; 1975) e Maslach (1976), ambos trabalhando de forma



independente nos Estados Unidos. As pesquisas sobre burnout foram desenvolvidas em três âmbitos, iniciando pela investigação do problema por meio de entrevistas e observação de campo; em seguida, por meio da criação de instrumentos de medida para a mensuração da síndrome; e por meio de estudos longitudinais.

O termo *burnout*, que significa queimar ou destruir-se pelo fogo, define aquilo que deixou de funcionar por completa falta de energia, ou seja, por ter sua energia totalmente esgotada. No meio laboral sugere que a pessoa com esse tipo de estresse consome-se física e emocionalmente. Metaforicamente, pode ser interpretado como aquilo que chegou ao seu limite máximo (CARLOTTO, 2011).

As definições, nas últimas três décadas, evoluíram de um modelo unidimensional de burnout, baseado na exaustão, sendo apresentado como uma experiência de exaustão física, emocional e mental causada pelo envolvimento de longo prazo em situações emocionalmente exigentes, para um modelo tridimensional baseado no trabalho de Maslach e Jackson (1986). Adicionou-se duas dimensões de despersonalização e reduziu a realização pessoal à dimensão de exaustão.

A expressão “exaustão emocional” (cansaço, diminuição de recursos emocionais e sentimento de que não se tem algo para oferecer) é utilizada no sentido de que as pessoas se sentem emocionalmente sobrecarregadas e exaustas pelo seu trabalho. A “despersonalização”, descreve quando se desenvolve atitudes negativas, sentimentos impessoais em relação aos pacientes, tratando-os como objetos. “Reduzidas realizações pessoais” denotam sentimentos de incompetência, ineficiência e inadequação. Nas avaliações por meio de instrumentos, quanto mais altos os escores de exaustão emocional e despersonalização e quanto mais baixos os escores de realização pessoal, mais o profissional estaria sofrendo burnout (BIANCHI;SCHONFELD;LAURENT, 2015).

A despersonalização, por exemplo, foi descrita como um meio de proteção contra mais afogamento emocional ou um mecanismo homeostático em um trabalhador emocionalmente exausto. Nesse sentido, pode-se argumentar que o esgotamento atua como um "freio" para parar os indivíduos que não sabem como ou quando desacelerar. Mudanças negativas de atitude, como metas reduzidas de trabalho, perda de idealismo, aumento do interesse próprio e aumento do distanciamento emocional dos pacientes são descritas como forma de enfrentamento (SALVAGIONI et al., 2017).

Queixas orgânicas (dores de cabeça, insônia e outros distúrbios do sono, problemas na alimentação, cansaço, irritabilidade), instabilidade emocional e rigidez nas relações sociais são alguns sintomas não específicos associados à síndrome.

Além disso, o problema também tem sido associado à saúde, incluindo a hipertensão, o alcoolismo e infarto do miocárdio (CAROD-ARTAL; VÁZQUEZ-CABRERA, 2013).

Estudos prospectivos e de alta qualidade mostraram consequências físicas, psicológicas e ocupacionais, apontando como efeitos psicológicos da síndrome: insônia, sintomas depressivos, uso de medicamentos psicotrópicos e antidepressivos, hospitalização por transtornos mentais e sintomas psicológicos. Dentre os resultados profissionais, foram identificados a insatisfação no trabalho, absenteísmo, aposentadorias por invalidez, exigências de emprego, baixos recursos para o trabalho e presenteísmo – termo usado para identificar o profissional que está presente fisicamente, mas não tem produtividade (SALVAGIONI et al., 2017).

Apesar da falta de engajamento e distanciamento serem comumente empregados como mecanismos de enfrentamento por pessoas afetadas pelo burnout, são elementos que levam à redução da empatia. Muitos médicos acreditam que o desapego do envolvimento emocional com os pacientes é benéfico, sendo apontado como proteção, melhor concentração, imparcialidade e objetividade sustentadas e melhor gerenciamento do tempo. Em contrapartida, manter a empatia em um relacionamento terapêutico é benéfico e, de fato, pode ser preventivo contra a síndrome (HALL et al., 2016).

Ressalta-se que a síndrome de burnout não é o único tipo de reação que se pode esperar quando exposto ao estresse crônico no trabalho. A exposição estressores específicos está relacionada a certos tipos de respostas que podem ser diferentes de burnout. Fatores tanto sistêmicos quanto sociodemográficos perpetuam a síndrome (BIANCHI, SCHONFELD, LAURENT, 2015; LEITER; MALASH, 2016).

Ocupações específicas relacionadas à assistência tem maior risco de apresentar burnout, sendo as mais comuns as que englobam: médicos, odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, trabalhadores de saúde mental, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, residentes e estudantes de medicina (CAROD-ARTAL; VÁZQUEZ-CABRERA, 2013).

Particularmente em médicos, uma revisão sistemática identificou cinco especialidades com maior prevalência de casos, destacando-se em ordem decrescente: medicina de Unidade de Terapia Intensiva, medicina da família, medicina de emergência, medicina interna e ortopedia (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018). Porém, a síndrome não se resume apenas aos trabalhadores da saúde, mas também ocorre em indivíduos cujas profissões os expõem à tensão e estresse intensos.

## 2.2 Prevalência e dados epidemiológicos da síndrome de burnout

A síndrome de burnout vem recebendo crescente atenção da comunidade científica, empresarial e sindical, devido às consequências negativas para as organizações e seus trabalhadores. A legislação brasileira de auxílio ao trabalhador contempla o burnout nas doenças do trabalho, na descrição dos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho do Decreto n.º 3048/1999, de 6 de maio de 1999, da Previdência Social. Existe, ainda, o direito a concessão de benefício (b91) pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (BRASIL, 1999).

O problema vem sendo afirmado como doença ocupacional, indicado no Grupo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O inciso XII aponta a sensação de estar acabado (síndrome de burn-out, síndrome esgotamento profissional), descrita com o código Z73.0 (CAROD-ARTAL; VÁZQUEZ-CABRERA, 2013).

Investigações da prevalência da síndrome, bem como os fatores relacionados em amostras específicas, são crescentes. Em estudantes de medicina, no Estado do Ceará, Brasil, o burnout foi detectado em 14,9% dos estudantes e 57,7% mostraram risco de desenvolver a síndrome. As regressões logísticas aplicadas apontam uma associação entre burnout e “falha nos exames” e “considerar abandonar o curso”, reforçando, ainda, a importância da implementação da psicopedagogia para abordar a alta prevalência de burnout em estudantes de medicina (ALMEIDA et al., 2016).

No México, estudo observacional realizado com médicos professores de graduação e pós-graduação de um hospital regional do Instituto Mexicano de Seguro Social avaliou o nível de burnout, fatores sociodemográficos, organizacionais e administrativos. Foram 53,3% os profissionais classificados em um nível alto na escala (ISLAS et al., 2017).

Em profissionais de saúde pública que atuam em centros rurais, sob a cobertura da Universidade de Ciências Médicas de Birjand, no Irã, identificou-se que 34,5% apresentaram níveis de burnout moderados a graves. Cerca de 31,4% apresentaram escores anormais de exaustão emocional, 16,8% de despersonalização e 47% de realização pessoal. A prevalência de transtornos mentais foi de 24,5% nos indivíduos com baixo burnout ou sem burnout comparativamente a 60,4% dos indivíduos com burnout moderado ou grave (BIJARI; ABASSI, 2016).

Em profissionais que atuam na saúde mental, um estudo transversal realizado com equipes de enfermagem, residentes e profissionais em um hospital na

Tunísia, verificou altos níveis de burnout entre os enfermeiros, evidenciados pelas subescala de cansaço emocional (pontuação média: 26,18), de despersonalização (escore médio: 10,20) e realização pessoal (escore médio: 32,94); bem como residentes, os quais mostraram altas pontuações em realizações pessoais (pontuação média: 32,56) (HALAYEM-DHOUIB et al., 2010).

Ainda são poucos os estudos que abordam a temática em profissionais da atenção básica com maior profundidade. Estudo brasileiro que analisou a prevalência da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde, na Bahia, verificou ocorrência elevada (16,7%, considerando-se altas pontuações em cansaço emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal; e 58,3%, se nível alto em cansaço emocional ou despersonalização, ou nível baixo em realização pessoal), mesmo diante de discrepância entre os valores encontrados em cada critério utilizado, sendo alto o índice de predisposição para desenvolver esta síndrome (MERCES et al., 2017).

No Rio Grande do Sul, Brasil, estudo desenvolvido com 86 profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família, abrangendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário, bem como agentes comunitários de saúde, verificou uma prevalência geral de 6,9% de burnout, do sexo feminino, com idades entre 21 e 40 anos e pertencentes a diferentes unidades de saúde. Destaca-se que o trabalho foi avaliado pelos profissionais como fonte de satisfação / insatisfação e prazer/sofrimento (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

No México, abordou-se a saúde mental de profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, e funcionários administrativos em um centro de saúde primária. No âmbito da saúde, os componentes da síndrome apresentaram prevalências dos níveis alto ou moderado dos componentes foram: 17,23% em exaustão emocional, 24,12% em despersonalização e 20,68% em realização pessoal; no âmbito administrativo: 27,58% em exaustão emocional, 48,26% em despersonalização e 34,47% em realização pessoal (TESILLO et al., 2018).

A síndrome pode ser um precursor ou correlato da depressão crônica e uma forma alternativa de manifestar sofrimento emocional. No entanto, enquanto o transtorno depressivo maior permeia a maioria dos aspectos da vida de um paciente, o burnout tem sido considerado uma síndrome especificamente relacionada ao trabalho, que ocorre mais comumente em pessoas que trabalham com receptores humanos de serviços (PENZ et al., 2018).

### 2.3 Fatores relacionados à síndrome de burnout em profissionais da saúde

Os fatores de risco para a síndrome de burnout podem ser organizados nos seguintes grupos: (a) características negativas do trabalho, como carga excessiva, conflitos de trabalho, recursos reduzidos, *feedback*, insegurança no trabalho, esforço (desequilíbrio de recompensa), duração do treinamento e atraso na gratificação; (b) fatores ocupacionais, como hierarquia, poucos profissionais para alta demanda, tempo de atuação na profissão e tempo total de carreira; (c) fatores organizacionais, como mudanças organizacionais frequentes; (d) variáveis demográficas (ex. faixa etária adulto jovem, não casados ou mulheres com crianças pequenas); (e) traços de personalidade, como baixa resistência e baixa autoestima; (f) atitudes no trabalho, com destaque para expectativas irrealistas e questões financeiras (salário) (CAROD-ARTAL; VÁZQUEZ-CABRERA, 2013).

Saúde ocupacional deficiente e redução da capacidade de trabalho dos trabalhadores podem causar perdas econômicas. Os problemas de saúde mental e outros distúrbios relacionados ao estresse são reconhecidos como uma das principais causas de aposentadoria precoce, altos índices de absenteísmo, comprometimento geral da saúde e baixa produtividade organizacional. Pessoas em risco de desenvolver a síndrome e depressão podem contribuir para piorar o desempenho no trabalho, aumentar o absenteísmo e a rotatividade de empregos, diminuir a produtividade e ter um efeito negativo sobre os colegas de trabalho (GEORGANTA et al., 2014).

Nesse contexto, a síndrome de burnout pode provocar elevados custos diretos, que incluem os custos de vacância, perda de produtividade, recrutamento e administração e os custos de treinamento e *start-up* de novos funcionários; e indiretos, que englobam a instabilidade da força de trabalho, a redução da produtividade, o aumento do estresse e do risco de desenvolver burnout entre os funcionários remanescentes e a redução do comprometimento com o trabalho (CAROD-ARTAL; VÁZQUEZ-CABRERA, 2013).

Estudo de revisão sistemática apontou que um bem-estar deficiente e níveis moderados a altos de burnout estão associados com pobres resultados de segurança do paciente como erros médicos. Embora a falta de estudos prospectivos reduza a capacidade de determinar a causalidade, é importante avaliar as implicações significativas para os formuladores de políticas e equipes de gerenciamento dentro dos contextos de saúde, para que as organizações forneçam um ambiente de trabalho

que promova o bem-estar da equipe e proteja contra a síndrome de burnout, para posteriormente fornecer um serviço seguro aos seus pacientes (HALL et al., 2016).

Além disso, em temas de hierarquia, o sofrimento por assédio moral e o esgotamento são fatores sérios, podendo afetar o atendimento ao paciente por meio de mais erros médicos autorrelatados, cuidados inadequados de pacientes, aumento do tempo de internação e estratégias de fuga e esquiva do profissional de saúde afetado que são direcionados aos pacientes. Estudo aponta, ainda, a associação entre esses fenômenos e a intenção de deixar o emprego (SAJJADI et al., 2017).

Fatores relacionados diretamente ao trabalho assumem importância no estudo da síndrome, pois tanto podem oferecer recursos para que a pessoa tenha condições de manter/promover seu bem-estar ou, ao contrário, podem se constituir em um elemento desencadeador da síndrome. Cumprir tarefas não acostumadas cria estressores e parece que o ambiente de trabalho em constante mudança predispõe os profissionais a experimentarem altos níveis de estresse (GOUVÊA et al., 2014).

São crescentes as investigações sobre como as pessoas com níveis mais altos (*versus* inferiores) de esgotamento (crônico) que, porém, ainda estão no trabalho, funcionam diariamente. Bakker e Costa (2014) combinaram dois processos centrais no modelo *Job Demands Resources* (JD-R) para explicar como profissionais com altos níveis de burnout podem ficar presos a ciclo de perdas de altas demandas diárias de trabalho e alta exaustão diária e não conseguem mobilizar seus recursos de trabalho diários, distinguindo dois níveis de análise do funcionamento: o nível da pessoa (nível de burnout crônico) e o nível do dia (nível diário) (figura 1).

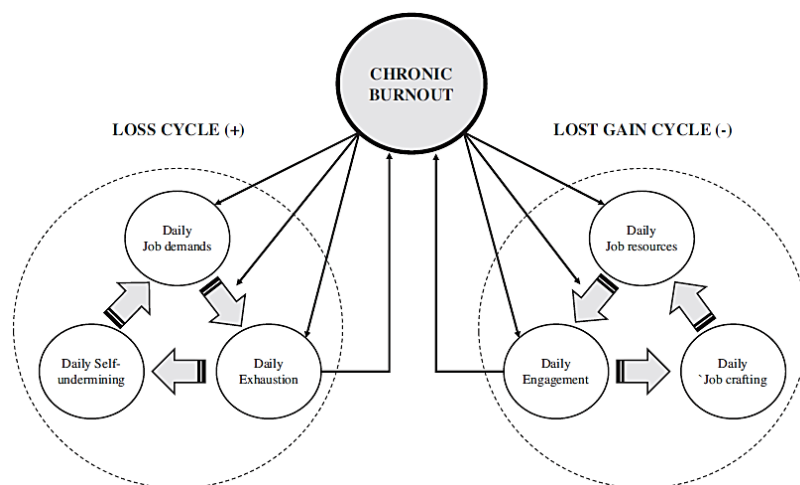


Figura 1. Esgotamento crônico: um ciclo de perda de demandas diárias de trabalho e um ciclo de ganho perdido de recursos diários de trabalho. Fonte: Bakker e Costa (2014)

Nesse contexto de prestação de serviços, em geral, predomina-se a exigência de comportamentos altruístas, colocando as necessidades dos outros em primeiro lugar, ainda que seja necessário prolongar a carga horária de trabalho e extrapolar funções específicas, tendo em vista abranger ambientes organizacionais moldados por fatores sociais, políticos e econômicos que, por vezes, resultam em ambientes de trabalho com altas demandas e poucos recursos (BAKKER; COSTA, 2014).

