

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Amanda de Souza Lima

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE  
BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE JUIZ DE FORA**

Juiz de Fora  
2016

Amanda de Souza Lima

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE  
BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE JUIZ DE FORA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Teresa Bustamante Teixeira

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora  
2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lima, Amanda de Souza.

Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde da Atenção Primária de Juiz de Fora / Amanda de Souza Lima. -- 2016.

139 f. : il.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Coorientadora: Beatriz Francisco Farah

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Síndrome de Burnout. 2. Esgotamento Profissional. 3. Pessoal de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Teixeira, Maria Teresa Bustamante, orient. II. Farah, Beatriz Francisco, coorient. III. Título.

AMANDA DE SOUZA LIMA

**“Prevalência e Fatores Associados à Síndrome de Burnout nos Profissionais da Saúde da Atenção Primária de Juiz de Fora”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 30/03/2016



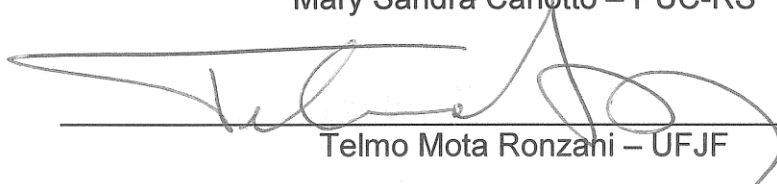
---

Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF



---

Mary Sandra Carlotto – PUC-RS



---

Telmo Mota Ronzani – UFJF

Dedico este trabalho à minha mãe, Fátima, e ao meu pai, João, que me proporcionam o aprendizado, a educação e o amor incondicional. Esta conquista é a colheita das sementes que vocês plantaram em mim compostas de motivação, crença e apoio às minhas escolhas e decisões.

## AGRADECIMENTOS

Ao dar fim a mais um ciclo da minha vida, com a obtenção de mais uma conquista regada a muitos esforços e aprendizados, não posso me considerar vencedora sozinha, pois inúmeras pessoas construíram esta história comigo e me ajudaram a superar as dificuldades e enxergá-las como grandes oportunidades e aprendizados.

Sou imensamente grata a Deus, meu guia que me ilumina, me protege e se mostra presente a cada momento da minha vida. Ele me faz acreditar no amor e a ter esperança para seguir em frente, para qualquer direção, pois com Ele tudo dá certo.

Agradeço imensamente às minhas orientadoras, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Teresa Bustamante Teixeira e a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Francisco Farah, por terem me acolhido, pela paciência, pelos conselhos, por terem me proporcionado o amadurecimento e por dividirem comigo seus valiosos conhecimentos.

À minha amada família que me apoia em todas as escolhas, se esforçam visando o meu bem, entendem minhas fragilidades e ausências e torcem tanto pelo meu sucesso. Pai, Mãe, Anderson, Aninha, Kenynha e Lorenzo, amo vocês!

À minha irmã querida, Aninha, meu grande exemplo, que me ajuda a ser melhor a cada dia. Você me motiva a seguir em frente e anda ao meu lado, me fazendo rir até das dificuldades da vida!

Ao meu namorado Raphael, que está sempre ao meu lado, me incentivando, me encorajando e me apoiando. Obrigada por tudo, pelo seu amor, por me ajudar a sonhar e por me proporcionar tantos aprendizados! E aos meus sogros, Armanda e Joacyr, pelo carinho e apoio de sempre!

À Tia Tereza, uma segunda mãe. Obrigada por tudo que fez pra mim, pela sua amizade, seus conselhos e por sua alegria que contagia!

Agradeço imensamente à minha psicóloga Márcia, que me pegou pelas mãos e veio junto comigo nesta caminhada com o maior carinho. Obrigada por me fazer entender melhor a vida a cada dia e a enxergar uma lição para cada obstáculo.

A todos os grandes mestres que passaram pela minha trajetória, desde o início da minha vida escolar até hoje no mestrado. Todos vocês contribuíram imensamente na minha formação, instigando minha curiosidade, me desafiando e,

acima de tudo, me fazendo acreditar no conhecimento como um bem muito valioso e que não pode ser roubado.

Aos meus amigos, inclusive aqueles conquistados no mestrado, pela parceria, irmandade, pela confiança que depositam em mim e pelo apoio de sempre. Os amigos que estão perto, mas que entendem a minha ausência e aqueles que estão longe, mas que não se deixam esquecer nunca.

Agradeço à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mary Sandra Carlotto e ao Prof. Dr. Telmo Ronzani, pelo imenso carinho, atenção e pelas importantes contribuições realizadas incrementando a qualidade deste estudo.

A toda equipe de trabalho do NATES, pela dedicação, atenção e todo apoio, especialmente à Elisângela, Patrícia, Fátima e Anderson, que sempre nos tratam da melhor forma possível, nos acolhendo e ajudando em todas as horas.

Aos profissionais de saúde da APS que contribuíram gentilmente com o estudo, despendendo seu tempo para a participação no mesmo.

À CAPES, por incrementar a qualidade da educação do país, incentivando e apoiando a pesquisa científica.

À UFJF, por ter me acolhido nesta instituição de notável importância e qualidade, por ser um exemplo de instituição e ter me proporcionado crescimento.

**À todos  
a minha gratidão, admiração e carinho!**

“De cada um, de acordo com suas habilidades, a cada um, de acordo com suas  
necessidades.”  
*Karl Marx*

“A maior recompensa pelo nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas  
aquilo em que ele nos transforma.”  
*John Ruskin*

"Lutemos por um mundo novo... um mundo bom que a todos assegura o ensejo de  
trabalho, que dê futuro a juventude e segurança à velhice."  
*Charlie Chaplin*



## RESUMO

O mundo do trabalho tem sofrido diversas modificações decorrentes do capitalismo e da modernização, exigindo do trabalhador flexibilidade. A incapacidade de adaptação às mudanças gera estresse ocupacional, repercutindo no desgaste físico e emocional à saúde do trabalhador. A Síndrome de Burnout (SB), é um tipo específico de estresse ocupacional no qual o trabalhador expõe-se cronicamente a estressores laborais. Caracteriza-se pelas dimensões exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e baixa realização profissional (RP). Profissionais de saúde são propensos à SB por lidarem diretamente com pessoas, sofrimento e morte. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível assistencial mais aproximado da comunidade, expondo os profissionais às realidades e dificuldades desta. Entretanto, nota-se a escassez de estudos sobre SB na APS. **Objetivo:** identificar a prevalência da SB nos profissionais da APS de Juiz de Fora e fatores associados. **Métodos:** estudo transversal com uma amostra de 153 profissionais da APS. A variável dependente SB foi medida pelo questionário MBI (*Maslach Burnout Inventory*). **Resultados:** a prevalência da SB foi de 0,7% segundo critérios de Maslach e Jackson e de 51% conforme Grunfeld *et al.* Seguindo critérios de Grunfeld *et al.* a equipe de enfermagem apresentou maior prevalência da SB (56,6%) em relação as demais categorias profissionais. As variáveis autoavaliação do estado de saúde ruim ( $p < 0,001$ ) e insatisfação laboral ( $p < 0,001$ ) associaram-se à SB. 13,1% e 0,7% apresentaram altos níveis de EE e DE, respectivamente, e 48,4% baixa RP. Tempo de serviço, autopercepção da saúde, apoio social e satisfação laboral relacionaram-se significativamente com as dimensões. **Conclusão:** o trabalho na APS possui peculiaridades revelando-se complexo devido à proximidade existente entre profissional e comunidade, pela atribuição em cuidar integralmente e continuamente do usuário, exigindo a utilização das tecnologias leves, além de comprometer-se prioritariamente em promover a saúde e prevenir a doença. Somados a estes desafios, destaca-se a desvalorização do nível primário de atenção e a insuficiência dos recursos a ele destinados. A APS constitui-se como locus importante a ser estudado no sentido de promover boas condições laborais, visando diminuir o risco de desenvolvimento do *burnout*, resguardar o bem estar destes profissionais e garantir a produção de um cuidado de qualidade à sociedade.

**Palavras-chaves:** Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The world of work has undergone several changes resulting from capitalism and modernization, requiring flexibility worker. The inability to adapt to changes generates occupational stress, reflecting the physical and emotional toll on workers' health. The Burnout Syndrome (BS) is a specific type of occupational stress in which the worker is exposed to chronic labor stressors. It is characterized by emotional exhaustion dimensions (EE), depersonalization (DE) and low personal accomplishment (RP). Health professionals are likely to BS by dealing directly with people, suffering and death. The Primary Health Care (PHC) is the closest level of care in the community, exposing professionals to the realities and difficulties of this. However, there is a lack of studies of BS on PHC. **Objective:** to identify the prevalence of BS in professional Juiz de Fora from PHC and associated factors. **Methods:** cross-sectional study with a sample of 153 professionals of the APS. The dependent variable BS was measured by questionnaire MBI (Maslach Burnout Inventory). **Results:** the prevalence of BS was 0.7% according to criteria of Maslach and Jackson and 51% as Grunfeld et al. following criteria Grunfeld et al. The nursing team showed a higher prevalence of BS (56.6%) than the other professional categories. The self-assessment variables of poor health status ( $p < 0.001$ ) and job dissatisfaction ( $p < 0.001$ ) were associated with the BS. 13.1% and 0.7% had high levels and EE, respectively, and 48.4% low RP. Length of service, self-perceived health, social support and job satisfaction correlated significantly with the dimensions. **Conclusion:** work in APS has peculiarities revealing complex due to the proximity between professional and community, the assignment to care fully and continuously user, requiring the use of lightweight technologies, and commit priority to promote health and prevent disease. Added to these challenges, there is the devaluation of the primary care level and the lack of resources allocated to it. The APS constitutes an important locus to be studied in order to promote good working conditions in order to reduce the risk of developing burnout, protect the welfare of workers and ensure the production of quality care to society.

**Keywords:** Burnout, Professional. Health Personnel. Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

- |          |   |    |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | Distribuição dos profissionais de saúde por categoria profissional e nível de atenção, no SUS/JF, 2013  | 43 |
| Quadro 2 | Classificação Econômica da população segundo a Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa – ABEP, 2013 | 45 |

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos profissionais da APS/JF (n=153), 2014	50
Tabela 2	Características laborais dos profissionais da APS/JF (n=153), 2014	51
Tabela 3	Distribuição das dimensões da SB nos profissionais da APS/JF (n=153), 2014	53
Tabela 4	Distribuição das dimensões da SB e fatores associados entre os profissionais da APS/JF (n=153), 2014	53
Tabela 5	Prevalência e razão de prevalência da Síndrome de Burnout segundo variáveis do estudo nos profissionais da APS/JF (n=153), 2014	56
Tabela 6	Razão de prevalência bruta e ajustada* segundo fatores associados à Síndrome de Burnout em trabalhadores da APS/JF (n=153), 2014	58

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCEB	Critérios de Classificação Econômica Brasil
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DE	Despersonalização
EE	Exaustão emocional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	International Labour Office
JF	Juiz de Fora
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
HSS	
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory – Educators Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory – MBI – General Survey
MOS	Medical Outcomes Study
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Realização Profissional
SB	Síndrome de Burnout
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	21
2.1	O TRABALHO EM SAÚDE	21
2.2	SÍNDROME DE BURNOUT	27
2.2.1	<b>Definição da Síndrome de Burnout</b>	30
2.2.2	<b>Causas, Sintomas e Repercussões da Síndrome de Burnout</b>	33
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	40
3.1	OBJETIVO GERAL	40
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	41
4.1	TIPO DE PESQUISA E CENÁRIO	41
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
4.3	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	43
4.4	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	48
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	49
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	50
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO - ARTIGO I e ARTIGO II</b>	59
	ARTIGO I: SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIMENSÕES E FATORES ASSOCIADOS	60
	ARTIGO II: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS	62
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	65
	<b>REFERÊNCIAS</b>	67
	<b>ANEXOS</b>	77

## 1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho vem passando por modificações diante de reformas políticas, econômicas, sociais e organizacionais. Estas mudanças, decorrentes da incorporação de novas tecnologias, vêm imprimindo aos trabalhadores novas competências e habilidades tanto nas formas de gerir, organizar, planejar e utilizar os serviços, quanto nas relações estabelecidas entre trabalhadores, gestores e pessoas que utilizam os serviços (FRANÇA, S. *et al.*, 2012; WHO, 2010; SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; SCHAUFELI e GREENGLASS, 2001; MASLACH e LEITER, 1999).

A formação das competências esperadas nos trabalhadores são aquelas nas quais estejam aptos a atuar em situações de constantes transformações no trabalho, identificar problemas, propor soluções, autocapacitar-se, ser criativo, organizado e trabalhar em equipe, visando a otimização da produtividade. Tudo isso tem exigido esforços que vem desgastando física e psicologicamente os trabalhadores, gerando estresse, uma vez que os mesmos não se encontram preparados para tais mudanças (BARRETO *et al.*, 2012; FRANÇA, S. *et al.*, 2012; WHO, 2010; BRASIL, 2001; MASLACH e LEITER, 1999).

Observa-se na atualidade a crescente valorização econômica em detrimento da valorização do capital humano, sendo possível perceber as consequências no cotidiano do trabalho por meio da reduzida autonomia dos trabalhadores, a desigualdade salarial existente entre equipe profissional, a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento e de trabalho em equipe e a existência de conflito de valores entre organização e trabalhador (FRANÇA, F. *et al.*, 2012; WHO, 2010; MASLACH e LEITER, 1999).

A prevalência do estresse ocupacional é alta, tem-se notado uma diminuição do bem-estar em detrimento de um aumento dos níveis de *burnout* (GREGORY e MENSER, 2015). Em diversos países, sobretudo, EUA, Holanda e Inglaterra verifica-se o aumento de casos de estresse relacionado ao trabalho, estima-se que o *burnout* seja responsável por 50-60% dos casos de absenteísmo (GRAU-ALBEROLA *et al.*, 2009; COX *et al.*, 2000, SCHAUFELI e ENZMANN, 1998). Avalia-se (ILO, 2000) que pelo menos 10% da população trabalhadora dos EUA, Reino

Unido, Alemanha e Polônia são acometidos por depressão, ansiedade, estresse e *burnout* (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE - ILO, 2000).