Estudo sobre burnout realizado em parceria com a *American Medical Association* (AMA) verificou que um primeiro ponto-chave é a satisfação profissional entre os médicos, a qual foi correlacionada à percepção de prestação de cuidados de alta qualidade. Da mesma forma, os obstáculos que obstruem a prestação de cuidados de alta qualidade fontes de insatisfação profissional, como apoio inadequado da liderança e barreiras ao pagamento dos serviços (BRIDGEMAN; BRIDGEMAN; BARONE, 2018).

O segundo fator chave relacionado à síndrome de burnout foi apontado como bivalente e refere-se à tecnologia. Embora os avanços objetivem promover o compartilhamento de informações de saúde, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a percepção da prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, essas tecnologias contribuíram para a insatisfação profissional, sendo citados pelos profissionais aspectos como a usabilidade, restrições de tempo, influência da tecnologia no relacionamento com o paciente, influência na realização do trabalho e piora na documentação clínica (BRIDGEMAN; BRIDGEMAN; BARONE, 2018).

No contexto demográfico, estudo brasileiro verificou associação estatisticamente significativa entre síndrome de burnout e a variável idade jovem, sendo mais comum entre os que ainda não alcançaram 30 anos. Os mais jovens obtiveram escores superiores nas subescalas de desgaste emocional e despersonalização. A idealização, comum entre jovens trabalhadores, associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são concretizadas. Nesse sentido, a excessiva motivação, paradoxalmente, torna os indivíduos mais vulneráveis ao burnout (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

O gênero é um determinante crítico da saúde mental. As disparidades são ainda maiores nos países em desenvolvimento, onde as mulheres tiveram apenas um envolvimento recente na força de trabalho. Várias causas de burnout específicas para as mulheres incluem: o duplo papel que desempenham em casa e no trabalho; os papéis de gênero da sociedade e a influência das expectativas sociais; o risco de assédio sexual no trabalho e violência doméstica (AMOAFU et al., 2015).

O número de filhos vem sendo apontado com efeito negativo no desenvolvimento do burnout, em geral, mostrando ser um fator adicional, além da atividade profissional e de ensino, que está longe de ser considerado protetor para o seu desenvolvimento (ISLAS et al., 2017).

Foram identificadas associações estatisticamente significativas entre o nível de burnout em profissionais de saúde pública que atuam em centros rurais no Irã e as variáveis: idade, nível de escolaridade, número de filhos e anos de trabalho. Neste estudo foi apontado um burnout prevalente entre os profissionais de saúde, bem como possíveis estratégias de intervenção para reduzir as pressões relacionadas ao trabalho e obter um desempenho mais desejável, destacando-se a redução da ambiguidade ou conflito de trabalho, participação do planejamento de novos programas e melhoria da interação com as autoridades de saúde (BIJARI; ABASSI, 2016).

No México, estudo observacional realizado com médicos professores de graduação e pós-graduação verificou que a síndrome de burnout é frequente e diretamente influenciada pelo fator preocupações pessoais e pela falta de organização, sendo que as variáveis especialidade, número de filhos, situação de trabalho, condições organizacionais e preocupações pessoais tiveram maior influência em sua apresentação (ISLAS et al., 2017).

Em outro estudo, realizado com profissionais de saúde e funcionários administrativos em um centro de saúde primária, não foram verificadas diferenças entre as variáveis sociodemográficas, entretanto, os resultados no componente de despersonalização do burnout obtiveram maiores pontuações na equipe administrativa, sendo que diferenças entre os deveres, maior distância para o trabalho e menor escolaridade foram associados à síndrome de burnout e poderiam causar a presença de despersonalização e a falta de outros componentes da síndrome (TESILLO et al., 2018).

Quanto aos traços de personalidade, um estudo desenvolvido com 719 profissionais da saúde, incluindo médicos e enfermeiros, identificou diferentes perfis profissionais de acordo com sua autoestima, empatia e apoio social. A análise de agrupamento mostrou a formação de quatro grupos baseados na autoestima (baixa, média, alta), empatia cognitiva/afetiva e apoio social percebido (JURADO et al., 2018).

A autoestima afeta as atitudes dos indivíduos e seu desempenho profissional (LÓPEZ et al., 2015), assim como a falta de realização pessoal leva à baixa



autoestima e desmotivação para o trabalho (ROMERO, 2014). É importante estudar burnout com atenção às características individuais e sociais, onde a autoestima se mostra como uma das variáveis explicativas que fazem as principais diferenças entre os grupos.

A síndrome de burnout geralmente tem mais de uma causa, e seus sintomas devem ser tratados em vários níveis, incluindo autoconfiança dos indivíduos, autogerenciamento e autocuidado. A autoconfiança é considerada um antecedente do burnout e compreende a crença ou o grau de certeza que os indivíduos possuem sobre sua capacidade de ter sucesso nas tarefas (ISERSON, 2018).

Indivíduos com níveis mais baixos de autoconfiança, em geral, apresentam maior estresse no exercício de suas funções porque acentuam as dificuldades encontradas no ambiente, enquanto os trabalhadores que têm um nível mais alto de autoconfiança tentam mais frequentemente usar estratégias ativas de enfrentamento (LEON et al., 2015).

Autogerenciamento significa as intervenções, o treinamento e as habilidades pelas quais as pessoas com a Síndrome de burnout podem efetivamente cuidar de si mesmas e aprender como fazê-lo. Estratégias de autocuidado para manter a saúde física e mental também devem ser promovidas e inclui todas as decisões de saúde que os indivíduos tomam para si e suas famílias para obter e permanecer fisicamente e mentalmente saudáveis. Habilidades de competência pessoal (comunicabilidade, capacidade de trabalhar em equipe, tolerância, flexibilidade, orientação para o serviço) também devem ser trabalhadas (LEON et al., 2015).

Revisão sistemática reforça que os fatores que se destacam como associados à síndrome de burnout são os relacionados à organização e ambiente do trabalho e à maneira como os profissionais enfrentam o estresse (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

Médicos e outros profissionais tornam-se expostos a maiores níveis de estresse no curso de sua profissão e são particularmente suscetíveis a sofrerem de burnout. Aponta-se que os médicos que sofrem da síndrome correm maior risco de tomar decisões erradas, exibir atitude hostil em relação aos pacientes, cometer mais erros e ter relacionamentos difíceis com colegas de trabalho (KUMAR, 2016).

Estudo que avaliou a relação entre traços de personalidade e síndrome de burnout em médicos de atendimento de urgência móvel, verificou que aumentos nos níveis de “neuroticismo”, “depressividade” e “labilidade emocional” foram

acompanhados por aumentos nas escalas exaustão emocional e despersonalização. Valores maiores de “agressividade espontânea” foram acompanhados por maiores valores na escala despersonalização (BERGMUELLER et al., 2018).

Uma revisão sistemática realizada por Chow et al (2018), com vistas a uma compreensão mais profunda da relação entre a síndrome de burnout e a função do sistema límbico, mediante avaliação das estruturas cerebrais associadas, mostrou grande impacto do estresse ocupacional crônico sobre as estruturas límbicas em termos de desregulação HPA, inibindo a via de controle de retroalimentação neste eixo, provocando diminuição do fator neurotrófico derivado do cérebro (*brain-derived neurotrophic factor*, BDNF), prejudicando a neurogênese e causando, eventualmente, atrofia de estruturas límbicas.

Estudo realizado na Bélgica investigou a relação entre personalidade tipo D e burnout em enfermeiros. O tipo D compreende um traço de personalidade relativamente estável, caracterizado por uma combinação de uma grande variedade de emoções negativas (afetividade negativa) e, ao mesmo tempo, inibe essas emoções em situações sociais para evitar a rejeição ou a desaprovação (inibição social). Pessoas com altos níveis de afetividade negativa são propensas a sentir angústia, ansiedade, irritabilidade, pessimismo e desespero (GEUENS et al., 2015).

Ademais, a afetividade negativa está relacionada a uma visão negativa de si, do mundo, do futuro e de outros. A inibição social está associada ao fato de os indivíduos estarem tensos, terem menos vínculos pessoais e serem desconfortáveis quando se socializam com outras pessoas (GEUENS et al., 2015).

A síndrome de burnout pode afetar praticamente qualquer pessoa, funcionários em várias ocupações e relações de cuidado, podendo ser o resultado de uma interação complexa do local de trabalho e fatores sociais e individuais. O desgaste e o estresse relacionado ao trabalho têm consequências negativas para a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, bem como a produtividade e o custo-benefício das indústrias e serviços para os quais trabalham. A crescente globalização e transferência de práticas de trabalho insalubres facilmente transformam isso em um enorme desafio (LEON et al., 2015).

Todavia, é importante ressaltar que o desenvolvimento de burnout envolve vários fatores individuais e laborais sendo, portanto, multicausal, na qual as variáveis socioambientais são coadjuvantes do processo.

## 2.4 Instrumentos de avaliação da síndrome de burnout

Todo aspecto do âmbito psicológico é de difícil mensuração, tendo em vista tratar-se de construto amplo e influenciado por diversos elementos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Por isso, são elaborados instrumentos de medida, os quais precisam ser avaliados quanto à sua validade e confiabilidade, para garantir uma boa medida do objeto. São vários os instrumentos de medida existentes na literatura e que fornecem suporte à avaliação da síndrome de burnout.

O *Malash Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido em 1981, foi um dos primeiros instrumentos a sustentar estudos sobre a síndrome. Sua versão inicial era composta por 25 itens, estruturados em quatro dimensões e respondidos quanto à presença de problemas e sua intensidade. Após procedimentos de validação, em 1986, foram reduzidos para 22 itens, foram eliminadas as respostas de intensidade e passou a conter três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho) (MASLACH; JACKSON, 1981: 1986).

Posteriormente, o instrumento foi publicado em duas versões: *Human Services Survey* (HSS), para profissionais da área da saúde; e *Educators Survey*, para os da área de educação. Em 1996, foi publicada uma terceira versão: *General Survey* (GS), indicada para qualquer profissional, independente de área ou categoria. Nesta versão, a nomenclatura de duas dimensões foi alterada: "realização pessoal" passou para "eficiência" e "despersonalização" foi denominada "cinismo", iniciando várias críticas por essa terminologia não contemplar toda a complexidade dessa dimensão do problema (SQUIRES et al., 2014).

Muitos outros instrumentos foram desenvolvidos para avaliação da síndrome, como: *Burnout Measure* (BM) (PINES; ARONSON, 1988); *Efectos Psíquicos del Burnout* (EPB) (GARCÍA-IZQUIERDO; VELANDRINO, 1992); *Short Questionnaire of Burnout* (SQB) (MORENO et al., 1997); *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (KRISTENSEN et al., 2005); *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) (MELAMED et al., 2006), os quais podem avaliar qualquer categoria profissional. *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) (JONES, 1980); *Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería* (CDPE) (MORENO; GARROSA; GUTIERREZ, 2000); *Cuestionario Burnout Profesorado Revisado* (CBP-R) (MORENO-JIMÉNEZ et al., 2002); *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT), apresentado em duas versões: para profissionais da saúde (PS) e para cuidadores de pessoas com deficiências (PD) (GIL-

MONTE, 2005); Inventário de Burnout para Psicólogos (IBP) (BENEVIDES-PEREIRA; MORENO-JIMÉNEZ, 2000; MORENO-JIMÉNEZ et al., 2003); *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), Escala de Caracterização do Burnout (TAMAYO; TRÓCOLI, 2009); Inventário da Síndrome de Burnout (ISB) (BENEVIDES-PEREIRA, 2015); *Parental Burnout Inventory* (PBI), para profissionais com filhos (ROSKAM et al., 2017).

É importante destacar que a maioria dos estudos baseia-se em dois referenciais: critérios propostos por Ramirez et al (1996), que define burnout quando se encontram altas pontuações em cansaço emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal; e critérios de Grunfeld et al (2000) que, por sua vez, consideram o diagnóstico de burnout quando o indivíduo pontua nível alto em cansaço emocional ou despersonalização, ou nível baixo em realização pessoal.

De forma geral, estes questionários de autorrelato ou autopreenchimento são constituídos por itens em forma de afirmações para serem respondidos por meio de escala Likert. Apesar das semelhanças em formato e normatização, há importantes diferenças teóricas e culturais. Muitos são construídos com base em construtos sobre a síndrome que divergem em relação a características definidoras, além do contexto de aplicação, por exemplo, o sistema de saúde instituído (sistemas privados, universais ou mistos). Outra limitação é a existência da versão no português brasileiro.

O MBI apresenta limitações importantes, especialmente em decorrência dos procedimentos de adaptação transcultural para o Brasil terem sido realizados em categorias profissionais específicas, limitando a abrangência das inferências. Não há versões do MBI validadas pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), que é o órgão oficial do Conselho Federal de Psicologia, responsável por autorizar o uso de instrumentos de avaliação psicológica no Brasil.

Além disso, deve-se considerar a fonte do construto do instrumento, o qual foi desenvolvido a partir de referenciais para a realidade norteamericana. Este fato se torna mais agravante no que concerne à avaliação dos profissionais de saúde, em especial, no contexto do Sistema Único de Saúde, pois não existem serviços universais de saúde públicos nos EUA, apenas sistemas privados, o que impõe algumas condições diferentes apresentadas na redação ou interpretação dos itens.

Schuster e Dias (2018) consideram que, do ponto de vista psicométrico, MBI-GS apresenta uma série de falhas, como possível enviesamento das respostas, já que as questões são apresentadas no sentido negativo para as dimensões exaustão e cinismo e, no sentido positivo, para a dimensão eficácia no trabalho.

Outra falha apontada refere-se a dimensão exaustão, que mensura somente aspectos afetivos, ignorando aspectos físicos e cognitivos do trabalho.

Embora existam estudos realizados com o instrumento, os referenciais não são os melhores, os periódicos não são de boa qualidade e o construto do instrumento apresenta poucas correspondências para a realidade brasileira no sistema público, o que pode gerar importante crítica. Por isso, neste estudo, buscou-se alternativas de instrumentos de medida mais adequados à proposta, destacando-se o OLBI (SCHUSTER; DIAS, 2018).

O OLBI é semelhante à MBI-GS, sendo formulado para refletir a conceituação de burnout sem restrição a profissões, com perguntas que se aplicam a qualquer grupo ocupacional. No OLBI, a exaustão é definida como uma consequência da intensa pressão, afetiva e física, isto é, como uma consequência de longo prazo a certas exigências desfavoráveis ao trabalho. A dimensão desligamento do trabalho refere-se a distanciar do objeto e conteúdo do trabalho, particularmente com respeito à identificação com o trabalho e a vontade de continuar na mesma profissão (SCHUSTER; DIAS, 2018).