A SB deve ser considerada como um dos maiores problemas de saúde pública atuais, principalmente, se for considerado que um indivíduo com SB pode influenciar e “contaminar” companheiros de trabalho, direta ou indiretamente (GRAU-ALBEROLA *et al.*, 2009; SHIROM, 2005; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

Os custos decorridos do estresse ocupacional são significativos em grande parte do mundo, gerados por absenteísmo, redução da produtividade, gastos médicos e afastamentos, um fenômeno denominado de “globalização do estresse” pela ILO. Para a ILO o estresse laboral é uma das mais importantes inquietações de empresas, trabalhadores e comunidade e se caracteriza como um prejuízo econômico relevante e crescente (GREGORY e MENSER, 2015; WHO, 2010; FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003). A perda para os indivíduos vai muito além do custo econômico, pois o incremento do estresse laboral aumenta o risco de morbidade e mortalidade, sendo uma das consequências no âmbito social (FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003).

Desde o advento da Revolução Industrial a saúde do trabalhador se tornou questão relevante mundialmente, em decorrência dos inúmeros acidentes, das péssimas condições de trabalho e dos frequentes males de saúde que os operários eram expostos. Nota-se nos dias atuais, a importância dos serviços de saúde ocupacional na busca pela ampliação das investigações relativas aos acidentes e doenças do trabalho e das atividades desenvolvidas para a prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores atuantes no mercado de trabalho. A condição de saúde física e mental destes é fundamental na determinação do progresso da sociedade (MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; FRIAS JUNIOR, 1999). Portanto, é necessário pensar a saúde do trabalhador e propor mudanças na formulação de políticas, que protejam e promovam a sua saúde, isto é fundamental à sociedade e evidentemente à saúde coletiva.

No campo da saúde observam-se o crescimento de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas acerca das doenças ocupacionais relacionadas ao estresse laboral, despertando nos governos, gestores, trabalhadores, sindicatos e empresários dentre outros, a necessidade de formular políticas que possam prevenir, promover e proteger os trabalhadores dos fatores nocivos à sua saúde. Dentre as doenças



estudadas encontra-se a Síndrome de Burnout (MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005).

“A Síndrome de Burnout (SB) é uma síndrome psicológica, consequência de uma resposta prolongada a estressores crônicos interpessoais no trabalho” (MASLACH, 2009, p.37). Caracteriza-se como estresse crônico laboral, gerando esgotamento físico e emocional, impossibilitando o indivíduo a enfrentar situações pela diminuição de energia (TRINDADE e LAUTERT, 2010; MASLACH e LEITER, 1999).

Esta síndrome se caracteriza por três dimensões: **exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional**. A SB repercute em prejuízos à saúde do trabalhador e ao seu desempenho, como também para as organizações e familiares (MORELLI, SAPEDE e SILVA, 2015; MARTINS *et al.*, 2014; CARLOTTO *et al.*, 2013; KEBIAN, FURTADO e PAULINO, 2010; MASLACH, 2009; ROSA e CARLOTTO, 2005; MASLACH e LEITER, 1999).

Tais prejuízos são relatados por Tamayo e Tróccoli (2009, p. 213) como:

[...] distúrbios individuais (depressão, queixas psicossomáticas, problemas de saúde, uso de drogas), atitudes inadequadas (insatisfação no trabalho, falta de comprometimento organizacional, intenção de abandonar o trabalho) e problemas no trabalho (absenteísmo e licença médica, alta rotatividade, baixo desempenho e má qualidade dos serviços).

A SB afeta, geralmente, profissionais que mantém contato direto com pessoas, fundamentalmente, os profissionais da saúde que cuidam de outros. Estes se envolvem cotidianamente com situações de sofrimento e morte, além disto, há diversos fatores político-econômicos no âmbito organizacional como reduzidos custeios, restrições políticas, sobrecarga de trabalho, horário de trabalho em turnos, baixa remuneração, conflitos interpessoais e de valores que podem estar associados com a SB, afetando a qualidade do cuidado, incrementando a taxa de absenteísmo e de erros na assistência, além de aumentar comportamentos antiéticos (GREGORY e MENSER, 2015; MARTINS *et al.*, 2014; KEBIAN, FURTADO e PAULINO, 2010; MOREIRA *et al.*, 2009; MASLACH, 2009; BENEVIDES-PEREIRA, 2003; GIL-MONTE, 2002; BRASIL, 2001; MASLACH e JACKSON, 1981).

Ademais, os profissionais de saúde são mais propensos ao *burnout*, pois têm uma visão humanística acerca do seu trabalho, o qual é realizado com o intuito de ajudar pessoas. Também, quando eles chegam no mercado de trabalho chocam-se com serviços de saúde, geralmente, desumanizados aos quais precisam adaptar-se, o que contraria seus ideais (MASLACH, 2009; CARLOTTO, 2009).

Linzer *et al.* (2009) defendem que condições desfavoráveis de trabalho podem afetar os profissionais de saúde e indiretamente os pacientes, pois uma vez que os primeiros encontram-se insatisfeitos no trabalho aumenta-se o risco de cometimento de erros e da pobre aderência a medicamentos e terapias, comprometendo a qualidade do serviço.

O Ministério da Previdência Social do Brasil contabilizou que 4,2 milhões de pessoas foram afastadas do trabalho em 2007, e destas 3.852 receberam diagnóstico da SB (JODAS e HADDAD, 2009). As leis de auxílio ao trabalhador brasileiro já contemplam a SB, classificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como Z73-0, pois geram inúmeros custos à sociedade decorrentes de prejuízos como supracitados, podendo tornar o indivíduo incapaz de trabalhar (CARLOTTO e CÂMARA, 2008).

Verificou-se na literatura científica brasileira que poucos são os estudos referentes à SB na Atenção Primária à Saúde (APS), o que dificulta o diagnóstico e a implementação de ações sob a mesma. A maioria dos estudos é da área hospitalar entre enfermeiros e médicos por serem os profissionais que possuem maior vínculo e aproximação com os clientes (MARTINS *et al.*, 2014; PEREIRA e ANTONIASSI, 2014; OLIVEIRA, COSTA e SANTOS, 2013; ALBUQUERQUE, MELO e NETO, 2012; MOREIRA *et al.*, 2009; KEBIAN, FURTADO e PAULINO, 2010; MASLACH, 2009; SILVA e MENEZES, 2008; ROSA e CARLOTTO, 2005). No estudo de Guillermo *et al.* (2014) e no de Shanafelt *et al.* (2012) verificaram-se que enfermeiros e médicos atuantes na assistência básica obtiveram maior percentual de DE e de SB, respectivamente, do que os demais profissionais de outros setores, o que demonstra a vulnerabilidade dos profissionais da APS.

A atenção básica, segundo a política de saúde é responsável pela integração e coordenação do cuidado, designando-a como reorientadora e reorganizadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e das redes de atenção à saúde, por meio da responsabilização, do vínculo e da intensa comunicação com toda a rede de assistência. O encargo da APS é tão amplo que se torna lócus importante de ser

pesquisado, pois se definem novas competências e habilidades aos trabalhadores, além disso, o papel de reorientador do SUS já representa um grande desafio aos profissionais (MORELLI, SAPEDE e SILVA, 2015; BRASIL, 2012; BRASIL, 2011; TRINDADE *et al*, 2010).

A APS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) (2012), é realizada por ações de saúde individuais ou coletivas, que visam a prevenção e a redução de agravos, a promoção, proteção, reabilitação e a manutenção da saúde através da assistência integral (BRASIL, 2012).

Ela está fundamentada nos princípios do SUS: na universalidade, acessibilidade, no vínculo, no cuidado continuado, na integralidade da assistência, na responsabilização, humanização, equidade e na participação social. Este nível de assistência se caracteriza como o núcleo de interlocução da rede de assistência do SUS. Os profissionais encontram-se muito próximos da vida das pessoas, devido ao alto grau de descentralização e à territorialidade. Espera-se dos profissionais que o cidadão seja avaliado na sua singularidade para atender as suas necessidades e prestar uma assistência integral (BRASIL, 2012).

Ao serviço básico atribui-se a incumbência central de acolher, escutar e responder às demandas, ou, de pelo menos, reduzir danos, além de possuir a responsabilidade sob esta resposta mesmo que o cuidado tenha sido realizado em outro nível de atenção do SUS, garantindo a resolução e a continuidade do cuidado, sendo portanto uma referência para o usuário (MORELLI, SAPEDE e SILVA, 2015; BRASIL, 2012).

A APS é essencial ao sistema de saúde, sendo vista como a mais efetiva e eficiente forma de se promover a saúde da sociedade e prevenir o desenvolvimento de doenças. Os profissionais atuantes nas unidades de atenção primária e seu desempenho, claramente, determinam o nível de qualidade, de acessibilidade e de eficácia da assistência em saúde (ALAMEDDINE *et al*, 2012).

O trabalho em equipe realizado interdisciplinarmente é pré-requisito para o cumprimento do princípio do cuidado integral, devendo existir discussão entre os profissionais a fim de enobrecer o cuidado através dos potenciais de cada profissional integrante do trabalho. Além disso, no intuito de enriquecer o cuidado, a autonomia e a participação do usuário são encorajadas (BRASIL, 2012). Esta interdisciplinaridade traz integração e complementaridade de conhecimentos, o que

possibilita a realização de planejamentos das atividades de intercessão sob as questões de saúde (OLIVEIRA NETO, 2011).

Portanto, é importante estudar a APS, pois os trabalhadores lidam constantemente com pressões dos usuários para a resolução dos problemas, com a exigência de produtividade por parte dos gestores, além de possuírem a missão de diminuir custos para o SUS e de desenvolver os princípios de prevenção e proteção da saúde com qualidade. Tudo isto em meio a um cenário curativista, em contexto de precariedade de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos, tanto quantitativo como qualitativo, insuficiência de material e equipamentos adequados à complexidade das necessidades dos usuários, ou seja, onde os profissionais dificilmente têm prioridade (GREGORY e MENSER, 2015; MARTINS *et al.*, 2014; TRINDADE e LAUTERT, 2010).

Ainda verificam-se imperfeições da rede que refletem no processo de trabalho e no cuidado à saúde. As falhas do SUS geram reclamações dos usuários, que embora em sua maioria não sejam ocasionadas por profissionais da atenção básica, estes são alvos das insatisfações dos usuários por atuarem no ponto da rede mais próximo do usuário e possuírem maior vínculo e responsabilização. Estes fatores singulares à ABS podem ser importantes estressores, logo, potenciais contribuintes à progressão da SB (ALBUQUERQUE, MELO e NETO, 2012; TRINDADE e LAUTERT, 2010).

Há necessidade de capacitar os profissionais da saúde, remunerá-los suficientemente e gerir bem os recursos humanos para que os trabalhadores se sintam reconhecidos, além da concretização de ações educativas e terapêuticas no ambiente de trabalho, para a prevenção da SB (TRINDADE e LAUTERT, 2010). Galindo *et al.* (2012) apontam que o suporte social, a educação permanente e o estímulo à autonomia nas decisões no trabalho são fatores que geram satisfação e garantem habilidades para enfrentar situações estressoras, fatores que podem proteger contra o *burnout* (SCHAUFELI e GREENGLAS, 2001).

O ser humano é movido pelo sentimento de ser reconhecido e valorizado pelas pessoas e por sua empresa. É uma necessidade intrínseca aos trabalhadores, o que imprime na maneira de encarar o trabalho e suas próprias vidas, significando o seu trabalho. Assim, quanto mais as relações interpessoais sejam fortalecidas, e quanto mais a instituição ofereça condições confortáveis, recursos e estímulo à autonomia, criatividade e aperfeiçoamento profissional, mais o trabalho se torna

eficaz e o sujeito adquire mais proteção contra o sofrimento (LIMA *et al.*, 2015; CARLOTTO, 2009; SANTOS, BRAGA e FERNANDES, 2007).

Estes fatores sociais e organizacionais e seus estressores são relevantes, pois segundo Shirom (2005) e Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) a SB é causada mais fortemente por problemas no ambiente social do trabalho do que por problemas individuais, de personalidade ou sociodemográficos.

É necessária a realização de pesquisas epidemiológicas sobre a SB. O tema se mostra relevante e cada vez mais vem ganhando atenção na área da Saúde Coletiva, que tem dado maior enfoque aos fatores psicossociais implicados no processo saúde e doença (CARLOTTO e CÂMARA, 2008).

Diante da relevância de se prevenir precocemente os trabalhadores da saúde da SB, em virtude dos prejuízos no âmbito individual e das organizações, além da lacuna de conhecimento acerca da síndrome, torna-se fundamental pesquisar a SB, seus fatores associados, para colaborar na construção sobre a temática e na prevenção da doença e redução dos malefícios à sociedade. Portanto, objetiva-se identificar a prevalência da SB entre os profissionais da atenção primária à saúde de Juiz de Fora e fatores associados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O TRABALHO EM SAÚDE

A estruturação e implementação do trabalho, assim como a construção da vida, da consciência e do consenso de regras para a convivência em sociedade são manifestações peculiares ao ser humano, resultante das relações sociais, da política, cultura e dos interesses da sociedade. O trabalho pode ser entendido como condição da existência humana, presente em todas as culturas. É uma atividade que tem uma função social e que requer conhecimentos e habilidades. O homem ao trabalhar transforma a natureza e a si mesmo. Todo trabalho envolve um processo de aprendizado como o de viver em coletividade, e é fundamental ao homem, pois ao realizá-lo sente-se reconhecido, valorizado e importante aos olhos da sociedade a qual pertence (LIMA, *et al.*, 2015; BARRETO *et al.*, 2012; WHO, 2010; MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; PIRES, 1998; MENDES-GONÇALVES, 1992).

O trabalho em saúde não produz mercadoria, mas é um serviço que influi na manutenção e na reprodução da classe trabalhadora. É considerado serviço, pois seu produto é o cuidado e este não se caracteriza como uma mercadoria comerciável, e sim como um produto realizado concomitantemente, através da relação profissional de saúde e usuário, pelo trabalho vivo em ato, em que o produto é o próprio processo de produção (MERHY, 2002; RODRIGUES e ARAÚJO, 2001; PIRES, 2000; MENDES-GONÇALVES, 1992). Portanto, o trabalho em saúde é complexo, pois resulta num produto imaterial que afeta e influi na vida das pessoas (LIMA *et al.*, 2015).