Como citado, os fatores organizacionais são de grande importância no estudo do burnout, pois tanto podem oferecer recursos para que a pessoa tenha condições de manter/promover seu bem-estar ou, ao contrário, podem se constituir em um elemento desencadeador da síndrome. Resultados já obtidos de estudos demonstram boas relações entre a satisfação do profissional ao realizar seu trabalho, com ganhos para a Instituição e atendimento humanizado para população atendida, em especial, aqueles atendidos pela Estratégia da Saúde da Família (LORENZ; GUIARDELLO, 2014; ALBUQUERQUE et al., 2012; MAIA et al., 2011).

Como o burnout não aparece de forma brusca, mas como forma de resposta, mesmo que inadequada, à cronificação do estresse oriundo do ambiente ocupacional, cuja realização pessoal no trabalho decresce, dando lugar ao sentimento de ineficiência, constitui a fase final de um processo contínuo que vai sendo gestando e se identifica com sinais tais como sensação de inadequação ao posto de trabalho, sensação de falta de recursos para enfrentar o trabalho, sentimento de carecer da formação necessária, diminuição da capacidade para a resolução dos problemas, carência de tempo suficiente, etc.; é importante a identificação precoce deste evento, o que permite interferência com medidas preventivas e interventivas para diminuição do estresse e assim reduzir a ocorrência da síndrome.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Avaliar a presença de componentes da síndrome de burnout e fatores relacionados em profissionais da Estratégia Saúde da Família.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever os aspectos sociodemográficos, econômicos e profissionais dos participantes.
- Caracterizar os profissionais quanto ao modo de enfrentamento de problemas e resiliência.
- Verificar a associação da presença da síndrome de burnout, bem como de seus componentes e as características sociodemográficas, econômicas, profissionais dos participantes.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Estudo transversal analítico. Trata-se de um tipo de desenho observacional, no qual foi mensurado o resultado e as exposições nos participantes do estudo ao mesmo tempo.

### **4.2 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Piripiri (PI), o qual possui 25 equipes. Foi desenvolvido no período de fevereiro a abril de 2019.

### **4.3 População e amostra**

Compôs a amostra os profissionais que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: apresentar vínculo formal com a atenção básica e atuar regularmente em unidades básicas de saúde do município. Foi considerado como critério de inelegibilidade estar de férias ou licença no período da coleta de dados.

A amostra pode ser classificada como não probabilística acidental, também chamada de não probabilística “por conveniência”, em que o pesquisador seleciona os participantes da pesquisa pela facilidade de acesso.

De acordo com Cozby (2006), uma das razões para se usar amostras por conveniência é que a intenção da pesquisa não é a de estimar com acuracidade os valores da população, mas sim estudar relações entre as variáveis. Para Andrade (2010), é uma técnica de amostragem em que, como o próprio nome implica, a amostra é identificada primeiramente por conveniência. Elementos são incluídos na amostra sem probabilidades previamente, especificadas ou conhecidas, de eles serem selecionados.

A amostragem não probabilística pode ocorrer quando, embora se tenha a possibilidade de atingir toda a população, retiramos a amostra de uma parte que seja prontamente acessível. Segundo Anderson, Sweeney e Williams (2013) amostras por conveniência têm a vantagem de permitir que a escolha de amostras e a coleta de dados sejam relativamente fáceis.

A amostra do estudo foi de 94 participantes. A amostragem foi estratificada de forma proporcional. O quadro 1 apresenta a distribuição da amostra.

Quadro 1. Distribuição da amostra conforme atuação profissional. Piripiri, PI, Brasil, 2019.

<b>NÍVEL DO CARGO</b>	<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>AMOSTRA</b>
<b>Superior</b>	Médico	19	5
	Odontólogo	25	9
	Enfermeiro	25	8
<b>Médio</b>	Técnico de Enfermagem	8	5
	Técnico em Saúde Bucal	5	2
	Agente Comunitário de Saúde	128	45
<b>Fundamental</b>	Auxiliar de Enfermagem	46	12
	ASB	18	8
<b>TOTAL</b>		<b>274</b>	<b>94 (34,4%)</b>

A amostra foi composta por 22 profissionais de nível superior, 52 de nível médio e 20 de nível fundamental. Foi construída uma lista dos profissionais que atendem aos critérios de elegibilidade. Procedeu-se o contato com os profissionais em horários de funcionamento das respectivas unidades de saúde. As entrevistas foram realizadas em salas reservadas e individualmente, preservando a confidencialidade das informações, em horários posteriores ao atendimento, previamente agendados.

#### **4.4 Instrumentos de coleta de dados**

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, convívio familiar, filhos, prática de atividade física, *hobby* e apoio familiar), econômicas (renda individual, renda familiar, satisfação subjetiva com o rendimento mensal) e profissionais (tempo de formação, maior titulação, especialização em medicina da família, atuação, atividades acadêmicas, envolvimento em processo ou sindicância /conselho de classe, tempo de trabalho, carga horária diária e semanal na atenção básica, trabalho em regime de plantão, número de pacientes atendidos diariamente e tempo de férias anuais) (APÊNDICE A).



Foi utilizada a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (ANEXO A), para medir estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos; Escala de Resiliência (ER) (ANEXO B), que mede os níveis psicossociais de adaptação positiva em resposta a eventos de vida relevantes; e o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (ANEXO C), que foi concebido para avaliar o problema em qualquer categoria profissional.

A EMEP foi desenvolvida a partir de um modelo interativo de estresse. O instrumento é composto por 45 itens que englobam pensamentos e ações apresentadas diante de fatores estressores que, neste estudo, foram definidos como problemas que surgem no dia a dia de trabalho na atenção básica.

A escala foi utilizada conforme os resultados da análise fatorial conduzida por Seidl et al (2001), a qual distinguiu quatro fatores que caracterizam as estratégias de enfrentamento: focalizadas no problema (18 itens;  $\alpha=0,84$ ), focalizadas na emoção (15 itens;  $\alpha=0,81$ ), práticas religiosas / pensamento fantasioso (7 itens;  $\alpha=0,74$ ) e busca de suporte social (5 itens;  $\alpha=0,70$ ). Esses itens são medidos em escala Likert, cujos níveis variam de (1) eu nunca faço isso a (5) eu faço isso sempre. O escore final é obtido a partir da soma dos itens, variando de 45 a 225. Maiores escores indicam melhor enfrentamento de problemas.

Os itens referentes à dimensão de estratégias “focalizadas no problema” descrevem características cognitivas comportamentais que expressam aproximação ao estressor, direcionadas ao manejo ou solução do mesmo; as “focalizadas na emoção” englobam comportamentos de esquiva ou negação, expressões de emoções negativas, irrealistas direcionadas a soluções mágicas do problema, autculpa e/ou de transferência de culpa para terceiros; as de “práticas religiosas / pensamento fantasioso” abordam pensamentos e atitudes relacionadas ao manejo do estressor através da fé e da esperança, ou então, do pensamento fantasioso; e as de “busca de suporte social” referem-se à busca conjunta (outras pessoas ou grupos) de suporte instrumental, emocional ou de caráter informativo.

A ER foi validada por Wagnild e Young (1993) e adaptada transculturalmente para o português brasileiro por Pesce et al. (2005), verificando-se boa validade de construto e discriminação de atributos relacionados à resiliência, distribuídos em três dimensões: competência pessoal e aceitação de si e da vida; independência e determinação; autoconfiança e capacidade de adaptação a situações). O instrumento é composto por 25 itens, medidos em escala do tipo Likert de sete pontos, cujos

níveis variam de (1) discordo totalmente a (7) concordo totalmente. O escore final é obtido a partir do somatório das medidas dos itens, podendo variar de 25 a 175, em que maiores valores indicam maior resiliência.

O OLBI foi adaptado transculturalmente e validado para o português brasileiro por Schuster e Dias (2018). O instrumento é composto por 16 questões distribuídas em dois domínios: exaustão (8 itens) e desligamento do trabalho (8 itens), sendo que quatro questões de cada dimensão foram formuladas no sentido positivo e outras quatro no sentido negativo. A escala utiliza uma estrutura do tipo Likert de quatro pontos, cujos níveis variam de 1 (um) discordo plenamente a 4 (quatro) concordo plenamente. O escore final é obtido a partir do somatório dos escores dos itens. Quanto maior o escore, maiores são os níveis de distanciamento, exaustão e, finalmente, burnout.

#### **4.5 Operacionalização do estudo**

Inicialmente, foi realizado o contato (pessoalmente ou por telefone) com a administração para confirmação dos horários habituais de atividade em cada unidade de saúde e agendamento de possíveis datas para comparecimento do pesquisador ao local de contato com os profissionais. Em seguida, foi organizado um cronograma conforme horários de funcionamento das unidades básicas de saúde do município de Piri-piri (PI).

Nas unidades de saúde, foi respeitado o fluxo de atendimento dos respectivos profissionais. Os mesmos foram abordados antes ou após o início das atividades assistenciais, a depender do horário de chegada e preferência dos participantes. Foram explicados os objetivos do estudo e, em caso de interesse na participação no estudo, foram fornecidas instruções gerais quanto ao consentimento e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.

#### **4.6 Procedimentos para análise dos dados**

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do *Microsoft Excel*®, a fim de validar para identificação de possíveis erros de digitação. Foram processados no *software IBM*® SPSS®, versão 23.0, sendo calculadas estatísticas descritivas (como médias, desvio padrão, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as qualitativas).

Na análise inferencial, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados e teste de Levene para a homogeneidade das variâncias. Foram utilizados os testes t independente de Student e de Kruskal-Wallis, com realização do pós-teste de Tukey, para as variáveis independentes qualitativas; e Teste de correlação de Pearson para as variáveis independentes quantitativas, quando analisados os escores do OLBI (medida quantitativa). Quando categorizada, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para verificação de associações. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

Para as análises dos resultados da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e da Escala de Resiliência foi utilizado o programa estatístico Stata versão 12. Foram estimados médias e intervalo de confiança 95% (IC 95%) para os fatores de cada escala. Foi testado a normalidade das escalas a partir do teste de Shapiro-Wilk. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para testar a diferença de médias das escalas segundo sexo, presença de curso de graduação e faixa etária (<40 anos e ≥ 40 anos).

#### **4.7 Aspectos éticos e legais**

Foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Piri-piri para o estudo nas unidades básicas de saúde (ANEXO D). O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (APÊNDICE B), atendendo às normatizações estabelecidas pela resolução n.º 466 / 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE C).

Dentre os riscos do estudo, pode haver constrangimento, por abordar temática de saúde mental e de característica pessoal; também, fadiga ou cansaço, devido ao tempo para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Para contornar esses riscos, a entrevista foi individual e reservada. Em contrapartida, a pesquisa apresenta como benefícios a avaliação de um problema de saúde do trabalhador, em especial, da saúde, com ampla verificação de fatores relacionados, cujos dados podem ser base para elaboração de intervenções com esse público-alvo.

## 5 RESULTADOS

Ao descrever as características sociodemográficas, econômicas e profissionais, o perfil dos entrevistados mostra que a maioria é do sexo feminino (84%); com idade variando entre 23 (2,1%) e 64 anos (1,1%); casado(a) ou em união estável (63,8%); vive com companheiro(a) (64,9%) e tem 02 filhos (29,8%).

Mostra também que elevado percentual (42,6%) não pratica atividade física e dos profissionais que relatam este hábito, o maior percentual é daqueles que o faz apenas 3 vezes na semana (26,6%). 66% da amostra refere ter algum hobby e 95,7% afirma possuir apoio familiar. Quando verificada a renda individual, 67% cita que recebe entre 1 e 2 salários mínimos, com renda familiar também neste mesmo valor (30,9%).

Ao ser questionado se considera a renda mensal satisfatória 51,9% dos profissionais entrevistados afirmou que não. O tempo de formação variou entre 1 (2,1%) e 32 anos (2,1%) de formado, sendo a maior parte (9,6%) com 15 anos, cuja maioria também é o tempo de trabalho na atenção básica (44,2% há mais de 15 anos; 27,6% entre 11,1 e 15 anos; 9,5% entre 7,1 e 11 anos; 7,5% entre 3,1 e 7 anos; 11,7% até 3 anos de atividade laboral).

A maior titulação dos participantes foi o curso técnico profissionalizante (33%), especialização / residência (29,8%), graduação (19,15%), ensino médio regular (16%) e mestrado (2,15%). Nenhum dos profissionais da pesquisa tem doutorado. 91,5% atua predominantemente em sistema público. 8,5% atua igualmente em ambos. Apenas 21,3% desenvolve atividades acadêmicas. 98,9% dos profissionais nunca esteve envolvido em processo, sindicância / conselho de classe.

Dos profissionais da amostra, 90,5% desenvolve atividade laboral 8 horas por dia na atenção básica. Apenas 10,6% trabalha em regime de plantão. Ao verificar o tempo (em horas) de plantão fora da atenção básica, poucos relatam exercer esta atividade em carga horária elevada (1,1% trabalha 8 h; 1,1% cerca de 9 h de plantão; 2,2% 12 h; 3,2% 24 h; 2,1% 30 h; 1,1% 48 horas por semana). Há relatos de atendimento variando de 5 (1,1%) até 100 pacientes/dia. Todavia, a maior parte atende em média até 10 pacientes / dia (37,2%). O tempo de férias por ano da maior parte dos profissionais é de 30 dias (96,7%). Ressalte-se que um percentual de 4,3% afirma não gozar férias (0 dia/ano).

Foram identificados os componentes exaustão e desligamento do trabalho da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica bem como a classificação (figuras 2 e 3). Foram verificadas relações entre a presença da síndrome de burnout e as características socioeconômicas (tabela 1) e de trabalho (tabela 2), bem como as associações entre essas variáveis e os componentes exaustão e desligamento do trabalho (tabela 3).

Figura 2. Componentes exaustão e distanciamento do trabalho da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica (n=94). Piri-piri, PI, Brasil, 2019.