O trabalho em saúde se designa por um processo de inúmeras conexões e redes que disponibilizam comunicação entre agentes sociais, que através das relações humanas garantem a obtenção do produto que é o cuidado (OLIVEIRA NETO, 2011; FRANCO, 2006). Os profissionais de saúde devem ser vistos como o principal instrumento para obtenção do cuidado de qualidade, por ser o cuidado resultado diretamente proporcional à motivação, aos conhecimentos e habilidades destes trabalhadores (WHO, 2010; GIL-MONTE, 2002).

Para a realização do trabalho em saúde se utiliza de tecnologias classificadas em tecnologias leves (produção de vínculo com o usuário, acolhimento,

responsabilização, dentre outras), leve-duras (relação estabelecida entre o profissional e o cidadão, na qual o profissional utiliza do conhecimento em saúde para a compreensão e atendimento das necessidades de saúde) e duras (utilização de conhecimento científico e equipamentos na resolução dos problemas de saúde). As tecnologias leves, por sua vez, predominam, por ser um trabalho vivo em ato<sup>1</sup>, seu objeto não materializado e seus meios de intervenção baseados em tecnologias de relações, de encontros de subjetividades. Portanto, a tecnologia leve do trabalho vivo em ato se dá no encontro do profissional com o usuário que capta as necessidades de saúde do usuário (MERHY, 2002).

O tipo de tecnologia adotado determina a forma de organização e o modelo assistencial a ser desenvolvido no serviço de saúde. Portanto, serviços que utilizam mais tecnologias duras, possuem modelos biomédicos centrados na doença, enquanto os que utilizam das tecnologias leves são modelos assistenciais voltados para o atendimento das necessidades de saúde no qual o cidadão é o centro do processo e organização do trabalho (MERHY, 2002).

Esta peculiaridade do serviço de saúde faz com que o profissional se envolva intensamente nas relações interpessoais com os usuários e com suas demandas, necessitando ser uma relação “humanizada” e de envolvimento emocional, em que o usuário passa a ter significado para o profissional (OLIVEIRA NETO, 2011; RODRIGUES e ARAÚJO, 2001). Sampaio, Vilela e Pires (2012) e Oliveira Neto (2011) apontam que o ser humano é sujeito e objeto do trabalho em saúde, numa construção simultânea das ações em saúde com os usuários.

O processo de trabalho é o modo como os sujeitos realizam o seu trabalho, modificando um objeto através de ferramentas, a fim de obter um produto. Para discutir o processo de trabalho em saúde, existe a necessidade de se entender os elementos que o compõem. O **objeto** é a matéria-prima que irá sofrer a modificação. Os **meios de produção** são as ferramentas que possibilitarão a produção. Os **agentes** do processo são os sujeitos que trabalham na elaboração do produto. E A obtenção do produto é a **finalidade** do processo que irá atender às necessidades dos homens (FARIA, WERNECK e SANTOS, 2009; RODRIGUES e ARAÚJO, 2001; PIRES, 1998).

Assim, no serviço de saúde não se encontra um processo de trabalho que envolva objetos, e sim pessoas, que se encontram e estabelecem uma intensa

<sup>1</sup> O trabalho vivo em ato é o trabalho que se consome no momento que se está o produzindo, em que há uma relação interceçora entre usuário e profissional de saúde, em que ambos produzem o cuidado e este, produto do trabalho, é consumido concomitantemente. Neste, predomina-se a aplicação de tecnologias leves (MERHY, 2002).



relação de troca e de negociação. O processo de trabalho em saúde possui particularidades, no qual a matéria-prima é o usuário, as ferramentas de trabalho são as tecnologias (leves, leve-duras e duras), o trabalhador deve ser produtor do cuidado e o produto final é o cuidado (RODRIGUES e ARAÚJO, 2001; MERHY, 2002).

O usuário é a matéria-prima do trabalho em saúde, é o consumidor do serviço e também um agente do processo de trabalho, pois possui autonomia, escolha e responsabilidade na produção da sua saúde. Dessa forma, profissional e usuário formam simultaneamente suas subjetividades e ambos são agentes e objetos no processo de trabalho, já que sofrem transformações ao longo do processo (FARIA, WERNECK e SANTOS, 2009).

Para Faria, Werneck e Santos (2009), todo processo de trabalho visa objetivos que vão além da obtenção de um produto (material ou não - por exemplo, o cuidado), como a geração de lucro, conquista de mercado e interesses políticos. Em relação às expectativas do trabalhador, este espera ser valorizado e reconhecido no e pelo seu trabalho.

Além das intensas relações interpessoais existentes no processo de trabalho em saúde, há uma densa comunicação entre os estabelecimentos de saúde, que formam as redes de cuidado do SUS. Nas redes do cuidado do SUS existe uma articulação e dependência entre elas, pois são essenciais para a realização do cuidado integral, que é peculiar e subjetivo. Não existe no serviço de saúde uma autosuficiência, uma vez que nenhum profissional isolado é capaz de suprir as necessidades do usuário, pois nas redes cada ator possui um potencial que garante a eficácia do resultado (FRANCO, 2006).

O trabalho em saúde, quando se dá baseado no trabalho vivo, possui uma produção altamente criativa, dinâmica e não estruturada. Diante disto, a prática em saúde curativa, tecnista e médico-hegemônica se opõe ao cuidado, priorizando a cura, os procedimentos, a fragmentação do serviço, que não garante o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo. Portanto, é essencial promover atividades focadas no cuidado, a fim de desenvolver a autonomia do usuário, assegurando a integralidade da atenção em saúde, através do trabalho em equipe, de forma interdisciplinar e intersetorial, para promover vínculos e corresponsabilização (FRANCO, 2006; RODRIGUES e ARAÚJO, 2001).



Merhy (2002) acredita que haja uma reestruturação produtiva da saúde, marcada pela incorporação de equipamentos, mas principalmente, pela produção independente de equipamentos representada pelas relações e por novas formas de gerir o cuidado. Estas novas formas de produção do cuidado devem impactar o trabalho vivo em ato no sentido de provocar uma mudança no modelo hegemônico. Merhy (2002) coaduna com a opinião de Campos (1992) que a construção de um cuidado deve ser realizado por equipes multiprofissionais e multidisciplinares.

Embora o trabalho em saúde seja coletivo, desenvolvido por diversos profissionais de saúde, nota-se que o trabalho é baseado, na maioria das vezes, na divisão de tarefas, o que pode gerar prejuízos ao processo de trabalho, pois pode-se tomar decisões contraditórias e não complementares, ou agir da mesma forma duplamente despendendo tempo desnecessariamente (PIRES, 2000).

Pires (1998) aponta que desde o surgimento das faculdades médicas, com o encargo de reger a formação, de caracterizar as regras de profissionalização e de execução do serviço em saúde, os demais profissionais da saúde se submeteram aos ditames médicos. Estes são partícipes do trabalho coletivo, possuem certa autonomia no processo de trabalho, no entanto, concomitantemente são subordinados ao profissional médico.

Considera-se fundamental entender que estes profissionais possuem capacidade de intervir no processo de produção da saúde, por meio de suas competências específicas, pois o cuidado é inerente ao profissional da área da saúde (MERHY, 2002). O autor defende que o modelo médico hegemônico diminui essa dimensão do cuidado em saúde que se baseia nos processos relacionais, e que pertence a todos os trabalhadores da saúde por meio de suas ações interseçoras. Portanto, a especificidade presente em cada uma das profissões da saúde contribui no desenvolvimento da assistência em saúde. Mas para um agir comum na saúde a todas as profissões deve existir cooperação e trabalho em equipe, agregando-se assim qualidade ao serviço (MERHY e FRANCO, 2005).

No entanto, verifica-se ainda na atualidade, o modelo de saúde centrado no médico como detentor do poder e as demais profissões subordinadas a esta categoria profissional, ademais este modelo é focado nas tecnologias duras baseadas em equipamentos, na fragmentação das ações, pela mecanização do serviço a fim de produzir a cura e não o cuidado (OLIVEIRA NETO, 2011; RODRIGUES e ARAÚJO, 2001). Esse modelo também é fruto e consequência da

reestruturação produtiva da década de 1970 que introduziu a lógica dos mercados e do capital acarretou em redução de gastos públicos, privatizações e na precarização dos processos de contratações e do trabalho, o que gerou o aprofundamento da crise na saúde, sustentando o modelo hegemônico no país que não responde às necessidades de saúde da população (SOUZA, OLIVEIRA e CASTRO, 2011; MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; RIBEIRO e PIRES, 2004; PIRES, 2000).

Isto repercutiu em ônus no cuidado em saúde, pois houve redução do capital humano, diminuição da contratação de profissionais qualificados, arroçamento salarial e terceirização. Isto comprometeu a meta da integralidade proposta pelo SUS, ferindo a ética na saúde, o fortalecimento dos direitos sociais e o processo de responsabilização e respeito aos usuários. Estas questões resultaram no desamparo do trabalhador prejudicando assim, o seu processo de trabalho e comprometendo a sua saúde (SOUZA, OLIVEIRA e CASTRO, 2011; RIBEIRO e PIRES, 2004; PIRES, 2000).

Atualmente, há muitos problemas no sistema de saúde brasileiro que tornam ainda os serviços incapazes de atender todas as demandas da população, o que gera insatisfação tanto dos clientes, como dos trabalhadores com o tipo de atendimento prestado (RODRIGUES e ARAÚJO, 2001).

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para a implantação do modelo de saúde pautado nos princípios da APS, como a Estratégia da Saúde da Família (ESF) (1994), e a publicação da política Nacional da Atenção Básica (2012), verifica-se ainda que há muito que se caminhar para atingir o objetivo da APS ser a ordenadora do SUS (ALBUQUERQUE, MELO e NETO, 2012).

A atenção básica em saúde visa a recuperação, prevenção e promoção da saúde, no entanto, o que a maioria dos usuários procuram no serviço são atividades de recuperação, numa visão curativista. A APS possui particularidades em relação à sua demanda, pois parte relevante desta é por necessidades psicossociais. Diante disto, o trabalhador precisa lançar mão de tecnologias específicas para a produção de um cuidado integral na APS, e ser capaz de: tratar de fatores psicossociais, ser hábil na comunicação e gerenciamento e compreender as variadas necessidades do usuário (FARIA, WERNECK e SANTOS, 2009). Tal situação faz com que os trabalhadores de saúde sintam-se pressionados e em constante tensão para tentar solucionar o problema do cidadão, em contextos de despreparo e de recursos

insuficientes para atender a estas demandas, o que contribui para o adoecimento dos mesmos (CARLOTTO, 2009).

A complexidade que o trabalho na APS possui, requer dos trabalhadores uma consonância entre os valores pessoais e os valores da APS, sendo necessário conhecimento sobre seus princípios, a fim de atender os objetivos propostos pelo SUS, em busca da qualidade da assistência à saúde. Rodrigues e Araújo (2001) apontam que ao contrário do que o discurso médico hegemônico propaga, a atenção primária em saúde não é uma ação simples, pois há uma exigência dos profissionais que nela atuam de capacidades tecnológicas variadas e complexas para se realizar um serviço eficaz e resolutivo.

Além da complexidade existente no processo de produção do cuidado integral à saúde e dos riscos laborais característicos da área da saúde (químicos, orgânicos, biológicos e ergonômicos), os trabalhadores da APS estão em constante exposição a desafios e a intrincadas situações originadas da desigualdade social, da proximidade do usuário e das deficiências que o próprio sistema de saúde possui (MAISSIAT *et al.*, 2015; ALBUQUERQUE, MELO e NETO, 2012; TRINDADE e LAUTERT, 2010). Esta relação próxima e intensa com os usuários pode ocasionar maiores níveis de insatisfação no trabalho, e conseqüentemente pode os predispor à SB (PÉREZ-CIORDIA, 2013).

Diante disto, os profissionais necessitam desenvolver habilidades para superar os desafios e as carências cotidianas como: a escassez ou mesmo inexistência de infraestrutura e de recursos materiais; a constante exposição a diversos tipos de riscos; a falta de reconhecimento profissional; a baixa remuneração; processos de trabalho burocráticos; as relações conflituosas com a equipe de trabalho, gerência, usuário e sua família; e a pressão para atender a todas as necessidades de saúde que a comunidade possui (ALBUQUERQUE, MELO e NETO, 2012; TRINDADE e LAUTERT, 2010, GIL-MONTE, 2002).

Todos estes fatores podem contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de desmotivação, insatisfação e desilusão no profissional em relação ao seu trabalho, pois as condições laborais oferecidas afetam a qualidade de vida do trabalhador e a qualidade do serviço oferecido aos usuários. Portanto, tendo a APS como cenário deste estudo, no qual os profissionais de saúde situam-se na linha de frente do sistema, faz-se necessário compreender os fatores que vem comprometendo à saúde destes trabalhadores.

## 2.2 SÍNDROME DE BURNOUT

As mudanças e transformações ocorridas no mundo do trabalho, decorrentes da globalização e da crescente evolução tecnológica, têm priorizado os valores econômicos em detrimento dos valores pessoais. Em decorrência disto, a competitividade no mercado de trabalho é crescente, exigindo dos indivíduos mais capacitação e produtividade, pressionando-os e demandando dos mesmos adaptabilidade às constantes mudanças no trabalho. Isto vem afetando os trabalhadores e repercutindo na sua saúde, já que ficam cada vez mais próximos do estresse e, conseqüentemente, suscetíveis ao *burnout* (NEVES, OLIVEIRA e ALVES, 2014; CARLOTTO *et al.*, 2013; BARRETO *et al.*, 2012; WHO, 2010; FAÚNDEZ e GIL-MONTE e MARUCCO, 2008; SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; MASLACH e LEITER, 1999).

Entende-se que o estresse é resultante de uma situação externa, denominada fator estressor, em que o indivíduo necessita de grande energia para adaptar-se à ela. O fator estressor não é o responsável pelo desfecho estresse, sendo a impressão do indivíduo e o seu modo de enxergar a situação estressante os causadores de estresse (FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003; SELYE, 1985).

O estresse é uma resposta inespecífica do organismo a indeterminadas situações. É um inevitável efeito da vida e que nem sempre é prejudicial ao organismo, pois isto depende de como o indivíduo reage à situação estressora. O estresse estimulado por frustrações, conflitos ou infecções é prejudicial, mas aqueles provocados por situações de satisfação e sucesso, por exemplo, são benéficos. A resposta aos fatores estressantes vai determinar o *distress* quando o sujeito não se adapta à situação ou o *eustress* gerado pela boa adaptação aos estressores (SELYE, 1985).

A conceituação do estresse desde Hans Selye (1936) vem sendo fortemente trabalhada e utilizada tanto no meio acadêmico, como em meios de comunicação e pela sociedade em geral. Na literatura o estresse tem recebido sinônimos como desmotivação, cansaço, frustração, ansiedade, dificuldade e, usualmente, tem acometido a sociedade moderna (MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005).

A Síndrome de Burnout é um tipo especial de estresse ocupacional crônico e prolongado derivado de um desequilíbrio entre demanda e capacidade de resposta do indivíduo, fundamentalmente, pelas demandas interpessoais no trabalho e entre

os valores pessoais e organizacionais. É evidenciada por uma progressiva perda de energia, de idealismo e de expectativas que ocorrem em trabalhadores que, geralmente, atuam em áreas profissionais de ajuda, sendo um mal-estar geral que acarreta em prejuízos à produtividade e à satisfação destes em relação ao seu trabalho (GREGORY e MENSER, 2015; BAKKER e COSTA, 2014; GRAU-ALBEROLA *et al.*, 2010; CARLOTTO e CÂMARA, 2008; MASLACH, LEITER e SCHAUFELI, 2008; SHIROM, 2005; GIL-MONTE, 2002; TAMAYO, 1997).

Gil-Monte (2003a) aponta que na literatura espanhola existe uma ampla variedade de denominações da SB, o mesmo ocorre no Brasil, o que pode levar ao erro por se tratar de coisas diferentes. Isto dificulta o trabalho científico na busca de integrar a produção de conhecimento acerca do tema, em contrapartida, a adoção de descritores e termos universais facilita o levantamento e o delineamento científico, proporcionando a comparação de estudos (CARLOTTO e CÂMARA, 2008; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

As pesquisas envolvendo o *burnout* no mundo vêm crescendo, na Biblioteca virtual em Saúde (BVS), em pesquisa por meio do descritor esgotamento profissional, em 1985 era de 66 publicações, na atualidade essa busca resultou em 9.825 publicações. Porém, estes dados devem ser apreciados de forma cuidadosa, pois embora este aumento das publicações seja importante, estas não envolvem unicamente o *burnout*, mas sim doenças ocupacionais como um todo. No entanto, este incremento já é um progresso, pois estimula o interesse pelo *burnout* e o seu conhecimento (SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998).

Bradley foi o primeiro pesquisador a introduzir, em 1969, o termo *burnout* no meio científico, em que caracterizava *staff burnout* como o desgaste de profissionais e propôs alternativas de caráter organizacional como resolução. Embora, seja encontrado na literatura Freudenberger como o pioneiro nos estudos e conceituação da SB. Freudenberger popularizou a SB por meio do seu trabalho intitulado *Staff burn-out*, de 1974, em que estudou profissionais de uma clínica psiquiátrica que lidavam com jovens dependentes de drogas. No estudo observou-se que muitos profissionais desenvolveram uma gradual perda de energia, motivação e de compromisso, acompanhado de uma ampla sintomatologia. Nesta época, o *burnout* foi difundido, porém era rejeitado pela sociedade acadêmica por se basear em

métodos empíricos de investigação (FALGUERAS *et al.*, 2015; CARLOTTO e CÂMARA, 2008).

Posteriormente, Christina Maslach e seus colaboradores introduziram o *burnout* no meio acadêmico, credibilizaram o fenômeno diante de uma série de estudos com trabalhadores e da criação do instrumento de pesquisa denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (MASLACH e JACKSON, 1981). Estudaram, inicialmente, profissionais da saúde e serviços da área humana, pois acreditavam que estes, por lidarem com altas demandas emocionais, poderiam ser mais propensos ao *burnout*. Encontraram três sentimentos evidentes nos relatos dos sujeitos: exaustão emocional, percepção negativa dos pacientes e visão de si como incompetente profissionalmente (SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; CARLOTTO e CÂMARA, 2008; SCHAUFELI e GREENGLAS, 2001; MASLACH e JACKSON, 1981).

O MBI, como referido, era direcionado a trabalhadores de serviços humanos, por meio do MBI – *Human Services Survey* (MBI-HSS) e do MBI – *Educators Survey* (MBI-ES). Logo criou-se o MBI – *General Survey* (MBI-GS) que pode ser utilizado para qualquer tipo de área profissional (CARLOTTO e CÂMARA, 2004).

Há alguns instrumentos para a mensuração da SB, porém o questionário MBI é universalmente o mais utilizado, considerado o “padrão ouro”. Há outras variadas e complementares formas de se avaliar a presença da SB, por meio da observação, entrevista, autorrelato e através de aportes fisiológicos como pressão sanguínea, batimentos cardíacos e níveis de adrenalina e cortisol (SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; SCHAUFELI E ENZMANN, 1998).

O MBI, portanto, não pode ser considerado como meio de diagnóstico da síndrome sem associação com diagnósticos clínicos. Assim sendo, o instrumento é utilizado como meio de rastreamento para indivíduos com prevalência a alta predisposição ao desenvolvimento da SB. Ainda existem algumas deficiências no MBI, pois a prevalência da SB ainda não pode ser definida de forma segura, acurada, os pontos de corte que estimam a prevalência são preliminares e precisa-se de mais pesquisas (SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; SCHAUFELI *et al.* 2001).

### 2.2.1 Definição da Síndrome de Burnout

O termo *burnout* é uma metáfora que faz referência a um estado de exaustão, aludindo-se a um sentimento de “queimar-se por inteiro”. Mas, para Schaufeli e Enzmann (1998), a metáfora que melhor o descreveria seria comparado a uma bateria de carro, em que a energia está sendo consumida, no entanto, não está sendo recarregada. Aproximando-se, dessa forma, do efeito crônico da síndrome em que há um processo de perda de energia ao longo do tempo, em que o sujeito oferece muito e recebe pouco em troca, repercutindo na exaustão emocional e física.

A maioria dos referenciais adotados acredita que o *burnout* é consequência de um estresse não diagnosticado e não tratado, uma resposta, como forma de enfrentar e de se proteger, que o sujeito desenvolve para lidar com os estressores. Ou seja, é o desfecho de repetidas tentativas insolúveis no combate ao estresse crônico, o qual atinge pessoas motivadas e que trabalham comprometidamente. Uma das principais consequências da SB é alteração comportamental do trabalhador, diminuindo sua dedicação e produtividade no trabalho (SWIDER e ZIMMERMAN, 2010; CARLOTTO e CÂMARA, 2008; GIL-MONTE, 2002; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; MASLACH e LEITER, 1999; TAMAYO, 1997).

A SB é descrita em três dimensões relacionadas, porém independentes: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e baixa realização profissional (RP). A primeira resposta ao estresse e aspecto central da SB é o crescente sentimento de EE, no qual o sujeito se sente sobrecarregado física e emocionalmente, esgotado e não consegue atenuar o sentimento de estresse e se vê incapaz de se recuperar. Neste sentido, o profissional sente-se desmotivado e inapto a lidar com atividades e pessoas no seu cotidiano (GREGORY e MENSER, 2015; CARLOTTO e CÂMARA, 2008; BENEVIDES-PEREIRA, 2003; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; GRUNFELD *et al.*, 2000; MASLACH e LEITER, 1999; MASLACH e JACKSON, 1981).

A DE é evidenciada por uma atitude negativa e de estereotipação dos clientes que provoca comportamentos céticos, fazendo com que o profissional não sustente sentimentos de esperança e se afaste das relações interpessoais como um meio de defesa. É entendida como a dimensão capaz de diferenciar o *burnout* de demais síndromes (GREGORY e MENSER, 2015; VIEIRA, 2010; BENEVIDES-PEREIRA,



2003; MASLACH, LEITER e SCHAUFELI, 2008; MASLACH e LEITER, 1999; MASLACH e JACKSON, 1981).

A terceira dimensão se caracteriza por uma tendência do profissional nutrir sentimentos negativos por ele mesmo, sentindo-se insatisfeito e com baixa realização profissional. Para o indivíduo todos confabulam contra ele e seu crescimento. Esta avaliação negativa que o sujeito passa a ter sobre si mesmo é indiretamente afetada pelo sentimento de exaustão emocional (GREGORY e MENSER, 2015; BENEVIDES-PEREIRA, 2003; MASLACH e LEITER, 1999; MASLACH e JACKSON, 1981).

Schaufeli *et al.* (2001) apontam que existem cinco elementos essenciais na definição do *burnout*: a preponderância de exaustão física e mental; a ocorrência de diversos acometimentos físicos atípicos; o relato de sintomas relacionados ao trabalho; a incidência da síndrome em indivíduos que nunca foram acometidos por nenhum tipo de doença psiquiátrica; e a redução do comprometimento e da produtividade do trabalhador.

Há duas linhas conceituais acerca dos sintomas da SB, a primeira a caracteriza como um estado e a segunda aponta que a síndrome se caracteriza por um processo. Estas definições não são mutuamente excludentes, e sim complementares (SCHAUFELI e ENZMANN, 1998). Os autores destacam a definição de estado mais utilizada, difundida por Maslach e Jackson (1981), em que é caracterizada como uma síndrome multidimensional designada por EE, DE e diminuída RP. Dentre as definições de processo, destacam a definição de Cherniss (1980) que aponta um déficit entre recursos e demandas no primeiro estágio do processo, seguido de tensão emocional e por último por mudanças de comportamentos que envolvem uma atitude mecânica e despersonalizada, consequências de uma resposta negativa ao estresse laboral.

Diante de diversas definições, que por vezes se contradizem, este estudo opta pela definição de SB de Schaufeli e Enzmann (1998). Eles apontam a impossibilidade de englobar e concordar com todas, portanto, formularam um conceito para o *burnout* que foi desenvolvido por meio de uma revisão dos sintomas e da definição de estado e de processo:

Burnout is a persistent, negative, work-related state of mind in 'normal' individuals that is primarily characterized by exhaustion, which is accompanied by distress, a sense of reduced effectiveness, decreased motivation, and the development of dysfunctional attitudes



and behaviors at work. This psychological condition develops gradually but may remain unnoticed for a long time by the individual involved. It results from a misfit between intentions and reality in the job. Often burnout is self-perpetuating because of inadequate coping strategies that are associated with the syndrome (SCHAUFELI e ENZMANN, 1998, p.36).

Frente à complexidade e ambiguidade no conceito, é essencial a distinção do *burnout*. Apesar de existirem estudos acerca da SB há mais de trinta anos, ainda persistem contradições e confusões importantes entre *burnout*, estresse, estresse laboral e depressão (SWIDER e ZIMMERMAN, 2010).

*Burnout* ocorre quando o sujeito lida com constantes situações estressoras no trabalho em que o mesmo se torna incapaz de se adaptar à elas e que com o tempo prejudicam a percepção do profissional quanto à si mesmo, aos clientes e ao trabalho, em contrapartida o estresse advém de fatores pessoais e não obrigatoriamente relacionados ao trabalho moderno (MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003).

As principais diferenças que o *burnout* possui em relação ao estresse laboral são o fato de a SB ser um tipo peculiar de estresse ocupacional prolongado e ser multidimensional. Necessita-se, portanto, avaliar retrospectivamente o histórico das pessoas para um diagnóstico diferencial, pois aqueles acometidos por SB não são capazes de se adaptar e se recuperar dos estímulos de estresse laboral. Além disso, pessoas que possuem alta expectativa e objetivam o sucesso rápido são mais propensas à SB, enquanto que aquelas que não possuem muitas expectativas sobre seu trabalho são mais suscetíveis ao estresse laboral (GIL-MONTE, 2003b; BENEVIDES-PEREIRA, 2003; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998).

A depressão e SB apresentam sintomatologias semelhantes, porém atenta-se que a depressão desenvolve sentimentos de culpa, enquanto que *burnout* provoca sentimentos de raiva. Ademais, é notório que a SB é inerente ao trabalho, enquanto que a depressão possui associação com outros domínios da vida. Em estágios mais avançados, a SB pode influenciar em diversos aspectos da vida do indivíduo, podendo ser um precursor da depressão, mas não o contrário (AHOLA *et al.*, 2014; SWIDER e ZIMMERMAN, 2010; SHIROM, 2005; SCHAUFELI *et al.*, 2001; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

O sintoma EE pode ser relatado na depressão, no entanto, DE e RP possuem uma relação fraca com a depressão, sendo fortemente relacionado ao *burnout*, e,

portanto, fatores peculiares e diferenciadores (VIEIRA, 2010; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998). Diante disto, conclui-se que a SB é um fenômeno autêntico e que requer uma atenção severa por parte de pesquisadores, profissionais médicos e administradores.

Antigamente, existiam algumas classificações que se assemelhavam ao *burnout* como a classificação de Neurastenia no CID-10. Mas, ela não possui fatores específicos da SB. Atualmente, a SB já possui classificação no CID-10, como já referido (CARLOTTO e CÂMARA, 2008; SCHAUFELI *et al.*, 2001).

Portanto, diante do exposto, Schaufeli, Leiter e Maslach (2009), complementam a definição da SB:

In summary, the metaphor describes the exhaustion of employees' capacity to maintain an intense involvement that has a meaningful impact at work [...] these workers often felt emotionally exhausted, that they developed negative perceptions and feelings about their clients or patients, and that they experienced crises in professional competence as a result of the emotional turmoil. Insufficient opportunities to rest and regenerate depleted energy aggravate the exhausting impact of demand/resource imbalances. Most prominent are the imbalance between demands and resources at work, and the conflict between values (SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009, p.205, p.206 e p.210).

Diante disto, corrobora-se com os autores e visa-se, no presente estudo, identificar os fatores que possam estar associados com a SB, por entender que a SB é um importante prejuízo a saúde do trabalhador, ao cuidado prestado individualmente e a toda comunidade assistida por ele, e para a instituição da qual pertence.

### **2.2.2 Causas, Sintomas e Repercussões da Síndrome de Burnout**

As causas da SB podem ser divididas em fatores organizacionais e fatores individuais. Os primeiros são determinados pelas demandas (eventos estressantes, papel conflitante e pressão no trabalho) e pelos recursos no serviço, no qual quanto menos recursos são oferecidos pela organização maior a chance de desenvolver SB, principalmente, quanto à dimensão DE (BAKKER e COSTA, 2014; SWIDER e ZIMERMANN, 2010; SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003).