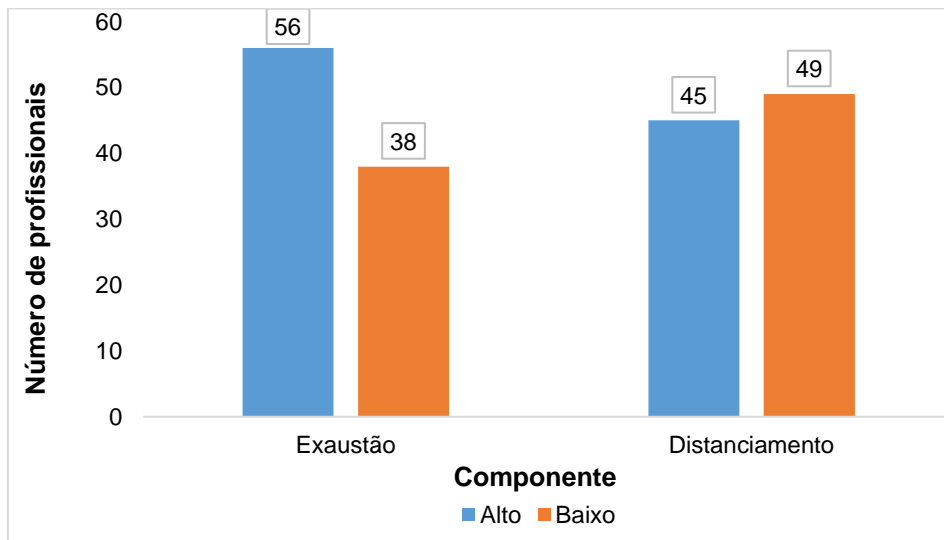
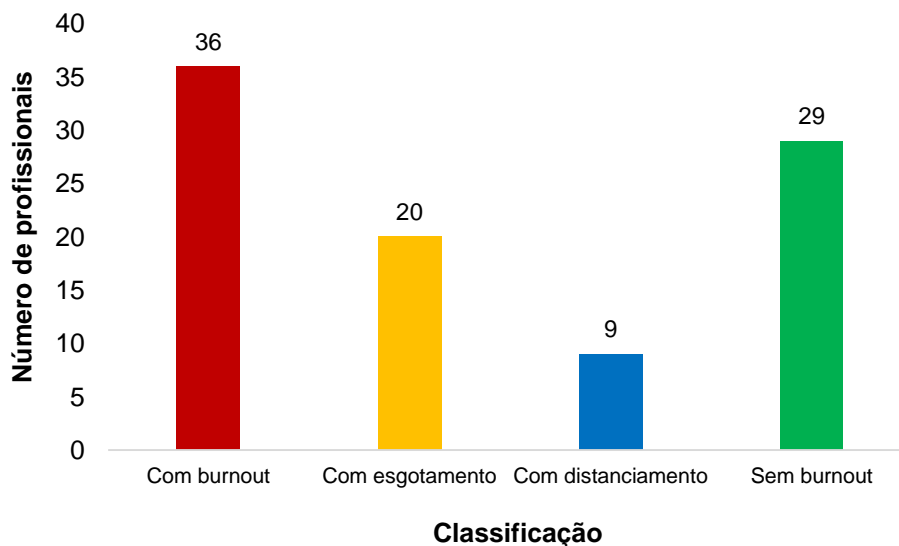


Figura 3. Classificação / existência da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica (n=94). Piri-piri, PI, Brasil, 2019.



Os profissionais apresentaram média ( $\pm$ desvio padrão) de idade de 40,9 ( $\pm$ 9,6) anos, variando de 23 a 64 anos, predominando o sexo feminino 79 (84,0%), com atuação principal em serviço público de saúde 86 (91,5%) e média de 12,2 ( $\pm$  6,2) anos de trabalho na rede de Atenção Básica. A prevalência da síndrome de burnout foi de 36 (38,3%), sendo que 20 (21,3%) profissionais foram classificados com esgotamento e 9 (9,6%) com distanciamento do trabalho. As frequências de altos níveis nos componentes foram de 56 (59,6%) para exaustão e 45 (47,9%) para distanciamento (figura 2).

Tabela 1. Distribuição de frequências das características socioeconômicas conforme presença da síndrome de burnout nos profissionais da atenção básica (n=94). Piripiri, PI, Brasil, 2019.

Característica	Síndrome de burnout				p
	Sim		Não		
	M (DP)	n (%)	M (DP)	n (%)	
<b>Idade</b>	39,5 (9,4)		41,8 (9,7)		0,264 <sup>t</sup>
<b>Sexo</b>					0,666 <sup>q</sup>
Masculino	5 (33,3)		10 (66,7)		
Feminino	31 (39,2)		48 (60,8)		
<b>Situação conjugal</b>					1,000 <sup>f</sup>
Com companheiro	23 (38,3)		37 (61,7)		
Sem companheiro	13 (38,2)		21 (61,8)		
<b>Número de filhos</b>	1,2 (1,4)		1,6 (1,1)		0,153 <sup>t</sup>
<b>Exercícios físicos</b>					0,154 <sup>q</sup>
Sim	24 (44,4)		30 (55,6)		
Não	12 (30,0)		28 (70,0)		
<b>Hobby</b>					0,219 <sup>q</sup>
Sim	21 (33,9)		41 (66,1)		
Não	15 (46,9)		17 (53,1)		
<b>Apoio familiar</b>					1,000 <sup>f</sup>
Sim	35 (38,9)		55 (61,1)		
Não	1 (25,0)		3 (75,0)		
<b>Renda individual</b>					0,074 <sup>t</sup>
1 a 2 SM	20 (31,7)		43 (68,3)		
Acima de 2 SM	16 (51,6)		15 (48,4)		
<b>Renda familiar</b>					0,069 <sup>f</sup>
1 a 2 SM	7 (24,1)		22 (75,9)		
Acima de 2 SM	29 (44,6)		36 (55,4)		
<b>Satisfação com a renda mensal</b>					0,492 <sup>q</sup>
Sim	16 (34,8)		30 (65,2)		
Não	20 (41,7)		28 (58,3)		
<b>Total</b>	<b>36 (38,3)</b>		<b>58 (61,7)</b>		

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; p: significância do teste; t: t de Student; q: Qui-quadrado de Pearson; f: Exato de Fisher

Quando relacionadas as características sociodemográficas conforme a presença de burnout nos profissionais da atenção básica (38,3%), a tabela 1 mostra que a maioria é do sexo feminino (39,2%); com companheiro (38,3%); com filhos (44,4%); não pratica atividade física (44,4%); sem hobby (46,9%); relata apoio familiar (38,9%); renda individual acima de 2 salários mínimos (51,6%) e familiar também acima deste valor (44,6%). Dos profissionais da amostra com diagnóstico de burnout 41,7% afirma estar insatisfeito com a renda mensal.

Tabela 2. Distribuição de frequências das características de trabalho conforme presença de burnout nos profissionais da atenção básica (n=94). Piripiri, PI, Brasil, 2019.

Característica	Síndrome de burnout				p
	Sim		Não		
	M (DP)	n (%)	M (DP)	n (%)	
<b>Nível para a categoria profissional</b>					0,382 <sup>q</sup>
Superior		11 (50,0)		11 (50,0)	
Médio		19 (36,5)		33 (63,5)	
Fundamental		6 (30,0)		14 (70,0)	
<b>Tempo de formação</b>	12,1 (7,6)		12,9 (8,9)		0,628 <sup>t</sup>
<b>Maior titulação</b>					0,099 <sup>q</sup>
Ensino médio regular		8 (53,3)		7 (46,7)	
Curso técnico profissionalizante		9 (29,0)		22 (71,0)	
Graduação		4 (22,2)		14 (77,8)	
Pós-graduação		15 (50,0)		15 (50,0)	
<b>Especialização em saúde da família</b>					0,379 <sup>q</sup>
Sim		11 (45,8)		13 (54,2)	
Não		25 (35,7)		45 (64,3)	
<b>Atuação predominante</b>					0,253 <sup>f</sup>
Sistema público		31 (36,0)		55 (64,0)	
Público e privado		5 (62,5)		3 (37,5)	
<b>Atividades acadêmicas</b>					0,860 <sup>q</sup>
Sim		8 (40,0)		12 (60,0)	
Não		28 (37,8)		46 (62,2)	
<b>Processo/sindicância</b>					0,383 <sup>f</sup>
Sim		1 (100,0)		0 (0,0)	
Não		35 (37,6)		58 (62,4)	
<b>Tempo de trabalho na AB</b>	11,5 (6,2)		12,6 (6,3)		0,426 <sup>t</sup>
<b>Nº de pacientes atendidos/dia</b>	15,4 (9,0)		13,6 (6,6)		0,426 <sup>t</sup>
<b>Regime de plantão</b>					0,736 <sup>f</sup>
Sim		3 (30,0)		7 (70,0)	
Não		33 (39,3)		51 (60,7)	
<b>Total</b>		<b>36 (38,3)</b>		<b>58 (61,7)</b>	

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; p: significância do teste; t: t de Student; q: Qui-quadrado de Pearson; f: Exato de Fisher

A tabela 2 mostra a distribuição de frequências das características de trabalho conforme presença de burnout. Daqueles com a síndrome, 50% tem nível superior, 36% nível médio e 30% fundamental. O tempo de formação médio é de 12,1 anos (7,6%); 53,3% tem maior titulação o ensino médio regular, 29% curso profissionalizante, 22,2% tem graduação e 50% pós-graduação. 45,8% possui especialização em saúde da família, com atuação predominante no sistema público e privado (62,5%); desempenha atividade acadêmica (40%); média de trabalho na AB de 11,5 anos (6,2%); média de atendimento de 15,4% pacientes / dia, sem regime de plantão (39,3%).

Tabela 3. Associações entre as características socioeconômicas e de trabalho com o nível de exaustão e distanciamento dos profissionais da atenção básica (n=94). Piripiri, PI, Brasil, 2019.

Característica	Alto	Baixo	p
	n (%)	n (%)	
<b>Exaustão</b>			
<b>Nível para a categoria profissional</b>			<b>0,030</b>
Superior	13 (59,1)	9 (40,9)	
Médio	36 (69,2)	16 (30,8)	
Fundamental	7 (35,0)	13 (65,0)	
<b>Total</b>	<b>56 (59,6)</b>	<b>38 (40,4)</b>	
<b>Distanciamento</b>			
<b>Hobby</b>			<b>0,041</b>
Não	20 (62,5)	12 (37,5)	
Sim	25 (40,3)	37 (59,7)	
<b>Renda familiar</b>			<b>0,029</b>
Acima de 2 SM	36 (55,4)	29 (44,6)	
1 a 2 SM	9 (31,0)	20 (69,0)	
<b>Satisfação com a renda mensal</b>			<b>0,038</b>
Não	28 (58,3)	20 (41,7)	
Sim	17 (37,0)	29 (63,0)	
<b>Total</b>	<b>45 (47,9)</b>	<b>49 (52,1)</b>	

Legenda: p: significância do teste n Qui-quadrado de Pearson



Conforme mostra a tabela 3, que trata das associações entre as características socioeconômicas e de trabalho com o nível de exaustão e distanciamento dos profissionais da atenção básica, no primeiro caso (59,6% exaustão) predomina o alto risco para a categoria profissional o nível médio (69,2%), seguido do superior (59,1%) e fundamental (35%), respectivamente. Ao descrever alto risco de distanciamento (47,9%), 62,5% relatada não ter hobby; (55,4%) apresenta renda familiar acima de 2 salários mínimos. Mostra ainda que 58,3% não está satisfeito com a renda mensal.

Tabela 4. Médias, valores mínimos e máximo dos instrumentos (EMEP, ER)

<b>Instrumentos</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Escala Modo de Enfrentamento de Problema	150	109	200
Escala de Resiliência	142	96	167

A tabela 4 mostra média e valores limites do somatório da Escala Modos de Enfrentamento de Problema e Escala de Resiliência. A primeira apresenta média de 150, com variação entre 109 e 200. A segunda variou entre 96 e 167, com uma média de 140, o que evidencia que os profissionais da ESF obtiveram pontuação moderada nos fatores que compõem a resiliência. Nesta escala o número de indivíduos conforme escore ER foi: <121 = 5; 121-145 = 54 e >145 = 34.

Conforme descrito pelos autores originais da escala, Silva et al (2016) citam que um valor abaixo de 121 é considerado indicativo de reduzida resiliência, entre 121 e 145 como resiliência moderada e acima de 145 é tida como moderada-elevada a resiliência elevada. Maiores valores indicam maior resiliência.

Tabela 5. Média das dimensões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

<b>Estratégias de enfrentamento</b>	<b>Média</b>	<b>IC 95%</b>
Focalização no problema	3,95	3,85 – 4,05
Focalização na emoção	2,54	2,44 – 2,64
Práticas religiosas/pensamento fantasioso	3,64	3,51 – 3,76
Busca de suporte social	3,56	3,41 – 3,71

A tabela 5 mostra que as estratégias de enfrentamento apresentam escores médios na dimensão focalização no problema de 3.95; práticas religiosas / pensamento fantasioso de 3.64; busca de suporte social de 3.56 e focalização na emoção de 2.54, nesta ordem.

Tabela 6. Média das dimensões da EMEP, segundo o sexo.

Estratégias de enfrentamento	Masculino (n=15)		Feminino (n=79)		Valor p
	Média	IC 95%	Média	IC 95%	
Focalização no problema	3,99	3,71 – 4,26	3,94	3,83 – 4,05	0,575
Focalização na emoção	2,38	2,04 – 2,71	2,57	2,46 – 2,68	0,193
Práticas religiosas/pensamento fantasioso	3,55	3,21 – 3,88	3,65	3,52 – 3,79	0,523
Busca de suporte social	3,38	2,89 – 3,66	3,62	3,45 – 3,78	0,077

Na tabela 6 a média dos escores do sexo masculino na dimensão focalização no problema é de 3.99; em seguida utilizam estratégias práticas religiosas / pensamento fantasioso (3.55); busca de suporte social (3.38) e focalização na emoção (2.38), respectivamente. O sexo feminino segue o mesmo padrão, com modos de enfrentamento focalizado no problema (3.94), práticas religiosas / pensamento fantasioso (3.65); busca de suporte social (3.62) e focalização na emoção (2.57).

Tabela 7. Média das dimensões da EMEP, segundo presença de curso de graduação.

Estratégias de enfrentamento	Não (n=46)		Sim (n=48)		Valor de p
	Média	IC 95%	Média	IC 95%	
Focalização no problema	3,99	3,84 – 4,13	3,91	3,77 – 4,06	0,704
Focalização na emoção	2,54	2,40 – 2,69	2,53	2,38 – 2,69	0,951
Práticas religiosas/pensamento fantasioso	3,76	3,56 – 3,96	3,52	3,37 – 3,67	0,058
Busca de suporte social	3,66	3,24 – 3,69	3,47	3,24 – 3,69	0,197

A tabela 7 mostra média focalizada no problema de 3.99; práticas religiosas / pensamento fantasioso de 3.76; busca de suporte social de 3.66 e focalização na emoção de 2.54 para os profissionais sem graduação. Os que têm graduação apresentam média de 3.91 na estratégia focalização no problema; 3.52 práticas religiosas / pensamento fantasioso; 3.47 busca de suporte social e 2.53 focalizado na emoção.

Tabela 8. Média das dimensões da EMEP, segundo faixa etária.

Estratégias de enfrentamento	<40 anos (n=46)		≥40 anos (n=48)		Valor de p
	Média	IC 95%	Média	IC 95%	
Focalização no problema	3,91	3,79 – 4,03	3,99	3,82 – 4,15	0,172
Focalização na emoção	2,59	2,43 – 2,75	2,49	2,36 – 2,62	0,911
Práticas religiosas/pensamento fantasioso	3,66	3,49 – 3,83	3,61	3,43 – 3,80	0,924
Busca de suporte social	3,40	3,18 – 3,62	3,72	3,51 – 3,93	0,027

Conforme mostra a tabela 8, para os profissionais com menos de 40 anos, a média para focalização no problema é de 3.91; práticas religiosas / pensamento fantasioso de 3.66; busca de suporte social de 3.40 e focalização na emoção de 2.59.

Tabela 9. Média global e fatores da Escala de Resiliência (ER) (Wagnild & Young, 1993) adaptada.