Os fatores **individuais** são caracterizados pelo status sociodemográfico e pela personalidade do sujeito, que influencia na percepção que o mesmo possui do ambiente de trabalho, repercutindo na forma de lidar com os fatores situacionais do serviço (BAKKER e COSTA, 2014; SWIDER e ZIMERMANN, 2010; SCHAUFELLI, LEITER e MASLACH, 2009; FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003).

Os estudos têm apontado diversos fatores relacionados à SB. Algumas variáveis apresentam maior associação com o *burnout* como sexo, escolaridade, ansiedade, idealismo, pressão no trabalho, papel conflitante, relacionamento interpessoal e gerenciamento de pessoal (OLIVEIRA, COSTA e SANTOS, 2013). Defendem-se como possíveis causas da SB, além das características pessoais e organizacionais, as atitudes relacionadas ao trabalho.

Dentro das características pessoais, a idade, e os anos de experiência profissional têm sido umas das principais variáveis relacionadas à SB, observando-se sua ocorrência, comumente, nos primeiros anos da carreira profissional. Isto pode ser devido ao choque de realidade que trabalhadores jovens podem sofrer, pode advir de uma crise de identidade frente à falta de socialização no trabalho ou ainda ser explicada pelo fato de trabalhadores mais antigos se acostumarem com situações e desenvolver maneiras de enfrentar estas e suas expectativas (THOMAS, KOHLI e CHOI, 2014; CARLOTTO *et al.*, 2013; BARRETO *et al.*, 2012; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; MASLACH e JACKSON, 1981). É importante atentar para o seguinte fato: geralmente, sujeitos que sofrem *burnout* no início de sua carreira tendem a deixar o trabalho, o que pode subestimar a prevalência da SB, pois aqueles que permanecerem no serviço provavelmente terão baixos níveis da SB (CARLOTTO, 2011).

Diversas variáveis demográficas apresentam interessantes achados, porém devem ser interpretados cuidadosamente. A variável ocupação, por exemplo, possui como confundidor o sexo, pois algumas profissões têm predominância masculina ou feminina, como policiais e enfermeiros, respectivamente (MASLACH e JACKSON, 1985). O sexo é uma variável contestável, pois alguns estudos apontam que mulheres são mais acometidas pela SB quando comparadas aos homens, enquanto outros apresentam o contrário. Usualmente, observam-se maiores escores de EE em mulheres e de DE em homens, fato que pode ser devido à maior sensibilidade e à maior quantidade de atividades assumidas pelas mulheres no lar, gerando maior

fadiga emocional (MORELLI, SAPEDE e SILVA, 2015; BETANCUR *et al.*, 2012; SCHAUFELI e GREENGLAS, 2001)

Quanto ao estado conjugal, os solteiros são mais propensos à SB do que casados ou divorciados, principalmente homens. No entanto, fatores como idade e problemas correlacionados com o estado civil podem ser importantes confundidores (BETANCUR *et al.*, 2012; MASLACH, 2009). Guillermo *et al.* (2014) apontam que na literatura há indícios de que indivíduos casados têm maiores níveis de EE, mas em contrapartida possuem maiores níveis de RP.

A variável escolaridade tem revelado que indivíduos com maior nível são mais propensos à SB do que aqueles com menor nível. Isto, supostamente, se deve às maiores expectativas que aqueles com maior escolaridade possuem quanto ao seu sucesso profissional, e ao maior grau de responsabilidade sobre outras pessoas que assumem frente aos cargos ocupados (THOMAS, KOHLI e CHOI, 2014; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998).

Alguns elementos de personalidade tornam o sujeito mais suscetível ao estresse. Pessoas mais competitivas, dedicadas e que têm estilo de vida corrido; personalidade neurótica, emocionalmente instável; e pessoas introvertidas, menos autoconfiantes, menos ativas e que possuem pouca interação interpessoal são mais predispostas à SB (MASLACH, 2009).

Tendo em vista que, segundo a teoria de Selye (1985), o estresse pode ser caracterizado em *eustress* ou *distress*, dependendo da percepção que o indivíduo possui dos estressores, a personalidade pode ter grande influência sobre o *burnout*, pois personalidades diferentes reagem aos estressores diferentemente (SWIDER e ZIMERMANN, 2010; FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003). Bakker e Costa (2014), Swider e Zimmermann (2010), Maslach (2009) e Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) abordam o denominado “Big Five” em que, na psicologia, acredita-se existir cinco principais traços de personalidade: neuroticismo, extroversão, amabilidade, escrupulosidade e abertura para experiências.

Pessoas neuróticas possuem maior propensão ao *burnout*, por apresentarem tendência a emoções negativas e estresse, SWIDER e ZIMERMANN (2010) comprovaram esta hipótese em seu estudo no qual neuroticismo teve forte relação com EE e DE. Pessoas extrovertidas por serem mais otimistas tendem a apresentar menores níveis de EE e DE, e maiores níveis de RP por terem mais senso de autoeficácia. Aquelas com características de amabilidade são adaptáveis e tendem a

ter visões positivas do trabalho por entenderem mais facilmente as situações negativas, e possuem facilidade e sucesso nas relações interpessoais o que o pode proteger do *burnout*. A personalidade denominada de escrupulosidade qualifica o indivíduo em excessivamente cuidadoso e disciplinado, e tendem a se cobrar mais para alcançar suas metas, o que gera maior propensão à EE e diminuição da RP. Indivíduos abertos para experiências não enxergam dificuldades no trabalho negativamente, mas sim como oportunidade de crescimento, sendo menos propensos a desenvolver alto nível de EE e baixa RP.

Portanto, algumas pessoas são mais propensas ao desenvolvimento do *burnout* do que outras, sendo a personalidade ora fator contribuinte à SB, ora pode proteger o indivíduo desta (GUILLERMO *et al.*, 2014; BAKKER e COSTA, 2014; MASLACH, LEITER e JACKSON, 2012; HALBESLEBEN e BUCKLEY, 2004; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

O sujeito atuante nos serviços de saúde que possui idealismo, tende a se envolver e se comprometer de forma descomedida com as demandas e sofrimentos dos clientes. Diante da não resolução das demandas, o profissional de saúde idealista se frustra e se culpabiliza, o que pode repercutir em tensão emocional e em baixa realização profissional (GIL-MONTE, 2002; GIL-MONTE e PEIRÓ, 2000). Embora existam estudos acerca da associação da personalidade e SB, ainda há muitas controvérsias sobre isto, e há um consenso de que as condições laborais são as principais causas da SB como a sobrecarga, demandas conflitantes, falta de apoio social, de recursos e de autonomia (ZORZANELLI, VIEIRA e RUSSO, 2016; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001). Nota-se que a realização de mais estudos sobre estes fatores são necessários.

A satisfação no trabalho pode ser definida como o sentimento positivo que o profissional possui acerca das condições de trabalho, dos colegas de trabalho, do seu próprio trabalho, dos seus supervisores e das oportunidades de promoção que o trabalho pode oferecer ao indivíduo (Hombrados-Mendieta e Cosano-Rivas, 2013). A insatisfação no trabalho, geralmente, é associada ao *burnout* (LASCHINGER e FIDA, 2014). A satisfação no trabalho garante um serviço mais resolutivo e de maior qualidade (PÉREZ-CIORDIA, 2013).

Quanto às características **organizacionais**, Schaufeli e Enzmann (1998) dividem-nos em quatro grupos: estressores relacionados ao serviço, estressores relacionados ao cliente, suporte social e determinantes da autorregulação das

atividades do serviço. Os dois primeiros grupos se enquadram nas demandas e os dois últimos nos recursos do trabalho. Quando as demandas excedem os recursos dos indivíduos, pode-se resultar em SB (GREGORY e MENSER, 2015) e para Halbesleben e Buckley (2004) as demandas em excesso se relacionam com EE, já os recursos diminuídos podem predispor à maiores níveis de DE.

Dentre os estressores relacionados ao serviço, a carga de trabalho e a pressão por produtividade se associam com a SB, e influenciam em maior grau a dimensão EE. Fatores como papel conflitante e ambíguo também são relacionados com a síndrome (SCHAUFELI e ENZMANN, 1998).

Dentro dos estressores relacionados ao cliente, variáveis como quantidade de horas trabalhadas, contato contínuo com clientes, número de casos atendidos e nível de gravidade dos problemas dos clientes são associados com a SB, apesar de serem eventualmente estudados (MORELLI, SAPEDE e SILVA, 2015; CARLOTTO, 2009; MASLACH, SCHAUFELI E LEITER, 2001; MASLACH e LEITER, 1999).

Avaliando-se estressores relacionados ao trabalho e os relacionados aos clientes, a maioria das pesquisas revela que os primeiros possuem maior associação com o *burnout*. Apesar disso, atender um grande número de pacientes aumenta a carga horária e a pressão por produtividade, características presentes na APS. Porém, quando os pacientes possuem graves problemas a relação profissional-paciente se torna negativa, enquanto que o contrário produz uma relação positiva (MORELLI, SAPEDE e SILVA, 2015; CARLOTTO, 2009; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998).

O suporte social possui associação com o *burnout*, quanto menor o suporte social, usualmente aquele oferecido pelo supervisor, maior a possibilidade da SB ocorrer. De tal modo, que pessoas que recebem o suporte possuem eminente habilidade para desenvolver suas ações frente às demandas e aos eventos estressantes (LIN *et al.*, 2014; MASLACH, LEITER e JACKSON, 2012; SCHAUFELI e GREENGLASS, 2001; GIL-MONTE, 2002). Segundo Grau-Alberola (2009), a dinâmica das organizações acontece por meio das relações interpessoais, em um contínuo processo de negociação e troca, e estas relações podem prevenir ou predispor ao *burnout* dependendo de como elas são estabelecidas.

Quanto a autorregulação das atividades no serviço observa-se que a baixa participação nas decisões e inexistência de autonomia, falta de feedback, papel ambíguo, possuem forte relação com a SB, já que condições e recursos existentes

no serviço podem facilitar a maneira de lidar com as situações e promover o sentimento de efetividade e realização profissional (THOMAS, KOHLI e CHOI, 2014; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

Em relação às atitudes relacionadas ao trabalho, há uma teoria que defende que irreais ou altos níveis de expectativas ou de idealismo são associados ao desenvolvimento de frustração, bem como o *burnout*. No entanto, estas relações ainda são contraditórias. Observou-se que estas irreais expectativas possuem maior ligação com a dimensão RP. Notou-se, também, que expectativas frustradas e pessimistas predispõem os trabalhadores à EE e à redução da RP (GIL-MONTE, 2002; GIL-MONTE e PEIRÓ, 2000).

Schaufeli e Enzmann (1998) classificaram os sintomas da SB em cinco categorias (Anexo 1): **afetivos** em que se desenvolve humor depressivo, exaustão e falta de controle emocional, irritabilidade. **Cognitivos** apresentando sentimentos de impotência, redução da autoestima, ideias suicidas (raramente relatadas), alterações na memória e concentração, agressividade. **Físicos** como dores musculares, distúrbios do sono e sexuais, úlcera, comprometimento imunológico e cardiovascular, alteração da frequência respiratória, do nível de colesterol e da pressão arterial. **Comportamentais** como impulsividade, isolamento social, aumento do consumo de estimulantes. **Motivacionais** trazendo a tona o desapontamento, desilusão e desinteresse.

Apesar da listagem dos possíveis sintomas, sua validade não é garantida, pois muitos foram observações empíricas; diversos são indefinidos, sendo relatados sintomas opostos como comer em excesso e diminuição do apetite, revelando diferenças individuais quanto à resposta ao estresse; além de haver padrões camuflados nos sintomas, em que ora aflora-se a agressividade e ora a passividade. Finalmente por haver uma confusão em diferenciar sintomas, de precursor ou consequência como, por exemplo, o isolamento social pode ser considerado um sintoma, ou uma consequência ou um precursor (Anexo 1) (SCHAUFELI e ENZMANN, 1998).

Observa-se que as consequências da SB são notáveis em relação ao nível pessoal, profissional, familiar, social e empresarial. No plano empresarial nota-se uma redução da produtividade, o crescimento da taxa de absenteísmo, presenteísmo e da rotatividade, a diminuição da qualidade do trabalho oferecido, o aumento da incidência de acidentes no trabalho e a repercussão de uma imagem



negativa do local de trabalho e da instituição, repercutindo em destacáveis perdas econômicas (CARLOTTO *et al.*, 2013; BAKKER e COSTA, 2014; BENEVIDES-PEREIRA, 2003; GIL-MONTE, 2002).

O incremento do estresse laboral e da SB pode ser explicado por diversos fatores como: aumento do número de profissionais do setor de serviços; aumento da sobrecarga de trabalho mental e emocional, diante das novas tecnologias na saúde; diminuição da autoridade profissional; pressão por produtividade; conflitos interpessoais; poucas recompensas; expectativas irreais alimentadas pelos trabalhadores; autorrotulagem que os indivíduos vêm realizando acerca do estresse; o crescente individualismo da sociedade, em que os sujeitos estão num processo de afastamento das relações interpessoais e têm medo e repulsa às frustrações; maior dedicação do trabalhador ao mesmo tempo em que recebe pouco ou nenhum reconhecimento (DIAS, QUEIRÓS e CARLOTTO, 2010; SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998). Aspectos observados no cotidiano dos profissionais da APS, verificando-se a importância de pesquisar os fatores associados à SB nestes profissionais.

Diante do exposto, realizar ações de prevenção da SB é essencial à saúde dos trabalhadores, para manter o seu bem-estar e harmonia do ambiente de trabalho. Com relação aos profissionais de saúde, que tem como atribuição o cuidado com a saúde da sociedade, é fundamental que tenham conhecimento e atenção com os fatores que possam contribuir com a instalação da SB, pois estes podem comprometer a qualidade do cuidado prestado à população (CARLOTTO, 2009).

Portanto, garantir recursos adequados aos trabalhadores atenuam os estressores através do suporte social, da valorização e do reconhecimento profissional, do estímulo à autonomia, do fortalecimento das relações interpessoais baseadas no respeito e na civilidade, do estímulo ao aperfeiçoamento e do trabalho em equipe. Estes são fatores que podem contribuir com a redução da prevalência da SB (LIMA *et al.*, 2015; BAKKER e COSTA, 2014; FALGUERAS *et al.*, 2015; MASLACH, LEITER e JACKSON, 2012; BETANCUR *et al.*, 2012; GRAU-ALBEROLA, 2009).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais da atenção primária à saúde de Juiz de Fora e fatores associados.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o percentual de indivíduos com alta EE e DE e baixa RP;
- Identificar a prevalência da SB por categoria profissional nos trabalhadores da APS;
- Analisar os fatores associados ao desenvolvimento da SB.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA E CENÁRIO

Trata-se de um estudo quantitativo e seccional.