Fatores	Média	IC 95%
Competência pessoal e aceitação de si e da vida	5,21	5,08 – 5,35
Independência e determinação	5,85	5,74 – 5,96
Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	5,64	5,54 – 5,74

Ao avaliar a média global e fatores da Escala de Resiliência, a tabela 9 mostra maior valor no fator independência e determinação (5.85), seguido de autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (5.64) e competência pessoal e aceitação de si e da vida (5.21), respectivamente.

Tabela 10. Média das dimensões da ER, segundo sexo.

Fatores	Masculino (n=15)		Feminino (n=79)		Valor de p
	Média	IC 95%	Média	IC 95%	
Competência pessoal e aceitação de si e da vida	5,22	4,92 5,52	– 5,21	5,06 5,36	– 0,925
Independência e determinação	5,81	5,54 6,08	– 5,85	5,73 5,98	– 0,694
Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	5,62	5,39 5,85	– 5,65	5,54 5,76	– 0,808

A tabela 10 apresenta média, para o sexo masculino, de 5.81 para o fator independência e determinação; 5.62 para autoconfiança e capacidade de adaptação a situações e 5.22 para o fator competência pessoal e aceitação de si e da vida. No sexo feminino, semelhante ao sexo masculino, o fator de maior média foi independência e determinação (5.85); seguido do fator autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (5.65) e competência pessoal e aceitação de si e da vida (5.21).

Tabela 11. Média das dimensões da ER, segundo presença de curso de graduação.

Fatores	Não (n=46)		Sim (n=48)		Valor de p
	Média	IC 95%	Média	IC 95%	
Competência pessoal e aceitação de si e da vida	5,21	5,01 5,41	– 5,22	5,02 5,41	– 0,903
Independência e determinação	5,86	5,70 6,03	– 5,83	5,68 5,99	– 0,770
Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	5,65	5,50 5,80	– 5,63	5,49 5,77	– 0,272

Conforme mostra a tabela 11, para a presença de curso de graduação, a média do escore mais elevada foi de 5.83 para independência e determinação; seguida de 5.63 para autoconfiança e capacidade de adaptação a situações e, na sequência, média de 5.22 para competência pessoal e aceitação de si e da vida.

Da mesma forma, para os profissionais que não possuem graduação, a maior média foi para independência e determinação (5.86), seguido de autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (5.65) e competência pessoal e aceitação de si e da vida (5.21).

Tabela 12. Média das dimensões da ER, segundo faixa etária.

Fatores	<40 anos (n=46)		-	≥40 anos (n=48)		Valor p
	Média	IC 95%		Média	IC 95%	
Competência pessoal e aceitação de si e da vida	5,33	5,12 – 5,53		5,10	4,92 – 5,28	0,081
Independência e determinação	5,80	5,64 – 5,95		5,90	5,73 – 6,06	0,221
Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	5,64	5,51 – 5,78		5,64	5,49 – 5,79	0,805

A tabela 12 mostra que, para os profissionais com menos de 40 anos, as maiores médias foi, nesta ordem, para independência e determinação (5.80); autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (5.64) e competência pessoal e aceitação de si e da vida (5.33). Para aqueles com 40 anos ou mais, a ordem da média foi independência e determinação (5.90), autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (5.64) e competência pessoal e aceitação de si e da vida (5.10), respectivamente.

Ressalte-se que nas tabelas de 4 a 12 não houve diferença estatística significativa, à exceção da tabela 8, onde p foi igual a 0.027 na estratégia de enfrentamento busca de suporte social.

## 6 DISCUSSÃO

Uma síntese dos resultados indica prevalência de burnout em um contingente expressivo da amostra, com componentes da síndrome (exaustão e distanciamento) estando, portanto, a maioria do grupo com alto risco de adoecimento.

Quando considerado o cômputo verificado no OLBI, que aponta prevalência da síndrome de burnout de 38,3%, na prática configuraria um percentual de 61,7% sem a síndrome. Todavia há elevado risco de adoecimento, tendo em vista que este mesmo instrumento mostra 21,3% dos profissionais com esgotamento e 9,6% com distanciamento do trabalho, o que demonstra ser um fenômeno importante, principalmente se consideradas as possíveis consequências da evolução destes sinais. Elevados índices de exaustão e distanciamento também indicam que talvez as estratégias de enfrentamento não estão sendo suficientemente eficazes para lidar com o estresse.

Este é um sinal de alerta para a necessidade de uma ação interventiva, considerando a importância da prevenção no combate aos fatores deflagradores da síndrome, o que envolve todo um estudo quanto às condições de trabalho a que esses profissionais estão submetidos, no esforço de buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao trabalho.

Como bem ressaltam Lorenz e Guirardello (2014), o ambiente de trabalho na atenção básica nem sempre é favorável à prática profissional e, muitas vezes, o ambiente físico é inadequado; recursos humanos, equipamentos e insumos são insuficientes; há exposição a diferentes categorias de riscos de agravos à saúde e à segurança do trabalhador e às diferentes formas de violência; a rotatividade de pessoal é acentuada; a remuneração é baixa; os profissionais optam por possuir mais de um emprego, comprometendo a qualidade do trabalho e a própria saúde.

Na visão dos autores acima, a situação de trabalho em que os profissionais são continuamente expostos às cargas psíquicas, os fatores do ambiente percebidos com descontentamento e sem mecanismos eficazes de enfrentamento evidencia-se mais o burnout.

Estudo desenvolvido por Falgueras et al (2015) na atenção primária de saúde apontou prevalência global de 17,2% em trabalhadores, sendo que 46,2% apresentaram uma ou mais escalas alteradas: alto grau de exaustão (38,2%), despersonalização (23,8%) e baixa realização pessoal (7,7%), sendo significativamente maior em trabalhadores sociais, administrativos, odontólogos, médicos e enfermeiros, nesta ordem.

Ao comparar níveis de burnout entre enfermeiros da atenção básica no município de Piracicaba (SP), Lodi et al (2016) encontraram resultados similares ao nosso estudo. Observou o predomínio do sexo feminino entre os participantes, o que segundo os autores demonstra o fato de a mulher desenvolver múltiplas tarefas, cujo desgaste emocional pode ser decorrente da dupla jornada de trabalho (cuidados do lar e desempenho profissional), comumente adotada por elas, além de ser mais dedicada e afetuosa quando comparada com o gênero masculino, o que pode também estar associado à presença do esgotamento emocional no aparecimento da síndrome.

O resultado com relação ao sexo segue a tendência de outros estudos nacionais (CARLOTTO, 2003; MALLAR; CAPITÃO, 2004) e internacionais (BURKE, GREGLASS, SCHWARZER 1996; GOMES et al., 2006; VERCAMBRE et al, 2009) que apontam as mulheres com maior exaustão emocional, menor despersonalização e maior sentimento de realização profissional.

Todavia, não há consenso na literatura quanto à ligação entre síndrome de burnout e sexo. Alguns estudos relatam maior frequência em homens e outros, em mulheres. Do mesmo modo, também não encontramos associação entre burnout e profissão. Resultado semelhante foi descrito por Trindade e Lautert (2010). Este dado pode indicar que a síndrome pode estar mais associada à como as atribuições são exercidas no cargo, do que com a formação.

Ainda analisando o estudo de Lodi et al (2016), os resultados descrevem que houve o predomínio de profissionais experientes, dado também encontrado nesta pesquisa, porém distinto dos estudos de Panunto, Guiardello (2013); Carlotto, Câmara (2008) e Maslach, Leiter (2001), em que a síndrome é observada entre profissionais jovens, ou seja, com idade inferior a 30 anos e sem experiência.

Trindade e Laurert (2010) consideram que a síndrome de burnout, muitas vezes, é atribuída aos profissionais mais jovens pelo fato da reduzida experiência no trabalho, acarretando insegurança, assim como pode ser consequência do choque com a realidade, já que esses novos profissionais percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e expectativas profissionais. A idealização, comum entre os trabalhadores mais jovens associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são concretizadas. Logo, a excessiva motivação, contraditoriamente, torna os indivíduos mais vulneráveis.

Souza e Silva (2002), em um estudo que analisou a influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde, consideram que a idade e o tempo de profissão estão relacionadas aos níveis de burnout e suas dimensões. De modo geral, citam que a síndrome é mais acentuada nos primeiros anos de profissão já que os profissionais tendem a se sentir mais inseguros em relação a seus conhecimentos; são mais afetados pelas reações de seus pacientes e, muitas vezes, nutrem falsas expectativas sobre suas carreiras.

Profissionais com mais tempo de profissão, provavelmente já desenvolveram um conjunto de habilidades para adaptarem-se a circunstâncias adversas, também chamadas estratégias de *coping*, o que lhes permitem lidar melhor com as situações estressantes advindas do trabalho. Além disso, aqueles com maior tempo de carreira geralmente têm menor carga horária semanal, trabalham mais em tarefas administrativas e gerenciais e dedicam-se menos ao atendimento direto de pacientes, o que poderia contribuir para os menores níveis de burnout.

Porém, os resultados encontrados no nosso estudo apontam que os grupos com diferentes tempos de profissão não diferiram significativamente quanto ao burnout, contradizendo, portanto, esta premissa. Todavia, apesar da média de idade (40,9 anos) apontar para um tempo de profissão razoável, a média da carga horária trabalhada semanalmente encontra-se elevada.

Acredita-se que possivelmente, a insatisfação com os salários e a precarização das relações trabalhistas têm levado os profissionais com mais tempo de profissão a jornadas mais longas e diversos vínculos empregatícios. Quanto aos mais jovens, muitas vezes, as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho exigem jornadas longas, extenuantes física e mentalmente, especialmente quando desenvolvem tarefas em cargos acumuláveis. Essas condições desfavoráveis restringem atividades fora do trabalho sejam elas sociais, culturais, lazer ou desportivas.

Vale lembrar que a Estratégia Saúde da Família requer a disponibilidade de 40 horas semanais, ou seja, 8 horas diárias. Nesse sentido, faz-se necessário comentar sobre o percentual de profissionais que trabalha em outro local (10,6%), em plantão fora da atenção básica, na maioria das vezes nos turnos da noite, gerando sobrecarga e aumento do estresse ocupacional.

Ribeiro et al (2018), ressaltam que o processo de trabalho em saúde é um fenômeno complexo e dinâmico, com elevadas exigências, o que resulta em incremento



dos riscos ocupacionais psicossociais o que expõe os trabalhadores e os torna vulneráveis ao estresse ocupacional e ao adoecimento.

O estudo de Soares et al (2011), ao realizar análise do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de Maceió (AL) mostra que, apesar de perceptível o estresse vivenciado pelos profissionais, os resultados não confirmam a existência de burnout, embora apontem para um nível elevado de ocorrências em situação de exaustão emocional e de sujeitos que apresentam despersonalização, mecanificando suas ações.

A abordagem acerca da vulnerabilidade ao estresse e diagnóstico de burnout aponta para questões relativas à observação da importância da escolha adequada do instrumento de pesquisa. Conforme salienta Porciúncula (2015), a presença da síndrome de burnout pode variar de acordo com a definição / metodologia adotada. A existência de diversas escalas para identificação da síndrome e de indicações de pontos de corte dificulta a comparação.

Todavia, embora os resultados possam variar, é consenso na literatura que a percepção dos trabalhadores sobre o trabalho é de fundamental importância para o aparecimento do burnout. Ressalte-se que o nível de satisfação é uma avaliação essencialmente subjetiva e tem relação direta com a representação que os próprios trabalhadores têm sobre a importância do seu trabalho (FERREIRA, LUCCA, 2015). Um alto grau de síndrome de burnout é refletido em elevadas pontuações nas Escalas de Esgotamento Emocional e baixas pontuações na Realização Pessoal. No entanto, pontuações médias em todas as escalas já são um indicativo da presença da doença (GIL-MONTE, 2002).

Motta et al (2014), salientam que profissionais emocionalmente esgotados ocasionam um comprometimento da competência para realização de sua função e perda de autoestima. O alto grau para o esgotamento emocional entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família pode ser justificado pelo grande envolvimento na comunidade no qual trabalham, em que pode ser visto um componente de frustração relacionado à ineficácia da resolutividade dos problemas da região adscrita pela ESF, dependendo do envolvimento de toda equipe multiprofissional e da adesão dos usuários de saúde.

O presente estudo, que mostra alto índice de exaustão e distanciamento, corrobora os dados encontrados por Albuquerque (2012), em João Pessoa (PB), evidenciando que, embora os profissionais tenham certa estabilidade financeira

proporcionada pelo emprego público, encontram-se adoecidos em função do trabalho. Uma das possíveis justificativas pode estar relacionada com a falta e/ou dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; falta de integração e de apoio dos gestores para o desenvolvimento profissional da equipe, o que pode estar interferindo negativamente no processo de trabalho em equipe e dificultando a cogestão do trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família.

Quanto à associação entre a variável ter filhos e burnout, a literatura apresenta controvérsia (BENEVIDES-PEREIRA, 2012; CARLOTTO, 2011; BELTRÁN, 2005). Algumas investigações entendem que a paternidade gera pressão devido à carga que passa a assumir, enquanto outras referem que o fato de ter filhos equilibra o indivíduo e possibilita o uso de melhores estratégias de enfrentamento das situações problemáticas. Este comportamento é atribuído à maior cobrança do indivíduo que, com o nascimento dos filhos, se torna responsável por outro e, dessa forma, necessita adotar condutas seguras e evitar comportamentos de risco.

Neste estudo o fato de ter filhos (74,5%) ou ter companheiro (64,9%) não teve associação estatística com a síndrome. Igualmente, a média dos anos de escolaridade entre os trabalhadores não apresentou associação com as escalas. No entanto, alguns pesquisadores descrevem que os indivíduos com maior escolaridade tendem a apresentar escores mais elevados nas dimensões “desgaste emocional” e “despersonalização” e mais baixos em “realização pessoal no trabalho”, o que pode estar relacionado à falta de reconhecimento e status de algumas profissões (BÉLTRAN, 2005).

Analisando a prática de atividade física realizadas pelos profissionais do estudo, observou-se que, contraditoriamente, os trabalhadores de saúde, que conhecem os inúmeros benefícios da atividade física regular, não a desenvolvem (42,6%). Cabe destacar a realização de atividades que produzem momentos de descontração e prazer, podem absorver o impacto de agentes estressores. A redução dos níveis de estresse, bem como o aumento de bem-estar físico e psicológico, são alguns dos resultados benéficos da prática correta e programada de exercícios físicos.

Na opinião de Benevides-Pereira et al (2017), os profissionais de saúde estão sujeitos a um maior sofrimento psíquico em decorrência da dinâmica do serviço que funciona continuamente, exigindo uma intensa atividade mental, uma vez que enfrenta rotineiramente vários fatores estressores, além da complexidade de

suas atividades, levando a ter alteradas suas funções fisiológicas, emocionais e comportamentais. Considerando-se como são importantes as condições de trabalho, é inevitável o seu impacto sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Merece destaque também ressaltar que um grande problema social relacionado ao burnout é a possibilidade de encontrar profissionais trabalhando de maneira fria, sem dedicação ou envolvimento necessários, causando diminuição da realização profissional, o que pode culminar com desistência de seus ideais e, mais grave ainda, a diminuição na qualidade do atendimento, reflexo da exaustão física e emocional, que poderia levar graves consequências do atendimento um paciente com negligência.

Gouvêa et al (2014) mencionam que o exercício da atividade laboral na área de saúde requer boa saúde física e mental. Entretanto, por vezes os profissionais não recebem apoio necessário para desempenhar seu papel diante das rotinas impostas pelo trabalho.

De acordo com Dorta et al (2012) pode-se compreender que o profissional adoece quando se vê desprovido de forças e de estratégias para conseguir enfrentar as adversidades que surgem na vida. A área da saúde expõe o profissional a situações desgastantes, pois além de lidar com o sofrimento e morte, trabalham, normalmente, em condições longe de ideais, o que se depreende que elevada carga de esgotamento e exaustão estejam presentes na sua rotina.

Um conceito formulado por Farias e Seidl (2005) refere-se às estratégias de enfrentamento como "esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de demandas externas ou internas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais". Tal conceito sugere que toda situação possui um significado específico para cada pessoa e que as estratégias de enfrentamento dependem da avaliação cognitiva, categorização e análise dos eventos e da qualidade e intensidade de cada reação emocional do indivíduo.

A perspectiva cognitiva considera que as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e adaptadas a cada situação, tratando-se de um fenômeno dinâmico, que permite à pessoa mudar suas ações e seus pensamentos diante das situações estressantes (GUIDO, 2003).

Nessa mesma perspectiva Tamayo e Tróccoli (2002) definem as estratégias como um processo "dinâmico de esforços determinados para a resolução das dificuldades e demandas exigidas para o ajustamento do organismo".

Suit e Pereira (2008) consideram enfrentamento como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga ou excedendo seus recursos pessoais.

A Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), mede estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos. Tomando como problema a diversidade das respostas ao estresse, sugere que o processo de enfrentamento pode ser compreendido a partir de aspectos globais, procurando estabelecer modelos teóricos que possam indicar a forma pela qual o indivíduo está respondendo à demanda estressora.

Na estratégia de enfrentamento focalizadas no problema a pessoa se engaja no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. São, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento.

Agrupa itens de focalização no problema e pensamento positivo, representando condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo, no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Inclui também itens que envolvem esforços ativos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como a confecção de um plano de ação ou do próximo passo a seguir.

O enfrentamento focalizado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. Agrupa itens de autculpa e culpabilização de outros. Inclui itens referentes a reações emocionais negativas como raiva ou tensão.

A dimensão práticas religiosas / pensamento fantasioso representa pensamentos e comportamentos que possam auxiliar no enfrentamento do problema, permeados por sentimentos de esperança e fé. Por sua vez, estratégias de busca de suporte social representa itens que têm como significado a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégia de enfrentamento da situação causadora do estresse.

Essas estratégias não são necessariamente excludentes. Diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada

situação estressora. A avaliação que o indivíduo faz daquela situação em si é subjetiva e o seu significado está de acordo com a individualidade, naquele momento e contexto. O que é fonte de estresse para um pode não ser para outro, assim como, ao mudar o contexto, pode haver mudanças na percepção da mesma situação, pela mesma pessoa.

A escolha sobre qual estratégia de enfrentamento utilizar decorre da avaliação que se faz da situação estressante. Para as consideradas como passíveis de modificação, há maior tendência para o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, sendo as estratégias focalizadas na emoção mais utilizadas ao lidar com situações avaliadas como inalteráveis. Entretanto, é importante destacar que se trata de processo dinâmico, em que tipos de estratégias se complementam e podem ser usadas durante todo o evento estressante; a reavaliação da situação possibilita uma escolha mais coerente para cada momento. Uma forma de enfrentamento pode atuar facilitando a outra.

Resultado similar ao nosso estudo foi realizado por Telles (2008) em pesquisa intitulada "Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento", cujos resultados mostraram tratar-se de amostra predominantemente do sexo feminino (93,75%), com filhos (68,75%), na faixa etária entre 20 e 30 anos (35%) e com companheiro fixo (60%). A renda per capita de 38,75% é de menos de um salário mínimo, sendo que 53,04% estão neste trabalho há mais de 6 anos.

Também mostra que os profissionais têm vida sedentária, visto que 66,25% não praticam atividade física com frequência. O modo de enfrentamento mais utilizado são as estratégias focalizadas no problema, seguido pela busca de práticas religiosas / pensamento fantástico. Perceberam-se indícios de sofrimento relacionados ao trabalho característico do burnout, com o empenho em buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao exercício profissional.

Moreno et al (2011) realizou levantamento na literatura sobre as estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout com busca bibliográfica exploratória, nas bases de dados indexadas LILACS, SCIELO, bem como em livros, dissertações e teses. Os autores abordaram as seguintes categorias profissionais: enfermeiros, médicos, professores odontólogos e equipe multiprofissional, além de outras categorias e daquelas que não informaram as especificações dos sujeitos.

Os resultados mostram que as estratégias para o enfrentamento do burnout variam de acordo com o objetivo desejado, incluindo intervenções focadas no indivíduo como baseadas em habilidades comportamentais e cognitivas de coping, meditação, educação em saúde e atividade física; na relação indivíduo-organização compreendendo as ações para melhoria da comunicação e trabalho em equipe, entre outras; na organização como treinamento e mudança das condições físico-ambientais e intervenções combinadas que associam dois ou mais tipos, com focos distintos.

Para estes mesmos autores, as propostas de enfrentamento do burnout devem ser elaboradas de acordo com a necessidade individual de cada acometido pela síndrome, assim como devem ser feitos ajustes ambientais para a redução de eventos adversos a nível organizacional e melhora da resposta do indivíduo ao ambiente de trabalho.

O estudo de Zomer e Gomes (2017), ao empreender revisão não sistemática com o objetivo conhecer quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de saúde acometidos pela síndrome de burnout destaca a importância do trabalho na formação da identidade do indivíduo e como pode se tornar fonte de adoecimento, sendo bastante vulneráveis os trabalhadores da área da saúde.

O estudo cita a utilização de técnicas cognitivo-comportamentais e estratégias de enfrentamento diante de situações estressoras, como forma de controlar as tensões e sugerem estratégias de gestão do trabalho a ser utilizadas diante de equipes expostas a ambientes estressores, mas não descrevem em que proporção estas técnicas e estratégias utilizadas são efetivas na prevenção ou tratamento com da síndrome.

Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008), em uma pesquisa com os enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município paulista constataram o uso de três formas de enfrentamento das tensões laborais: evitamento, confronto direto e confronto indireto. No primeiro caso, procuram ignorar os estressores, adiar confrontos e/ou bloquear emoções. No segundo, buscam informações, falam sobre o assunto e negociam alternativas. No terceiro caso, o enfrentamento ocorre, principalmente, por meio de práticas religiosas, desportivas e de meditação.

Em pesquisa realizada por Chamon et al (2016) observou-se que as estratégias mais utilizadas foram controle (focalização ativa no problema), apoio social (cooperação, ajuda à informação e apoio afetivo) e recusa (ignorar o problema ou a situação). Quanto aos índices de burnout, identificaram 13,5% dos sujeitos com níveis elevados e 53,1%

com níveis moderados, sugerindo a conclusão que talvez tais estratégias não estejam sendo eficazes no combate aos estressores laborais.

Silva et al (2015) citam dois tipos de estratégias de enfrentamento: as estratégias focadas no problema e as focadas na emoção. Teixeira et al (2013) reforçam que a estratégia deve estar determinada em parte por recursos internos e externos, os quais incluem saúde, crença, habilidades sociais e recursos materiais.

Moreno et al (2011) citam como formas de enfrentamento utilizar estratégias de coping na procura de expedientes que derivam de processos defensivos como evitar distanciar-se e buscar valores positivos em eventos negativos, como forma de diminuir a importância emocional do estressor.

Também sugerem que se tente definir a dificuldade que vivencia, procurando soluções alternativas e optando entre elas. A escolha do tipo de coping é muito particular, estando intimamente relacionada ao histórico de vida e personalidade do indivíduo, portanto, respeitar as características individuais tem grande importância. Adquirir hábitos de vida saudáveis e usufruir do lazer são necessários para diminuir os efeitos do estresse. Essas medidas podem prevenir o aparecimento da síndrome, ao proporcionar uma fuga do indivíduo em relação ao estresse cotidiano no ambiente de trabalho, além do fato que os trabalhadores produzem mais e melhor se estiverem em perfeita harmonia com o corpo e a mente.

É consenso na literatura que o processo de exaustão surge naqueles que não conseguem superar as adversidades vivenciadas, tornando-se vulneráveis ao burnout. Também não há controvérsia no fato de que os indivíduos capazes de superar as adversidades de forma saudável estão expressando comportamentos resilientes. Assim, supõe-se que, sem desconsiderar a influência dos aspectos ambientais, mas com foco nos aspectos pessoais, a elevada resiliência é protetora para o burnout.

Porém, um dos primeiros autores a abordar o conceito foi Frederic Flach, que ainda em 1966, afirmou que, para ser resiliente, a pessoa deverá ter a habilidade de reconhecer a dor por que está passando, perceber o sentido que ela tem e tolerá-la durante um tempo até que seja capaz de resolver o conflito de forma construtiva. Complementa ainda que deve-se levar em consideração que a resiliência não pode ser julgada como um escudo protetor, tornando a pessoa rígida, invulnerável e resistente às adversidades (ANGST, 2009).

Esta mesma autora ressalta que não há uma pessoa que é resiliente, mas sim que está resiliente. Afirma que esse é um processo dinâmico e as influências do

ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo o indivíduo identificar qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto, podendo ser essa atitude resiliente ou não.

Contudo, este dado é importante, pois profissionais que apresentam altos níveis de resiliência, são mais propensos a melhorar a qualidade de vida, indicando prováveis bons resultados quando do desenvolvimento de estratégias de intervenção. Como citam Mota et al (2006), apresentam mais “capacidade de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecido ou até mesmo transformado, embora não ileso”.

Poletto e Koller (2008) alertam que a resiliência não pode ser analisada como uma característica fixa ou somente como um produto, mas que pode surgir ou desaparecer em certos momentos e estar presente ou ausente em determinadas áreas da vida. A resiliência envolve fatores de proteção e fatores de risco.

Vários autores (PESCE et al., 2004; SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005; YUNES; GARCIA; ALBUQUERQUE, 2007; LIBÓRIO; UNGAR, 2010) alertam que os fatores de risco não são uma sentença. Os fatores de proteção reduzem o impacto dos fatores de risco, diminuindo, assim, as reações negativas em exposição à situação de risco, criando oportunidades para reverter os efeitos do estresse.

De acordo com Poletto e Koller (2008), os fatores de proteção caracterizam-se pelas influências que modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa a uma situação que predispõe um resultado não adaptativo e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas.

Autores como Sapienza e Pedromônico (2005); Vasconcellos e Ribeiro (2010) citam que relações parentais satisfatórias, presença de fontes de apoio social e familiar, autoimagem positiva, espiritualidade, entre outros, podem ser considerados fatores de proteção. Já os fatores de risco são variáveis que aumentam a probabilidade de desadaptação do sujeito diante de uma situação de perigo como, desvantagem socioeconômica, falta de apoio social e familiar, baixa autoestima.

Ressalte-se o conceito de Silva et al (2016) que define resiliência como a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidade, denotando a ideia de evolução. Pessoas resilientes são capazes de, após a adversidade, recuperar o equilíbrio, tanto em termos mentais quanto emocionais, e aprender com a experiência tornando-se mais fortes e preparadas.



Para Rodrigues et al (2013), a resiliência resulta das crenças do indivíduo, podendo conduzi-lo à adaptação saudável diante das adversidades e a uma experiência que implica amadurecimento, que pode ser desenvolvida a partir das vivências durante a vida. Envolve estabilidade interna, consciência e flexibilidade que contribuem para o enfrentamento das adversidades presentes no contexto laboral, como as situações de alto estresse, portanto, auxiliando na redução do burnout.

A pesquisa de Silva et al (2016), ao verificar a relação entre resiliência e burnout em enfermeiros mostra elevada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e na realização pessoal e menores pontuações na exaustão emocional e despersonalização. Profissionais que pontuaram mais na dimensão realização pessoal apresentaram maior pontuação na escala. Nesse mesmo estudo, foi possível encontrar uma correlação negativa entre a resiliência e as dimensões exaustão emocional e despersonalização, mas positiva com realização pessoal.

Na referida pesquisa os autores concluíram que a resiliência é uma variável envolvida na redução da vulnerabilidade à exaustão emocional e que elevada pontuação da resiliência associa-se a redução do estresse, sendo um fator de proteção contra o burnout. Existem correlações negativas entre exaustão emocional e resiliência; e correlações positivas entre realização pessoal e resiliência, sendo possível perceber que trabalhadores com elevado grau de resiliência tendem a não apresentar burnout (SILVA et al, 2016).

Belancieri e Kahhale (2011) sugerem que trabalhadores que apresentam comportamentos resilientes ao buscar o equilíbrio emocional e a conhecerem-se a si próprios, preparam-se técnico-cientificamente de acordo com as demandas laborais, antecedem as dificuldades, constroem novos sentidos e ações e elaboram estratégias de enfrentamento diante das dificuldades cotidianas a que estão submetidos como déficit de recursos humanos, de recursos materiais, finitude e sofrimento dos pacientes, conflito interpessoal, entre outros.

O comportamento resiliente advém em regular o controle dos impulsos frente às condições estressantes presentes na vida cotidiana. Indivíduos com maior grau de resiliência tendem a controlar os impulsos e a ter alta regulação das emoções, indivíduos contrários tendem a ter baixa regulação das emoções, serem impulsivos e agir de acordo com essa impulsividade, o que gera dificuldade no controle dos impulsos e uma redução da capacidade resiliente (BELANCIERI; KAHHALE, 2011).

Barlach et al (2008) citam que o fortalecimento do comportamento resiliente é resultante da capacidade de que se pode conviver com as adversidades e contrariedades presentes no ambiente de trabalho. Para Fontes e Azzi (2012), o indivíduo recorre à flexibilidade, uma das características da resiliência, no enfrentamento das situações de tensão, pressão e estresse.

Teixeira et al (2013) afirmam que é de especial importância que o profissional saiba identificar as manifestações do processo de estresse e aprenda a detectar quais os fatores estressores, pois assim poderá adotar mecanismos de enfrentamento assertivos e eficientes para a adaptação ao estressor e, conseqüentemente, interromper a evolução do processo, amenizando o estresse ocupacional.

De acordo com Alves (2013) há a necessidade de ações dentro dos espaços de trabalho que sejam voltadas a saúde do trabalhador, com sugestões de atividades físicas para melhora do desempenho de funções, orientações nutricionais e o apoio psicológico direcionado ao preparo emocional frente às possíveis situações conflituosas no trabalho. Também é importante que haja espaços de discussão destinados a resolução de situações conflitantes que geram sofrimento no trabalho para encontrar soluções que revertam estes fatores.