A pesquisa foi realizada no município de Juiz de Fora (JF), Minas Gerais, que possui cerca de 545.942 habitantes (IBGE, 2013). O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e é referência em atenção de média e alta complexidade para, aproximadamente, 160 municípios. É uma das 25 cidades que compõem a microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas que totaliza, aproximadamente, 642.353 habitantes. É caracterizada como cidade polo da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais, formada por 94 municípios agrupados em 8 microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá (JUIZ DE FORA, 2014a).

O cenário do estudo foi o nível primário de assistência em saúde do SUS da cidade de JF. No qual, no momento da coleta de dados, existiam um total de 60 UAPS, sendo 12 UAPS da zona rural e 48 UAPS da zona urbana. Entre as Unidades da zona rural notou-se que 7 adotavam o modelo tradicional e 5 praticavam a ESF. Entre as Unidades da zona urbana 11 adotavam o modelo tradicional e 37 a ESF (SMS/JF, 2013).

A taxa de mortalidade do município revela tendência de doenças crônicas, com maior incidência de doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias. Quanto às internações, estas são decorrentes, em sua maioria, de eventos associados à causas externas e de agudização de doenças crônicas. As doenças de maior prevalência são aquelas relacionadas ao aparelho circulatório, respiratório e digestivo, aos transtornos mentais e relacionadas a gravidez e puerpério (SMS/JF, 2013; DATASUS, 2010).

JF ainda prioriza o modelo biomédico cujo atendimento é especializado, individual e curativo, em detrimento do cuidado básico que valoriza a integralidade do cuidado. Para a reorientação do modelo assistencial de saúde focado na promoção da saúde e nos princípios da APS, o município optou desde 1995 pelo modelo da Saúde da Família, e vem desenvolvendo estratégias para a consolidação da APS. Fatores como escassa mão de obra formada para atuar na ESF,

infraestrutura carente, alta demanda, baixa comunicação entre os níveis de assistência à saúde acentuam a baixa resolubilidade da APS. Frente a isto, a PJJ propôs o fortalecimento da APS visando a qualidade do cuidado em saúde (JUIZ DE FORA, 2014a).

Para o fortalecimento e estruturação da APS e da ESF no município está sendo implantado o Plano Diretor da APS/JF de 2014. O objetivo é o reordenamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da assistência de saúde de JF, na busca de resolução dos problemas de saúde da população (JUIZ DE FORA, 2014b).

#### 4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo é constituída por profissionais da saúde que trabalham no nível da APS/JF. O cálculo amostral deste estudo foi realizado pelo Grupo de Pesquisa sobre SB da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) para executar o estudo denominado “A Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora – Minas Gerais”, trabalhando com os níveis da atenção primária, secundária e terciária à saúde do SUS/JF.

Selecionou-se a amostra através do sorteio da lista de profissionais existentes no SUS/JF por unidade de assistência, obtida através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e conferida com a lista cedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF). Constatou-se um total de 1.161 profissionais de saúde (Quadro 1), e destes sortearam-se 387 profissionais para participarem do estudo. Os cálculos para tamanho da amostra foram feitos utilizando o programa Epi Info versão 3.5.3 para obter uma estimativa de prevalência do desfecho principal (Síndrome de Burnout) com erro amostral igual ou menor do que 5%.

**Quadro 1 - Distribuição dos profissionais de saúde por categoria profissional e nível de atenção, no SUS/JF, 2013**

Categoria profissional	População				Amostra			
	1ª	2ª	3ª	Total	1ª	2ª	3ª	Total
Médico	168	160	183	511	56	53	61	170
Enfermeiro	105	30	51	186	35	10	17	62
As. Social	14	10	2	26	5	3	1	9
Téc/Aux. Enf.	159	42	66	267	53	14	22	89
Dentista	79	38	7	124	26	13	2	41
Téc. S. Bucal	2	43	2	47	1	14	1	16
<b>Total</b>	<b>527</b>	<b>323</b>	<b>311</b>	<b>1161</b>	<b>176</b>	<b>107</b>	<b>104</b>	<b>387</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)/Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF).

Estimou-se uma amostra de 176 pessoas de um universo de 527 profissionais da APS incluindo dentre eles médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e técnicos de saúde bucal (DATASUS, 2013). Para esta pesquisa, a amostra foi composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, pois assistentes sociais e técnicos de saúde bucal resultaram em um número muito reduzido, o que poderia comprometer o estudo.

Todas as UAPS de JF foram incluídas na pesquisa. Fez-se um sorteio do quantitativo de profissionais, por categoria profissional. Totalizaram 153 indivíduos efetivamente analisados devido às perdas e à exclusão dos assistentes sociais e dos técnicos de saúde bucal.

#### 4.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionários entre novembro de 2013 e maio de 2014 pelo Grupo de Pesquisa sobre SB da UFJF. Os integrantes do grupo da pesquisa se dividiram por áreas geográficas da cidade e coletaram os dados dos profissionais atuantes em cada UAPS de acordo com o número calculado e planejado pelo grupo respeitando a aleatoriedade da amostra.

Os pesquisadores quando chegavam nas UAPS conversavam com os gerentes das mesmas, explicavam a pesquisa e, quando havia mais profissionais atuantes do que o necessário para a pesquisa, faziam um sorteio de quais profissionais seriam abordados naquele local. Se aquele sorteado recusasse participar do estudo, abordava-se o próximo profissional. Não foram incluídos funcionários que estivessem de férias ou de licença.

Visando-se manter o quantitativo ideal da amostra, os pesquisadores, quando recebiam recusas dos sujeitos pesquisados, buscavam outros profissionais na mesma equipe ou em outra UAPS que equivaliam à mesma categoria profissional do sujeito que recusou responder a pesquisa.

O grupo de pesquisa encontrou diversas dificuldades ao longo da coleta de dados. Algumas das unidades de saúde da zona urbana, e aquelas da zona rural, eram distantes, dispendendo de mais tempo dos pesquisadores. Além da distância, muitas vezes os profissionais que aceitavam participar do estudo ficavam mais tempo com o questionário, pois não conseguiam responder dentro do horário de trabalho, sendo necessário voltar mais de uma vez na mesma unidade. Outra dificuldade foi que, embora fosse esclarecido para os profissionais que a pesquisa era autorizada pelo Comitê de Ética e do caráter sigiloso da mesma, algumas vezes, eles se negavam a participar ou a preencher o termo de consentimento com seus dados pessoais.

Os questionários foram elaborados e divididos em três módulos com um total de 90 questões autoaplicáveis e fechadas. Os módulos se caracterizam da seguinte forma:

### **Módulo I: Perfil dos profissionais da APS**

Nesse módulo objetivou-se coletar dados que informam as características sociodemográficas dos profissionais. Dessa forma o módulo I foi constituído por categorias contendo as seguintes variáveis: **Dados Gerais:** sexo, estado conjugal, idade, escolaridade, cargo; função; **Trabalho profissional:** tempo de formação, número de vínculos empregatícios, carga horária semanal, regime de plantão, tempo de serviço na APS-JF, tempo de serviço na UAPS, carga horária semanal na UAPS, modalidade contratual, incentivo financeiro, equipe completa; **Estado de saúde:** autoavaliação da condição de saúde, prática de exercício físico; **Vida familiar, moradia e outros aspectos:** classe econômica; **Situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda:** com 19

questões que abordam situações hipotéticas para verificar a presença do apoio social.

Entende-se apoio social por uma relação interpessoal de ajuda que envolve assistência emocional, material e informacional e pode advir de familiares, do trabalho ou de amigos (HOMBRADOS-MENDIETA e COSANO-RIVAS, 2013). Utilizou-se como base para a aplicação deste módulo o questionário intitulado “Inquérito sobre as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da UFJF” (GODINHO, 2013), que utilizou o questionário validado do Estudo Pró-Saúde (Questionário “Censo de Saúde Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ” – 1999 – Estudo Pró-Saúde) e apoio social traduzido e validado Griep *et al.* (2005).

Com o objetivo de investigar o nível econômico dos participantes da pesquisa, utilizou-se os Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB) de 2013, formulado e difundido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que tem a finalidade de categorizar a população segundo o potencial de consumo.

Este critério tem uma classificação econômica baseada em questões que investigam a posse ou não de produtos de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família. Os escores do total da pontuação dos bens de consumo e do grau de instrução do chefe da família apresentam uma classificação econômica da população conforme o quadro abaixo:

**Quadro 2 - Classificação Econômica da população segundo a Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa – ABEP, 2013**

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Fonte: ABEP (2013).

Para análise do apoio social, 19 questões abrangeram cinco dimensões de apoio: material, emocional, informação, interação social positiva e apoio afetivo. Para medi-las havia uma escala de *Likert* de 1 a 5 (1-“nunca”, 2-“raramente”, 3-“às vezes”, 4-“quase sempre” e 5-“sempre”). Para calcular os escores de cada uma das cinco dimensões, foram somados os pontos e divididos pela pontuação máxima da

dimensão, para padronizar os resultados de cada dimensão e por fim, o resultado da razão foi multiplicado por 100. Vale lembrar que as perguntas compõem o questionário original do Medical Outcomes Study (MOS) (GODINHO, 2013).

Por não ter sido encontrado na literatura o método para se calcular o escore do item apoio social, foi utilizado um critério baseado em Godinho (2013), em que foi calculado a média e a mediana e com ponto de corte adotou-se 60 pontos. Portanto, os profissionais que obtiveram 60 pontos ou menos, como resultado de escore das cinco dimensões foram classificados com baixo apoio social e aqueles com mais de 60 pontos, com alto apoio social. A escala de apoio social foi traduzida, adaptada e validada para o português por Griep *et al.* (2005).

### **Módulo II: Percepção dos profissionais referente à valorização, reconhecimento e importância**

Esse módulo, elaborado pelos participantes do grupo de pesquisa, visou investigar o sentimento dos profissionais acerca do seu trabalho em relação à valorização, reconhecimento e a importância frente à equipe de trabalho, às chefias das instituições e à comunidade. Buscando-se medir esta percepção foram aplicadas 13 questões, com escala de Likert de 1 a 4, sendo 1 equivalente a **sempre**, 2 a **na maioria das vezes**, 3 a **raramente** e 4 a **nunca**.

Os pontos referentes às respostas eram somados e classificados conforme o escore: de 0 a 13 pontos: muito satisfeito no trabalho; de 14 a 26 pontos: satisfeito no trabalho; de 27 a 38 pontos: às vezes satisfeito no trabalho e de 39 a 52 pontos: não satisfeito no trabalho.

### **Módulo III: MBI-HSS**

Para a mensuração da SB, foi utilizado o questionário *Maslach Burnout Inventory* que é universalmente o mais utilizado, considerado o “padrão ouro” (SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009).

O questionário é composto por 22 itens, destes, 9 itens incluem afirmações relacionadas a sentimentos de fadiga e exaustão no trabalho caracterizando o fator denominado **exaustão emocional**, 5 itens tratam de sentimentos de insensibilidade e afastamento dos clientes ou do serviço caracterizando a subescala **despersonalização** e 8 referem a sentimentos de incompetência compondo a

subescala **realização profissional**. É um questionário multifatorial (MASLACH e JACKSON, 1986).

Neste estudo utiliza-se o MBI-HSS, ideal para os profissionais da área de caráter assistencial, com um sistema, adaptado, de pontuação na escala *Likert* de 1 a 5 (1-“nunca”, 2-“algumas vezes ao ano”, 3-“algumas vezes ao mês”, 4-“algumas vezes na semana” e 5-“diariamente”), também utilizado por Carlotto e Câmara (2004). A versão original do questionário criado por Maslach apresenta uma consistência interna satisfatória com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,71 até 0,90. Esse é o instrumento mais adotado no meio científico, possuindo uma boa consistência interna e validade, sendo que em geral, 90% das pesquisas utilizam do MBI (SCHAUFELI *et al.*, 2001; MASLACH e JACKSON, 1986).

A classificação da SB é realizada por meio de uma estatística arbitrária em que a amostra é dividida em percentis de 33,3%, passando a considerar o primeiro percentil como “alto grau”, o segundo como “médio” e o terceiro como “baixo” para cada dimensão, como recomendado pelo manual do MBI de Maslach e Jackson (1986). Os pontos de corte, portanto, são baseados na distribuição da amostra, e não em escores padronizados e, assim, não são capazes de garantir validade externa (FAÚNDEZ e GIL-MONTE e MARUCCO, 2008; SCHAUFELI, LEITER e MASLACH, 2009; SCHAUFELI e ENZMANN, 1998). Esta classificação, porém, não é aconselhada para análises em populações de países que não sejam os EUA, pois os critérios adotados pelos EUA podem ser questionáveis aos demais países, devido às diferenças socioculturais (GRAU-ALBEROLA *et al.*, 2010; GIL-MONTE e PEIRÓ, 2000).

Portanto, para análise da prevalência da SB utilizou-se os critérios de classificação adotados por Shirom (1989) e sugeridos por Gil-Monte (2002) e Batista *et al.* (2010) que apontam que indivíduos que apresentem os sinais e sintomas, questionados no MBI, com uma frequência igual ou superior à “algumas vezes na semana” - referente ao valor 4 na escala de *Likert* – referente às dimensões EE e DE possuem um alto risco de serem acometidos pela SB. E os itens pertencentes à dimensão RP respondidos com frequência igual ou inferior ao valor 4 na escala de *Likert* demonstravam que os participantes estavam altamente vulneráveis à SB (BATISTA *et al.*, 2010). Logo, para as duas primeiras subescalas (EE e DE) altas pontuações definem alto grau de predisposição ao *burnout*, enquanto que para a



última (RP) baixos escores significam alto grau de predisposição à SB, sendo esta independente das demais (MASLACH e JACKSON, 1986).

Maslach e Jackson (1986) apontam que quando há altas pontuações nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal, o MBI indica que há presença da SB. Em contrapartida Grunfeld *et al.* (2000) definem a SB por alto nível de exaustão emocional, alto nível de despersonalização ou baixo nível de realização profissional.

#### 4.4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em um banco utilizando o programa Epi\_info versão 3.5.3. No processo de digitação, optou-se pela dupla digitação a fim de minimizar os erros e garantir maior precisão aos dados. Caso houvesse discordância, o digitador responsável pelo instrumento fazia a correção utilizando como base o respectivo questionário. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 21 e STATA versão 11. Buscando-se minimizar os dados faltantes (missings) foram realizadas médias dos dados das variáveis referentes à soma dos escores das dimensões da SB, à soma da variável apoio social e referente à satisfação no trabalho.

Definiu-se as variáveis baseado nos critérios Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (MALTA *et al.*, 2010) conforme a descrição seguinte:

- Variáveis de exposição: sexo, estado conjugal, idade, escolaridade, cargo, número de vínculos empregatícios, tempo de serviço na área da saúde, tempo de serviço na APS, tempo de serviço na UAPS, carga horária, regime de plantão, modalidade contratual, equipe completa, incentivo financeiro, autoavaliação do estado de saúde, prática de exercício físico, tipo de residência e classe ABEP; apoio social e satisfação no trabalho;
- Variáveis de desfecho: EE, DE, RP, SB conforme Grunfeld *et al.* (2000) e SB conforme Maslach e Jackson (1986).

Inicialmente foi realizada a análise univariada para a descrição da distribuição e prevalência das variáveis nos sujeitos do estudo. Em seguida foi feita a análise

bivariada, considerando como variáveis dependentes a presença dos níveis anormais das dimensões EE, DE e RP e da Síndrome de Burnout e como independentes as demais variáveis coletadas. Verificou-se ainda, a razão de prevalência bruta e ajustada com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de  $p$ .

Para identificar as associações entre a prevalência da SB e das demais variáveis de exposição realizou-se o teste do qui-quadrado e, quando necessário, o teste exato de Fisher foi utilizado para avaliar as associações existentes. Aquelas que apresentaram  $p \leq 0,05$  foram consideradas estatisticamente significantes. Verificou-se ainda, a razão de prevalência bruta e ajustada com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de  $p$ . Para testar o efeito independente das variáveis nos desfechos de alto risco para *burnout* em cada um dos domínios, utilizou-se da regressão de Poisson.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo utiliza parte dos dados coletados para a pesquisa intitulada “A Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora – Minas Gerais”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o parecer nº 403.217 de 03/10/2013.

A pesquisa seguiu as normas determinadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Obteve-se autorização da Subsecretaria de Atenção Primária de Juiz de Fora para a realização da pesquisa.

Os participantes foram abordados em seus respectivos locais de trabalho, ou seja, nas UAPS das zonas urbana e rural existentes no município.

## 5 RESULTADOS

Os 153 profissionais de saúde da APS de JF que participaram do estudo 42,7% tinham de 35 a 49 anos de idade, a maioria era do sexo feminino, possuía companheiro, integrava a equipe de enfermagem, era pós-graduado, possuía casa própria já paga e relatou ter alto apoio social. 55,2% pertenciam à classe B conforme a classificação econômica da ABEP (Tabela 1).

**Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	Total	%
(continua)		
<b>Sexo</b>		
Feminino	126	82,4
Masculino	27	17,6
<b>Estado Conjugal</b>		
Solteiro	24	15,7
Casado	117	76,5
Separado	9	5,9
Viúvo	3	2,0
<b>Tempo de formação</b>		
≤10 anos	31	20,3
>10 anos	122	79,7
<b>Idade*</b>		
25 a 34	28	18,4
35 a 49	65	42,7
Acima de 50	59	38,8
<b>Cargo</b>		
Médico	46	30,1
Enfermeiro	35	22,9
Téc.Enfermagem	35	22,9
Aux. Enfermagem	13	8,5
Dentista	24	15,7
<b>Função</b>		
Supervisão	16	10,5
Demais cargos	137	89,5
<b>Formação*</b>		
Curso técnico	44	28,9
Graduação	10	6,6
Pós-graduação	98	64,5
<b>Tipo de residência</b>		
Própria já paga	106	69,3
Própria pagando	21	13,7
Alugada	14	9,2
Cedida	9	5,9
Outros	3	2,0

**Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	Total	%
(conclusão)		
<b>Classe ABEP*</b>		
A	41	28,7
B	79	55,2
C	23	16,1
<b>Apoio Social</b>		
Baixo	30	19,6
Alto	123	80,4

\*Variáveis que apresentaram dados faltantes.

Dos profissionais, 79,5% revelaram trabalhar mais de 10 anos na área da saúde; 56,1% trabalhavam menos de 10 anos na APS e 72,7% trabalhavam menos de 10 anos na UAPS (Tabela 2). Mais da metade da amostra possuía apenas um vínculo de trabalho (65,6%), 69,5% trabalhavam 40h semanais na UAPS, 19% trabalhavam em regime de plantão, 87,5% eram concursados, 93,5% recebiam pelo menos um incentivo no exercício de seu vínculo e 58,9% das equipes de trabalho não estavam completas.

Quanto à autoavaliação do estado de saúde do profissional, 49% relataram ter boa condição de saúde e se sentiam satisfeitos no trabalho.

**Tabela 2 - Características laborais dos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	Total	%
(continua)		
<b>Tempo de serviço na área da saúde*</b>		
≤10 anos	31	20,5
>10 anos	120	79,5
<b>Tempo de serviço na APS/JF*</b>		
≤10 anos	83	56,1
>10 anos	65	43,9
<b>Tempo de serviço na UAPS*</b>		
≤10 anos	109	72,7
>10 anos	41	27,3
<b>Nº de vínculos empregatícios</b>		
Um	80	65,6
Dois	42	27,5
Três ou mais	31	20,3

**Tabela 2 - Características laborais dos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**  
(conclusão)

<b>Variável</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Carga horária semanal*</b>		
40h	100	67,6
60h ou mais	48	32,4
<b>Carga horária semanal na APS*</b>		
20h	39	25,8
30h	7	4,6
40h	105	69,5
<b>Trabalha em regime de plantão</b>		
Não	124	81,0
Sim	29	19,0
<b>Modalidade Contratual*</b>		
Estatutário	133	87,5
CLT	5	3,3
Terceirizado	1	0,7
Outros	13	8,6
<b>Incentivo</b>		
Não recebe nenhum	10	6,5
Recebe ao menos um	143	93,5
<b>Equipe Completa*</b>		
Não	89	58,9
Sim	62	41,1
<b>Autoavaliação de saúde</b>		
Muito bom	47	30,7
Bom	75	49,0
Regular	29	19,0
Ruim	1	0,7
Muito ruim	1	0,7
<b>Prática de exercício físico</b>		
Não	85	55,6
Sim	68	44,4
<b>Satisfação no trabalho</b>		
Muito satisfeito	9	5,9
Satisfeito	100	65,4
Às vezes satisfeito	41	26,8
Não satisfeito	3	2,0

\*Variáveis que apresentaram dados faltantes.

Quanto às dimensões que caracterizam o *burnout* classificadas em baixo ou alto nível, constatou-se que 13,1% possuía alto nível de EE, 0,7% alto nível de DE e 48,4% baixo nível de RP (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição das dimensões da SB nos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Dimensões	Nível baixo		Nível alto	
	N	%	N	%
<b>Exaustão Emocional</b>	133	86,9	<b>20</b>	13,1
<b>Despersonalização</b>	152	99,3	<b>1</b>	0,7
<b>Realização Profissional</b>	<b>74</b>	48,4	79	51,6

Os resultados da investigação da associação das variáveis com as dimensões da SB são demonstrados na Tabela 4. Notou-se que EE foi mais alta nos homens, naqueles que não possuíam companheiro, em profissionais de 35 a 49 anos e nos enfermeiros. Também apresentaram maior nível de EE os profissionais que tinham apenas um vínculo de trabalho, aqueles que trabalhavam em regime de plantão e que não eram concursados. Considerar-se com estado de saúde de regular à muito ruim foi associado a alta EE ( $p=0,001$ ), assim como ter baixo nível de apoio social ( $p=0,005$ ) e relatar-se insatisfeito no trabalho ( $p=0,001$ ).

**Tabela 4 - Distribuição das dimensões da SB e fatores associados entre os profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	(continua)								
	EE	%	p	DE	%	p	RP	%	p
<b>Sexo</b>									
Feminino	16	12,7	0,487	1	0,8	0,824	63	50,0	0,255
Masculino	4	14,8		0	0,0		11	40,7	
<b>Estado Conjugal</b>									
Não tem	5	13,9	0,531	0	0,0	0,765	18	50,0	0,486
Possui	15	12,8		1	0,9		56	47,9	
<b>Idade</b>									
25 a 34	3	10,7	0,493	0	0,0	0,51	16	57,1	0,598
35 a 49	11	16,9		1	1,5		31	47,7	
Acima de 50	6	10,2		0	0,0		27	45,8	
<b>Cargo</b>									
Médico	6	13,0	0,367	1	2,2	0,505	21	45,7	0,366
Enfermeiro	7	20,0		0	0,0		21	60,0	
Téc./Aux.	6	2,5		0	0,0		23	47,9	
Dentista	1	4,2		0	0,0		9	37,5	

**Tabela 4 - Distribuição das dimensões da SB e fatores associados entre os profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

(continuação)

Variável	EE	%	p	DE	%	p	RP	%	p
<b>Função</b>									
Supervisão	2	12,5	0,651	0	0,0	0,895	10	62,5	0,176
Demais cargos	18	13,1		1	0,7		64	46,7	
<b>Formação</b>									
Curso técnico	6	13,6	0,953	0	0,0	0,758	19	43,2	0,309
Graduação	1	10,0		0	0,0		3	30,0	
Pós-graduação	13	13,3		1	1,0		51	52,0	
<b>Temp. serv.</b>									
≤10 anos	2	6,5	0,171	0	0,0	0,795	18	58,1	0,155
>10 anos	18	15,0		1	0,8		55	45,8	
<b>Temp. serv. APS</b>									
≤10 anos	10	12,0	0,362	1	1,2	0,561	46	55,4	<b>0,045</b>
>10 anos	10	15,4		0	0,0		26	40,0	
<b>Temp. serv.</b>									
≤10 anos	15	13,8	0,519	1	0,9	0,727	59	54,1	<b>0,022</b>
>10 anos	5	12,2		0	0,0		14	34,1	
<b>Nº de vínculos</b>									
Um	11	13,8	0,493	0	0,0	0,477	40	50,0	0,397
Dois ou mais	9	12,3		1	1,4		34	46,6	
<b>Carga horária</b>									
40h	13	13,0	0,488	0	0,0	0,324	47	47,0	0,434
60h ou mais	7	14,6		1	2,1		24	50,0	
<b>Carga horária</b>									
20h ou 30h	4	8,7	0,206	0	0,0	0,695	19	41,3	0,166
40h	16	15,2		1	1,0		54	51,4	
<b>Regime de</b>									
Não	15	12,1	0,319	0	0,0	0,19	57	46,0	0,154
Sim	5	17,2		1	3,4		17	58,6	
<b>Mod. Contratual</b>									
Estatutário	16	12,0	0,224	0	0,0	0,125	65	48,9	0,381
Outros	4	21,1		1	5,3		8	42,1	
<b>Incentivo</b>									
Não recebe	2	20,0	0,385	0	0,0	0,935	4	40,0	0,415
Recebe ao menos	18	12,6		1	0,7		70	49,0	
<b>Equipe Completa</b>									
Não	10	11,2	0,263	0	0,0	0,411	44	49,4	0,515
Sim	10	16,1		1	1,6		30	48,4	
<b>Estado de saúde</b>									
Muito bom/Bom	8	6,6	<b>0,001</b>	0	0,0	0,203	52	42,6	<b>0,004</b>
Regular/ruim/mto	12	38,7		1	3,2		22	71,0	
<b>Pratica ex. Físico</b>									
Não	13	15,3	0,253	0	0,0	0,444	41	48,2	0,55
Sim	7	10,3		1	1,5		33	48,5	

**Tabela 4 - Distribuição das dimensões da SB e fatores associados entre os profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	EE	%	p	DE	%	p	RP	%	p
(conclusão)									
<b>Freq. da prática</b>									
1x por semana	0	0,0	0,557	0	0,0	0,701	4	57,1	0,766
2X por semana	3	14,3		0	0,0		11	52,4	
3x ou + por sem.	4	10,0		1	2,5		18	45,0	
<b>Tipo residência</b>									
Própria	16	12,6	0,453	1	0,8	0,83	61	48,0	0,512
Alugada/outros	4	15,4		0	0,0		13	50,0	
<b>Classe ABEP</b>									
A	5	12,2	0,385	0	0,0	0,665	16	39,0	0,074
B	12	15,2		1	1,3		46	58,2	
C	1	4,3		0	0,0		9	39,1	
<b>Apoio Social</b>									
Baixo	9	30,0	<b>0,005</b>	0	0,0	0,804	17	56,7	0,209
Alto	11	8,9		1	0,8		57	46,3	
<b>Satisfação</b>									
Satisfeito	5	4,6	<b>0,001</b>	0	0,0	0,288	43	39,4	<b>0,001</b>
Insatisfeito	15	34,1		1	2,3		31	70,5	

Destaca-se que apenas um indivíduo apresentou alta DE. Este era do sexo feminino, tinha de 35 e 49 anos, era médica, trabalhava há mais de 10 anos na área da saúde, menos de 10 anos na APS e na UAPS, sob modalidade contratual precária com a Prefeitura.

Com relação a dimensão baixo nível de RP verificou-se que a maioria era mulher, enfermeira, supervisora, possuía menos de 10 anos de experiência na saúde e na APS ( $p=0,045$ ) e menos de 10 anos na UAPS ( $p=0,022$ ). Eram, em sua maioria, estatutárias, relataram estado de saúde regular à muito ruim ( $p=0,004$ ), e sentiam-se insatisfeitos no trabalho ( $p=0,001$ ).

Verificou-se a prevalência de *burnout* de 51% nos profissionais pesquisados, segundo os critérios de Grunfeld *et al.*(2000). De acordo com os critérios de Maslach e Jackson (1986) a prevalência foi de 0,7%.



A Tabela 5 apresenta a prevalência da SB segundo os critérios de Grunfeld *et al.* (2000) e os fatores associados, o valor de p, a razão de prevalência e o intervalo de confiança para cada fator considerado.