Sabendo da relevância que tem o estresse na vida dos profissionais de saúde e o efeito negativo que este proporciona, Silva e Barros (2015) ressaltam a importância de serem desenvolvidas medidas de enfrentamento com o objetivo de diminuir os problemas existentes no trabalho, minimizar dificuldades, dar apoio aos trabalhadores, proporcionar melhores condições de vida dentro e fora do ambiente de trabalho e assim, melhorar a assistência prestada ao paciente.

De modo geral, os estudos mostram que cada indivíduo busca, através das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou adaptar-se aos eventos estressores. Porém, quando essas estratégias se mostram insuficientes, o indivíduo pode, progressivamente, sofrer um processo de erosão de suas capacidades motivacionais, sentir-se exaurido de suas forças psíquicas e perder a habilidade para solucionar conflitos internos e externos.

Conforme sugerem Gouvêa et al (2014) e Barros et al (2016), as organizações de saúde deveriam estabelecer programas de saúde do trabalhador que envolvam estratégias de humanização do trabalho e proporcionem apoio psicológico e social aos profissionais, para que a saúde ocupacional do trabalhador seja protegida.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa revelam níveis de burnout em um contingente significativo de profissionais, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores. Além da síndrome de burnout instalada, destacou-se como fator ameaçador sintomas de esgotamento, exaustão e distanciamento do trabalho, que surgem e se intensificam quando os trabalhadores não conseguem elaborar formas eficazes de combater os fatores de estresse, o que parece estar ocorrendo na amostra.

O modo de enfrentamento mais expressivo foi focalização no problema, seguido por práticas religiosas / pensamento fantasioso, busca por suporte social, focalizado na emoção, sem diferença estatística significativa para a maioria dos fatores analisados. Em relação a resiliência, os fatores independência e determinação; autoconfiança e capacidade de adaptação a situações apresentaram escores mais elevados, indicativos de moderado grau de resiliência.

Diante desse cenário é importante que sejam desenvolvidas ações preventivas, de forma a minimizar riscos e promover um ambiente / relações / fluxo de trabalho cada vez mais saudável. Associado a isso, devem ser criadas medidas que controlem os níveis de estresses dos profissionais, através da detecção precoce de fatores estressores e da busca de estratégias para enfrentamento desse quadro, favorecendo assim a qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, a assistência prestada à população por eles atendida.

## REFERÊNCIAS

- ALBURQUERQUE, FJB; MELO, CF; NETO, JLA. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p. 542-54, 2012.
- ALMEIDA, GC; SOUZA, HR; ALMEIDA, PCA; ALMEIDA, BCC; ALMEIDA, GH. The prevalence of burnout syndrome in medical students. **Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)**, v. 43, n. 1, p. 6-10. 2016.
- ALVES, EF. Qualidade de vida do cuidador de enfermagem e sua relação com o cuidar. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.26, n.1, p. 36-44, 2013.
- AMOAFO, E; HANBALI, N; SINGH, P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? **Occup. Med. (Lond)**, v. 65, n. 2, p. 117-21. 2015.
- ANDERSON, DR; SWEENEY, DJ; WILLIAMS, TA. **Estatística aplicada à administração e economia**, 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- ANDRADE, MM. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2010.
- ANGST, R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 253- 260, jul. 2009.
- BAKKER, A; COSTA, P. Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. **Burn. Res.**, v. 1, n. 3, p. 112-9. 2014.
- BARLACH, L; LIMONGI-FRANÇA, AC; MALVEZZI, S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 42, n.1, 2008.
- BARROS, MS; ALMEIDA, SP; BARRETO,ALP; FARO, SRS; ARAUJO, MR; FARO, A. Síndrome de Burnout em Médicos Intensivistas: Estudo em UTIs de Sergipe. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.24, n.1, p. 377-389, 2016.
- BELANCIERI, MF; KAHHALE, EM. A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. **Rev Mineira Enfermagem**, v.15, n.1, p.121-128, 2011.
- BELTRÁN, CA. Factores psicosociales y síndrome de burnout em médicos de familia. **An Facultad Med.** v.3, p.225-31, 2005.
- BENEVIDES-PEREIRA, AM. Elaboração e validação do ISB: inventário para avaliação da síndrome de burnout. **Bol. psicol.**, v. 65, n. 142, p. 59-71. 2015.
- BENEVIDES-PEREIRA, AMT; MACHADO, PGB; PORTO MARTINS, PC; CARROBLES, SIQUEIRA, JO. Confirmatory Factor Analysis of the ISB. Burnout Syndrome Inventory. **Psychol., Community Health.**, v. 6, n. 1, p. 28-41. 2017.

BENEVIDES-PEREIRA, AMT; MORENO-JIMÉNEZ, B. **IBP – Inventário de Burnout para Psicólogos**. GEPEB – Instrumentos. 2000. Disponível em: <<http://gepeb.wordpress.com/ibp/>> Acesso em: 09 jun. 2019.

BENEVIDES-PEREIRA, AMT. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

BERGMUELLER, A; ZAVGORODNIL, I; KAPUSTNIK, W; BOECKELMANN, I. The correlation between personality characteristics and burnout syndrome in emergency ambulance workers. **Zh. Nevrol. Psikiatr. Im. S. S. Korsakova.**, v. 116, n. 12, 2016.

BIANCHI, R; SCHONFELD, IS; LAURENT, E. Is it Time to Consider the Burnout Syndrome: A Distinct Illness? **Front. Public Health.**, v. 3, p. 158-61. 2015.

BIJARI, B; ABASSI, A. Prevalence of Burnout Syndrome and Associated Factors Among Rural Health Workers (Behvarzes) in South Khorasan. **Iran Red. Crescent. Med. J.**, v. 18, n. 10, p. 1-7. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 07 maio 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRIDGEMAN, PJ; BRIDGEMAN, MB; BARONE, J. Burnout syndrome among healthcare professionals. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, v. 75, n. 3, p. 147-52. 2018.

BURKE, RJ; GREENGLASS, ER; SCHWARZER, R. Predicting teacher burnout over time: effects of work stress, social support and self-doubts on burnout and its consequences. **Anxiety, Stress and Coping**, 9(3), 261-275, 1996.

CALDERERO, ARL; MIASSO, AI; CORRADI-WEBSTER, CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, 2008.

CARLOTTO, MS. Síndrome de Burnout e gênero em docentes de instituições particulares de ensino. **Rev Psicologia da Universidade do Contestado**. Disponível em: <http://www.nead.uncnet.br/revista/psicologia>. Acesso em 2 de julho 2019.

CARLOTTO, MS. **Síndrome de burnout**: um tipo de estresse ocupacional. Canoas: ULBRA, 2011.

CARLOTTO, MS; CÂMARA, SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**, v. 39, n. 2, p. 152-158, abr./jun. 2008.

CAROD-ARTAL, FJ; VÁZQUEZ-CABRERA, C. Burnout Syndrome in an International Setting. In: Bährer-Kohler, S. (Ed.). **Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working**. New York: Springer Science, 2013.

CHAMON, EMQO; MARINHO, RC; OLIVEIRA, AL. **Estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e síndrome de Burnout**: um estudo com a equipe de enfermagem de um hospital privado do Estado de São Paulo. Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Brasília: ANPAD, 2016.

CHOW, Y; MASIAK, J; MIKOLAIEWSKA, E; MIKOLAIEWSKA, D; WOICIK, GM; WALLACE, B; EUGENE, A; OLAISOSSY, M. Limbic brain structures and burnout: A systematic review. **Adv. Med. Sci.**, v. 63, n. 1, p. 192-8. 2018.

COZBY, PC. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Tradução Paula Inez Cunha Gomide, Emma Otta; revisão técnica José de Oliveira Siqueira. São Paulo: Atlas, 2006.

DORTA, AA; TANJI, JT; NEVES, SEM; SOUZA, JR; DAMICO, V; MORENO, BS. Trabalho e saúde: reflexões sobre as estratégias de enfrentamento do trabalhador. **Omnia Saúde**. São Paulo, v.9, n.2, p. 28-44, 2012.

FALGUERAS, MV; MUNOZ, CC; PERNASB, FO; SUREDAC, JC; LOPEZ, MPG; MIRALLESE, JD. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. **Aten Primaria.**, v. 47, n. 1, p. 25-31. 2015.

FERREIRA, NN; LUCCA, SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev. bras epidemiol**, v. 18, n. 1, 2015.

FONTES, AP; AZZI, RG. Crenças de autoeficácia e resiliência: Apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia Campinas**, v. 29, n.1, p.105-114, 2012.

FREUDENBERGER, HJ. Staff burn-out. **J. Soc. Issues.**, Malden, v.30, n.1, 1974.

FREUDENBERGER, HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. **Psychother. theory, res., pract.**, v. 12, n. 1, p. 73-82. 1975.

GARCÍA-IZQUIERDO, M; VELANDRINO, AP. EPB: Una escala para la evaluación del burnout profesional en las organizaciones. **Anales Psicología**, v.8, n.1-2, p.131-8. 1992.

GEORGANTA, K; PANAGOPOULOU, E; MONTGOMERY, A. Talking behind their backs: Negative gossip and burnout in Hospitals. **Burn. Res.**, v. 1, n. 2, p. 76-81. 2014.

GEUENS, N; BOGAERT, P; FRANCK, E. Vulnerability to burnout within the nursing workforce-The role of personality and interpersonal behaviour. **J. Clin. Nurs.**, v. 26, n. 23-24, p.4622-33. 2017.

GIL-MONTE, PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermeira. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n. 1, p. 3-10, 2002.

GIL-MONTE, PR; MANZANO-GARCÍA, G. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory among staff nurses. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.**, v. 22, n. 10, p. 756-63. 2015.

GOMES, RA; SILVA, MJ; MOURISCO, S; SILVA, S; MOTA, A; MONTENEGRO, N. Problemas e desafios no exercício da actividade docente: um estudo sobre o estresse, burnout, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. **Rev Portuguesa de Educação**, v.19, n.1, p.67-93, 2006.

GOUVÊA, PB; HADDAD, MCL; ROSSANEIS, MA. Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de burnout referidas por trabalhadores da saúde. **Saúde**, Santa Maria, v.40, n.1, 2014.

GRUNFELD, E; WHWLA, TJ; ZI TZLSBERGER, L; WILLAN, AR; MONTESANTO, B; EVANS, WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ.**, v. 163, p. 166-9. 2000.

GUIDO, LA. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. Tese de doutorado não-publicada. Programa Interunidades de Doutramento em Enfermagem, Universidade de São Paulo, p.199. 2013.

HALAYEM-DHOUB, S; ZAGHDOUDI, L; ZREMDINI, R; MAALEI, I; BECHIR, MB; LABBENE, R. Burnout among mental health professionals: A Tunisian experience. **Rev. Epidemiol. Sante. Publique.**, v. 58, n. 6, p. 403-8. 2010.

HALL, LH; JOHNSON, J; WATT, I; TSIPA, A; O'CONNOR, DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. **PLoS One.**, v. 8, n. 11, p. 1-12. 2016.

ISERSON, KV. Burnout Syndrome: Global Medicine Volunteering as a Possible Treatment Strategy. **J. Emerg. Med.**, v. 54, n. 4, p. 516-21. 2018.

ISLAS, RAC; GUTIERREZ, FJ; LORIA, GJC; PELAEZ, K; MENDEZ, K. Síndrome de burnout en médicos docentes de um hospital de 2º nivel en México. **Educ. Med.**, v. 18, n. 4, p. 254-61. 2017.

JONES, KW. **The staff burnout scale for health professionals (SBS-HP)**. Park Ridge: London House, 1980.

JURADO, MDM; PEREZ FUENTES, MDC; LINARES, G; BARRAGAN, ABM. Burnout in Health Professionals According to Their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile. **Front. Psychol.**, v. 9, p. 424-30. 2018.

KOK, BC; HERREL, RK; GROSSMAN, SH; WEST, JC; WILK, JE. Prevalence of Professional Burnout Among Military Mental Health Service Providers. **Psychiatr. Serv.**, v. 67, n. 1, p. 137-40. 2016.

KRISTENSEN, TS; BORRITZ, MMB; VILLADSEN, EV. KHRISTENSEN, KBC. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. **Work & Stress**, v. 19, n. 3, p. 192-207. 2005.

KUMAR, S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. **Healthcare (Basel)**, v. 4, n. 3, p. 1-9. 2016.

LEITER, M; MALASH, C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. **Burn. Res.**, v. 3, n. 4, pp. 89-100. 2016.

LEON, MR; JONATHON, RB; SAMANTH, C. A dialectical perspective on burnout and engagement. **Burn. Res.**, v. 2, n. 1, p. 87-96. 2015.

LIBÓRIO, RMC; UNGAR, M. Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 476- 484, jul./set. 2010.

LODI, JC; MILAGRES, CS; CAINELLI, EC; HORIBE, TM. Comparação de níveis de burnout entre enfermeiros da atenção básica no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 14, n. 1, p. 1-13, janeiro-junho, 2016.

LÓPEZ, AF; RODRIGUEZ, SD; ARANDA, MJG; ALBA, LP; SAAVEDRA, LH. Estudio sobre las relaciones del síndrome de burnout con algunos factores psicosociales. **Reidocrea.**, v. 4, p. 94-9. 2015.

LORENZ, VR; GUIRARDELLO, EB. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Forthcoming 2014.

MAIA, LDG; SILVA, ND; MENDES, PHC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011.

MALLAR, SC; CAPITÃO, CG. Burnout e hardiness: Um estudo de evidência de validade. **Psico-USF**, v.9 n.1, p. 19-29, 2004.

MASLACH, C. Burned-Out. **Human Behav.**, v. 9, n. 1, p. 16-22. 1976.

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

MASLACH, C; SCHAUFELI, WB; LEITER, MP. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v.52, p.397-422. 2001.

MASLACH, C; JACKSON, SE. **Maslach Burnout Inventory, Manual**. Palo Alto: Consulting Psychologists, 1986.

MASLACH, C; LEITER, MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry.**, v. 15, n. 2, p. 103-11. 2016.



MELAMED, S; SHIRON, A; TOKER, S; SHAPIRA, I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. **Psychosom. Med.**, v. 68, n. 6, p. 863-9. 2006.

MERCES, MC; LOPES, RA; SILVA, DS; OLIVEIRA, DS; LUA, I; MATTOS, AIS; OLIVEIRA JR, A. Prevalence of Burnout Syndrome in nursing professionals of basic health care. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 9, n. 1, p. 208-14. 2017.

MONSALVE-REYES, CS; COSTAS, CSL; GOMES, JLU; ALBENDI, LG; AGUAYO, R; CANADAS, DLFGA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. **BMC Fam. Pract.**, v.19, n.1, 2018.

MOREIRA, HA; SOUZA, KN; YAMAGUCHI, MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 43, n. 3, p. 1-11. 2018.

MORENO JIMÉNEZ, B; GARROSA-HERNÁNDEZ, E.; GUTIERREZ, JG. La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CBP-R. **Rev. Psicol. Trab. Org.**, v. 16, n. 2, p. 151-71. 2000.

MORENO, B; BUSTOS, R; MATA LLANA, A; MIRALES, T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. **Rev. Psicol. Trab. Organ**, v.13, p.185-207. 1997.

MORENO, FN; GIL, GP; HADDAD, MCL; VANUCCHI, MTO. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 140-5, jan / mar; 2011.

MORENO-JIMÉNEZ, B; GARROSA, HE; BENEVIDES-PEREIRA, AMT; HERRER, MG; GONZALEZ, L; GALVEZ, M. A avaliação do burnout em professores: Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. **Psicol. Est.**, v. 7, p. 11-9. 2002.

MORENO-JIMÉNEZ, B; GARROSA, HE; BENEVIDES-PEREIRA, AMT; HERRER, MG. Estudios transculturales del burnout: Los estudios Brasil-España. **Rev. Colomb. Psicol.**, v. 12, pp. 9-18. 2003.

MOTA, CM; DOSEA, GS; MOTA, PSN. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p.4719-4726, 2014.

MOTA, DCG; MOTA, GA; BENEVIDES-PEREIRA, AMT; GOMES, ML; ARAUJO, SM. Estresse e resiliência em doença de Chagas. **Aletheia**, Canoas, v.24, jul./dez. 2006.

PANUNTO, MR; GUIRARDELLO, EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.3, maio-jun. 2013.

PÊGO, FPL; PÊGO, DR. Síndrome de Burnout. **Rev Medicina do Trabalho**. Online 2447-0147. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/46/pt-BR/sindrome-de-burnout>. Acesso em 2 de julho de 2019.

PENZ, M; STALDER, T; MILLER, R; LUDWING, VM; KANTAK, ,K; KIRSCHBAUN, C. Hair cortisol as a biological marker for burnout symptomatology. **Psycho neuro endocrinology.**, v. 87, p. 218-21. 2018.

PESCE, RP. Risco e proteção: um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143, maio/ago. 2004.

PINES, A; ARONSON, E. **Career burnout: Causes and cures**. New York: Free Press, 1988.

POLETTI, M; KOLLER, SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, jul./set. 2008.

PORCIUNCULA, AM. **Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família**. 98 f. Dissertação (Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

PROSDÓCIMO, ACG; BOREKI, L; OLANDOSKI, M; JOBS, PM; SCHIO, NS; BALDANZI, FF; CONSTANTINI, CO; BENEVIDES-PERIA, AMT; GUARITA-SOUZA, LC; FARIA NETO, JR. Prevalência da síndrome de burnout em pacientes hospitalizados com síndrome coronariana aguda. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 104, n. 3, p. 218-25. 2015.

RAMIREZ, AJ; GRAHAM, J; RICHARDS, MA; CULL, A; GREGORY, WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. **Lancet.**, v. 347, 1996.

RIBEIRO, RPP; MARZIALE, MHP; MARTINS, JTT; GALDINO, MJQ; RIBEIRO, PHV. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.** v.39, e65127, 2018.

RODRIGUES, R; BARBOSA, G; CHIAVONE, P. Personalidade e resiliência como proteção contra o burnout em médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n.2, p.245-253, 2013.

ROMERO, SS. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados críticos y urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén. **Rev. Enferm. Trab.**, v. 4, p. 115-25. 2014.

ROSKAM, I; RAES, ME; MIKOLAJCZAK, M. Exhausted parents: development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. **Front. Psychol.**, v.8. 2017.

SAJJADI, S; NORENA, M; WONG, H; DODEK, P. Moral distress and burnout in internal medicine residents. **Can. Med. Educ. J.**, v. 8, n. 1, p. 36-43. 2017.

SALVAGIONI, DA; MELANDA, FN; MESAS, AE; GONZALEZ, AD; ANDRADE, SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. **PLoS One.**, v.12, n.10, 2017.

SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, maio/ago. 2005.

SCHUSTER, MS; DIAS, VV. Oldenburg Burnout Inventory: validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.23, n.2, 2018.

SILVA, MG; BARROS, BP. Percepção de estresse de servidores na Atenção Básica de Saúde de Dourados-MS. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, 2015.

SILVA, RP; BARBOSA, SC; SILVA, SS; PATRICIO, DF. Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. **Arq Bras Psicologia**, Rio de Janeiro, v.67, n.1, 2015.

SILVA, SM; BORGES, E; ABREU, M; QUEIRÓS, C; BAPTISTA, PCP; FELLI, VEA. Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Rev Portuguesa Enfermagem Saúde Mental**, n.16, Porto, Dez. 2016.

SOARES, INL; SOUZA, LCG; CASTRO, AFL; ALVES, CFO. Análise do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de Maceió (AL). **Revista Semente**, v.6, n.6, p. 84-98, 2011.

SONNENTAG, S. A task-level perspective on work engagement: A new approach that helps to differentiate the concepts of engagement and burnout. **Burn. Res.**, v. 5, 2017.

SOUZA, WCMM; SILVA, AMM. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. **Estud. psicol.** v,19, n.1, Campinas Jan./Abr. 2002.

SQUIRES, A; FINLAYSON, C; GERCHOW, L; CIMIOTTI, JP; MATHEWS, A; SCHWENDIMAN, R; GRIFFITHS, P; BUSSE, R; HEINEN, M; BZOEST, T; AIKEN, LH. Methodological considerations when translating burnout. **Burn. Res.**, v. 1, n. 2, 2014.

SUIT, D; PEREIRA, ME. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicol. USP** [online]. v.19, n.3, p.317-340, 2008.

TAMAYO, MRR; TROCCOLI, BTT. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estud. psicol.**, v. 14, n. 3, p. 213-21. 2009.

TAMAYO, MRR; TROCCOLI, BTT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.1, 2012.

TEIXEIRA, E; RUELLA, MA; NAZARE, M; XIMENDES, R; LARA, FV; VILAÇA, VC; MATOZINHOS, FP. Avaliação do nível de estresse do enfermeiro no ambiente de trabalho. **Nova Revista Científica**, Contagem, v.2, n.2, 2013.

TELLES, H. **Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento**. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TESILLO, S; MARTINEZ, A. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. **Psicol. Salud.**, v. 28, n. 1, p. 63-72. 2018.

TIRONI, MOS; TELES, JMM; BARROS, DS; VIEIRA, DFVB; SILVA FILHO, CM; MARTINS JR, DF; MATOS, MA; NASCIMENTO SOBRINHO, CL. Prevalence of burnout syndrome in intensivist doctors in five Brazilian capitals. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 28, n. 3, 2016.

TRINDADE, LL; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 274-9. 2010.

VASCONCELLOS, ACGD; RIBEIRO, MA. **Resiliência**: um estudo sobre famílias com portadores de paraplegia. Curitiba: Juruá, 2010.

VERCAMBRE, MN; BROSSSELIN, P; GILBERT, F; NERRIÈRE, E; KOVÉSS-MASFÉTY, V. Individual and contextual covariates of burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health*, v.9, n.333, 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/333>. Acesso em 2 de julho 2019.

YUNES, MAM; GARCIA, NM; ALBUQUERQUE, BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, set./dez. 2007.

ZOMER, FB; GOMES, KM. Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática. **Revista de Iniciação Científica**, Criciúma (SC), v. 15, n. 1, 2017.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Formulário de caracterização

Formulário: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Características sociodemográficas, econômicas e profissionais

**Sexo:**

- Masculino  
 Feminino

**Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Idade (em anos completos):** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

- Solteiro(a)  
 Casado/união estável(a)  
 Separado(a)/divorciado(a)  
 Viúvo(a)

**Com quem você mora atualmente?**

- Acompanhado(a)       Sozinho(a)  
     [ ] companheiro(a)  
     [ ] filho(s)  
     [ ] outros parentes  
     [ ] \_\_\_\_\_

**Tem filhos?**

- Não  
 Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

**Pratica atividade física?**

- Não  
 Sim: \_\_\_\_\_ vezes por semana

**Tem algum hobby?**

- Sim  
 Não

**Tem apoio familiar?**

- Sim  
 Não

**Renda individual:**

- Menos de 1 SM (<R\$ 954,00)  
 De 1 SM a 2 SM (de R\$ 954,00 a 1.907,99)  
 De 2 SM a 3 SM (R\$ 1.908,00 a 2.861,99)  
 De 3 SM a 4 SM (R\$ 2.862,00 a 3.815,99)  
 5 SM ou mais (R\$ 3.816,00 ou mais)

**Renda familiar:**

- Menos de 1 SM (<R\$ 954,00)  
 De 1 SM a 2 SM (de R\$ 954,00 a 1.907,99)  
 De 2 SM a 3 SM (R\$ 1.908,00 a 2.861,99)  
 De 3 SM a 4 SM (R\$ 2.862,00 a 3.815,99)  
 5 SM ou mais (R\$ 3.816,00 ou mais)

**Considera sua renda mensal satisfatória?**

- Sim  
 Não

**Tempo de formação (em anos):** \_\_\_\_\_

**Maior titulação:**

- Graduação  
 Especialização/Residência  
 Mestrado  
 Doutorado

**Tem especialização em medicina da família?**

- Sim  
 Não

**Atua predominantemente em:**

- Sistema público  
 Sistema privado  
 Iguamente em ambos

**Desenvolve atividades acadêmicas?**

- Sim  
 Não

**Esteve envolvido em algum processo ou sindicância no CRM?**

- Sim  
 Não

**Tempo de trabalho na AB:** \_\_\_\_\_

**Carga horária diária na AB:** \_\_\_\_\_

**Carga horária semanal na AB:** \_\_\_\_\_

**Trabalha em regime de plantão:**

- Sim  
 Não

**Tempo de plantão fora da AB:** \_\_\_\_\_

**Nº de pacientes atendidos/dia:** \_\_\_\_\_

**Tempo de férias por ano (em dias):** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Carta de Encaminhamento ao CEP**

Teresina, 23/11/2018

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI

Cara Profa,

Estou enviando o projeto de pesquisa intitulado “SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, para a apreciação por este comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).

Confirmando também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicarei ao CEP-UFPI os eventuais eventos adversos ocorridos com o voluntário,
- 4- que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UFPI,
- 5- que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UFPI.

Atenciosamente,



**Henrique Cisne Tomaz**  
(pesquisador responsável)

CPF: 890.099.403-49  
Instituição: Universidade Federal do Piauí  
Área: Medicina  
Departamento: Pós-Graduação em Saúde da Família

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) responsável:

Você ou seu dependente está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “**SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”. Você decide se quer participar ou não, todavia, sua participação é um **ato de cidadania**, visto que a sociedade ganha com os resultados da pesquisa divulgados para os gestores da área de educação e da saúde.

Após ser **esclarecido (a)** com as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Também esclarecemos que a qualquer momento você terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízos. As informações são sigilosas, somente os pesquisadores terão acesso a elas.

**Objetivo do estudo:** Avaliar a presença de componentes da Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família.

**Justificativa:** As doenças ocupacionais acarretam grandes preocupações no contexto social de hoje pelos prejuízos para a sociedade e para os empregadores. E dentre elas está a síndrome de burnout, que se caracteriza pelo esgotamento profissional decorrente da exposição do trabalhador, por um tempo prolongado, à altos níveis de estresse e sobrecarga de trabalho, condição essa vivenciada por diversos profissionais da área da saúde.

**Procedimentos:** Sua participação consistirá em responder aos questionários que abordam as questões de interesse.

**Benefícios:** A avaliação de um problema de saúde do trabalhador, em especial, da saúde, com ampla verificação de fatores relacionados, cujos dados podem ser base para elaboração de intervenções com esse público-alvo.

**Riscos:** Poderá haver constrangimento, por abordar temática de saúde mental e de característica pessoal; poderá haver, também, fadiga ou cansaço, devido ao tempo para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Para contornar esses riscos, a entrevista foi individual e reservada.

**Sigilo:** As informações fornecidas pelo/as participantes terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você ou a instituição não serão identificado/as em nenhum momento, e ainda quando divulgados os resultados, é impossível para o leitor identificar quem respondeu ou mesmo qual a escola participante.

**Caso apresente quaisquer dúvidas sobre a pesquisa ou deseje mais esclarecimentos sobre sua contribuição, por favor, entre em contato com o pesquisador responsável – Henrique Cisne Tomaz (86) 99440-7241, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI)<sup>1</sup>.**

---

<sup>1</sup> Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI). Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.  
CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: (86) 3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



## Consentimento de participação

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG/CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente na participação deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

---

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo, assinando 2 (duas) vias deste documento: uma pessoal e outra para o pesquisador responsável.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do pesquisador responsável ou representante

**ANEXOS**

## ANEXO A - Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Com base nos **problemas que surgem no seu dia a dia de trabalho na atenção básica**, seja materiais ou da convivência com colegas de trabalho, assinale a alternativa que melhor corresponde a como você está lidando com as situações.

	1	2	3	4	5
	Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre
<b>Itens</b>					
1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo (recodificar)	1	2	3	4	5
5. Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/oro	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
13. Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre	
<b>Itens</b>					
27. Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34. Procuro me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

### ANEXO B - Escala de Resiliência (ER)

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO			
Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente	
1	2	3	4	5	6	7	
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7

DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO									
Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente							
1	2	3	4	5	6	7							
14. Eu sou disciplinado.							1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.							1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.							1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo, me leva a atravessar tempos difíceis.							1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.							1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.							1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.							1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.							1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.							1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.							1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.							1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.							1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO C - *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)*

### Aspectos de cansaço físico e mental causado pelo trabalho

Nesta seção você deve se posicionar em relação a como se sente no seu ambiente de trabalho. Para tanto, utilize as seguintes respostas:

1	2	3	4
Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente

	1	2	3	4
Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho	1	2	3	4
Depois do trabalho, preciso de mais tempo para sentir-me melhor do que precisava antigamente	1	2	3	4
Consigo suportar muito bem as pressões do meu trabalho	1	2	3	4
Durante o meu trabalho, sinto-me emocionalmente esgotado	1	2	3	4
Depois das tarefas profissionais, tenho energia para as minhas atividades de lazer	1	2	3	4
Quando trabalho, sinto-me bem	1	2	3	4
Depois do trabalho, sinto-me cansado e sem energia	1	2	3	4
De uma forma geral, consigo administrar bem a quantidade de trabalho que tenho	1	2	3	4
Com frequência faço coisas novas e interessantes no meu trabalho	1	2	3	4
Cada vez falo mais e com mais frequência de forma negativa sobre meu trabalho	1	2	3	4
Ultimamente, tenho realizado meu trabalho de forma quase mecânica	1	2	3	4
Considero meu trabalho um desafio positivo	1	2	3	4
Com o passar do tempo, venho me desinteressado do meu trabalho	1	2	3	4
O trabalho que faço hoje é o único que me imagino fazendo	1	2	3	4
Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho	1	2	3	4
Muitas vezes sinto-me farto das minhas tarefas	1	2	3	4

**ANEXO D - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Piri-piri****PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRIPIRI - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que cederemos ao pesquisador Henrique Cisne Tomaz, o acesso aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Piri-piri - Pi, para serem utilizados na pesquisa intitulada: **SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, que está sob a orientação da Professora Marize Melo dos Santos.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Piri-piri (PI), 14 de setembro de 2018

---

Eutrópio Leite Monteiro Alves

*Dr. Eutrópio Leite Monteiro Alves*  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto nº 1509/2018  
Piri-piri - Piauí