**Tabela 5 - Prevalência e razão de prevalência da Síndrome de Burnout segundo variáveis do estudo nos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	SB	%	RP	IC (95%)	P
(continua)					
<b>Sexo</b>					
Feminino	66	52,4	1		0,479
Masculino	12	44,4	0,85	0,54-1,34	
<b>Estado Conjugal</b>					
Não possui companheiro	18	50,0	1		0,894
Possui companheiro	60	51,3	1,02	0,70-1,49	
<b>Idade</b>					
25 a 34	17	60,7	1		
35 a 49	33	50,8	0,84	0,57-1,23	0,361
Acima de 50	28	47,5	0,78	0,52-1,17	0,230
<b>Cargo</b>					
Médico	22	47,8	1		
Equipe de Enfermagem	47	56,6	1,18	0,83-1,69	0,354
Dentista	9	37,5	0,78	0,43-1,43	0,430
<b>Função</b>					
Supervisão	10	62,5	1		0,278
Demais cargos	68	49,6	0,79	0,52-1,20	
<b>Formação</b>					
Curso técnico	21	47,7	1		
Graduação	3	30,0	0,63	0,23-1,70	0,362
Pós-graduação	53	54,1	1,13	0,79-1,62	0,496
<b>Tempo de serviço saúde</b>					
≤10 anos	18	58,1	1		0,353
>10 anos	59	49,2	0,85	0,60-1,20	
<b>Tempo de serviço APS/JF</b>					
≤10 anos	47	56,6	1		0,158
>10 anos	29	44,6	0,79	0,57-1,10	
<b>Tempo de serviço UAPS</b>					
≤10 anos	62	56,9	1		<b>0,047</b>
>10 anos	15	36,6	0,64	<b>0,42-0,99</b>	
<b>Nº de vínculos</b>					
Um	44	55,0	1		
Dois	15	35,7	0,65	0,41-1,02	0,062
Três ou mais	19	61,3	1,11	0,79-1,57	0,537
<b>Carga horária semanal</b>					
40h	51	51,0	1		0,910
60h ou mais	24	50,0	0,98	0,70-1,38	

**Tabela 5 - Prevalência e razão de prevalência da Síndrome de Burnout segundo variáveis do estudo nos profissionais da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	SB	%	RP	IC (95%)	P
(conclusão)					
<b>Carga horária semanal</b>					
20h ou 30h	19	41,3	1		0,140
40h	58	55,2	1,34	0,91-1,97	
<b>Regime de plantão</b>					
Não	61	49,2	1		0,334
Sim	17	58,6	1,2	0,84-1,70	
<b>Modalidade Contratual</b>					
Estatutário	68	51,1	1		0,766
Outros	9	47,4	0,93	0,56-1,53	
<b>Incentivo</b>					
Não recebe nenhum	4	40,0	1		0,516
Recebe ao menos um	74	51,7	1,29	0,59-2,82	
<b>Equipe Completa</b>					
Não	44	49,4	1		0,512
Sim	34	54,8	1,11	0,81-1,51	
<b>Autoavaliação de saúde</b>					
Muito bom/Bom	53	43,4	1		<b>0,001</b>
Regular/ruim/muito ruim	25	80,6	1,86	<b>1,42-2,42</b>	
<b>Prática de exercício físico</b>					
Não	44	51,8	1		0,829
Sim	34	50,0	0,97	0,70-1,32	
<b>Tipo de residência</b>					
Própria	65	51,2	1		0,914
Alugada/outros	13	50,0	0,98	0,64-1,49	
<b>Classe ABEP</b>					
A	18	43,9	1		
B	47	59,5	1,52	0,88-2,62	0,131
C	9	39,1	1,12	0,60-2,08	0,715
<b>Apoio Social</b>					
Alto	59	48	1		0,099
Baixo	19	63,3	1,32	0,95-1,84	
<b>Satisfação profissional</b>					
Muito satisfeito/Satisfeito	44	40,4	1		<b>0,001</b>
Às vezes satisf./Insatisfeito	34	77,3	1,91	<b>1,45-2,53</b>	

Observou-se que os profissionais que relataram trabalhar na UAPS há mais de 10 anos apresentaram uma probabilidade de SB 36% menor do que os que trabalhavam há menos tempo (RP=0,64, IC95% 0,42-0,99). Enquanto que aqueles que autoavaliaram negativamente suas condições de saúde (RP=1,86 IC95% 1,42-

2,42) e referiram-se insatisfeitos no trabalho (RP=1,91, IC95% 1,45-2,53) apresentaram maior prevalência de SB (tabela 5).

Foram incluídas na análise multivariada as variáveis tempo de serviço na UAPS, autoavaliação da condição de saúde, satisfação profissional ( $p < 0,05$ ) e ainda as variáveis tempo de serviço na APS, número de vínculos, carga horária semanal na APS e apoio social que apresentaram valor de  $p < 0,20$  (tabela 5).

A análise multivariada, realizada por meio de regressão de Poisson, controlada por idade e sexo, mostrou que os fatores associados significativamente à SB (tabela 6) foram a autoavaliação do estado de saúde ruim (RP= 1,65; IC95% 1,25-2,17) e insatisfação profissional (RP= 1,75; IC95% 1,32-2,34).

**Tabela 6 - Razão de prevalência bruta e ajustada\* segundo fatores associados à Síndrome de Burnout em trabalhadores da APS/JF (n=153), 2014**

Variável	RP <sub>br</sub>	P	IC (95%)	RP <sub>aj</sub> *	P	IC (95%)
<b>Autoavaliação de saúde</b>						
Muito bom/Bom	1			1		
Regular/ruim/mto ruim	1,86	0,001	1,42-2,42	1,65	<0,001	1,25-2,17
<b>Satisfação dos profissionais</b>						
Muito satisfeito/Satisfeito	1			1		
Às vezes satisfeito/Insatisfeito	1,91	0,001	1,45-2,53	1,75	<0,001	1,32-2,34

\*controlada por sexo e idade

## 6 DISCUSSÃO

A discussão deste estudo está apresentada sob a forma de artigos científicos:

ARTIGO I - analisa os percentuais das dimensões EE, DE e RP alteradas e seus fatores associados. Intitulado de “**Síndrome de Burnout nos profissionais da Atenção Primária à Saúde: dimensões e fatores associados**”.

ARTIGO II - analisa a prevalência da SB, segundo os critérios de Grunfeld *et al.* (2000) que classificam SB quando há uma das dimensões alteradas, e os fatores associados. Intitulado de “**Prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais da Atenção Primária à Saúde e fatores associados**”.

## Síndrome de Burnout nos profissionais da Atenção Primária à Saúde: dimensões e fatores associados

### Burnout syndrome in professionals of Primary Health Care: dimensions and associated factors

Amanda de Souza Lima  
Beatriz Francisco Farah  
Maria Teresa Bustamante Teixeira

#### **Resumo:**

*Burnout* caracteriza-se como uma má resposta ao estresse crônico relacionado ao trabalho. É definida por Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e baixa Realização Profissional (RP). É um dos males crescentes no âmbito laboral e associa-se ao ambiente organizacional e ao contato interpessoal, presente entre trabalhadores de saúde. Objetivou-se verificar a frequência dos níveis de EE, DE e RP e fatores associados. Estudo transversal realizado com 153 profissionais da APS de um município de médio porte. Aplicou-se o questionário MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Verificou-se que 13,1% e 0,7% apresentaram altos níveis de EE e DE, respectivamente, e 48,4% baixa RP. Tempo de serviço, autopercepção da saúde, apoio social e satisfação laboral relacionaram-se significativamente com as dimensões EE, DE e RP. Nota-se profissionais vulneráveis ao *burnout*, o que pode incrementar o absenteísmo, prejudicar a saúde do trabalhador e a qualidade da assistência em saúde à sociedade.

**Palavras-chave:** Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

#### **Abstract:**

Burnout is characterized as a poor response to chronic work-related stress. Is defined by emotional exhaustion (EE), depersonalization (DE) and Low Professional Accomplishment (RP). It is one of the growing males in the labor scope and joins when organizational environment and interpersonal by contact, present among health workers. The objective was

to check EE levels of frequency, DE and RP and associated factors. Directed cross-sectional study with 153 professionals from the hum-sized municipality of Medio PHC. Applied the MBI questionnaire (Maslach Burnout Inventory). That is found 13.1% and 0.7% had high levels of EE, DE, and 48.4% low RP. Service time, self-perception of health, social support and work satisfaction correlated significantly with the dimensions. Note to vulnerable professionals by burnout, what can increase absenteeism, harming the health of workers and the care quality health to society.

**Key words:** Burnout, Professional. Health Personnel. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é definida como consequência de um estresse negativo e crônico relacionado ao trabalho, em que o estresse no trabalhador não é diagnosticado e, tampouco tratado, ocasionando exaustão, diminuição de motivação e comportamentos inadequados. Portanto, a SB resulta de repetidas falhas dos trabalhadores em combater o estresse laboral, os quais, na maioria dos estudos, são classificados como sujeitos normais, motivados e dedicados, mas incapazes de se adaptar às situações<sup>1</sup>.

*Burnout* se caracteriza por três dimensões fundamentais: Exaustão Emocional (EE); Despersonalização (DE); Realização Profissional (RP). A EE é a principal dimensão definidora da SB e a primeira resposta ao estresse, gerada por uma sobrecarga laboral, por falta de recursos e por conflitos interpessoais no trabalho. Notabiliza-se por redução da energia e da capacidade do sujeito em enfrentar as situações adversas do cotidiano laboral, acarretando em fadiga física e emocional<sup>2,3,4,5,6</sup>.

A DE evidencia-se por sentimentos negativos ou insensíveis que o profissional nutre acerca dos clientes, estereotipando-os. E por comportamentos céticos, em que ele perde a esperança e se distancia das pessoas como um meio de se defender das decepções e das situações estressantes advindas das relações interpessoais. Sendo, geralmente, uma resposta

**Prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais da Atenção  
Primária à Saúde e fatores associados**

**Prevalence of Burnout Syndrome in professionals of Primary Health Care  
and associated factors**

**La prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de atención  
primaria de salud y los factores asociados**

Amanda de Souza Lima  
Beatriz Francisco Farah  
Maria Teresa Bustamante Teixeira

**Resumo:**

Síndrome de Burnout (SB) resulta de um processo crônico de exposição a estressores laborais. Caracteriza-se pelas dimensões exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e baixa realização profissional (RP). Profissionais de saúde são propensos à SB por lidarem diretamente com pessoas e sofrimento, o que prejudica sua saúde e o cuidado ofertado à sociedade. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível assistencial mais adjacente à comunidade, expondo os profissionais às realidades desta. Nota-se uma escassez de estudos brasileiros sobre SB na APS. Objetivo: identificar a prevalência da SB nos profissionais da APS e fatores associados. Métodos: estudo transversal, realizado com 153 profissionais de saúde da APS de uma cidade de médio porte. Utilizou-se o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) para mensurar o desfecho SB. Resultados: a prevalência da SB foi de 51%, sendo que o pessoal de enfermagem apresentou maior prevalência em relação aos demais profissionais participantes. As variáveis associadas à SB após análise multivariada foram: auto-avaliação do estado de saúde ruim ( $p < 0,001$ ) e insatisfação no trabalho ( $p < 0,001$ ). Conclusão: o trabalho na APS é complexo e exige muito dos profissionais, o que torna relevante atentar para a saúde e satisfação destes profissionais, visando resguardar seu bem estar e a produção do cuidado de qualidade à sociedade.

**Palavras-chave:** Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

### **Abstract**

Burnout syndrome (BS) is the result of a chronic process of exposure to labor stressors. It is characterized by emotional exhaustion dimensions (ED), depersonalization (DE) and low personal accomplishment (PA). By dealing directly with people and suffering, health professionals are likely to SB, which harms their health and the care offered to society. The Primary Health Care (PHC) is the most healthcare level adjacent to the community, exposing professionals to the realities of this. It is noted a shortage of Brazilian studies on SB PHC. Objective: to identify the prevalence of BS in the PHC professionals and associated factors. Method: cross-sectional study, conducted with 153 health professionals PHC of a medium-sized city. Was used the MBI (Maslach Burnout Inventory) to measure the BS outcome. Results: the prevalence of BS was 51%, and the nursing staff showed higher prevalence compared to other professional participants. The variables associated with BS after multivariate analysis were: self-assessment of poor health status ( $p < 0.001$ ) and job dissatisfaction ( $p < 0.001$ ). Conclusion: work in PHC proves to be complex, which makes it important to pay attention to the health and satisfaction of these professionals, in order to safeguard their welfare and the production of quality care to society.

**Key words:** Burnout, Professional. Health Personnel. Primary Health Care.

### **Resumen**

Síndrome de burnout (BS) es el resultado de un proceso crónico de la exposición a factores de estrés industriales. Se caracteriza por las dimensiones emocionales de agotamiento (EE), despersonalización (DE) y baja realización personal (RP). profesionales de la salud es probable que SB al tratar directamente con las personas y el sufrimiento, que afectan su salud y la atención que se ofrece a la sociedad. La atención primaria de salud (APS) es el nivel de



atención más adyacente a la comunidad, la exposición de los profesionales a las realidades de este. Notas a la escasez de estudios brasileños sobre SB APS. Objetivo: Identificar la prevalencia de la SB en los profesionales de la APS y los factores asociados. Métodos: Estudio transversal, realizado con 153 profesionales de la salud APS de una ciudad de tamaño medio. Se utilizó el MBI (Maslach Burnout Inventory) para medir el resultado SB. Resultados: La prevalencia de SB fue del 51%, y el personal de enfermería mostró mayor prevalencia en comparación con otros profesionales participantes. Las variables asociadas con el SB tras el análisis multivariante fueron: la autoevaluación del estado de salud deficiente ( $p < 0,001$ ) y la insatisfacción en el trabajo ( $p < 0,001$ ). Conclusión: El trabajo en APS resulta ser compleja, lo que hace que es importante prestar atención a la salud y la satisfacción de estos profesionales, con el fin de garantizar su bienestar y la producción de una atención de calidad a la sociedad

**Palabras claves:** Agotamiento Profesional. Personal de Salud. Atención Primaria de Salud.

### **Introdução**

As transformações que o mundo globalizado vem sofrendo têm mudado notavelmente o cenário de trabalho, onde a competitividade e a produtividade tem ganhado mais força para suprir as necessidades dos consumidores e da economia. Cada vez mais valoriza-se o capital em detrimento do trabalhador, em meio a isto, os indivíduos têm sido pressionados por produtividade e qualificação. Estas mudanças, cobranças e a desvalorização que os trabalhadores têm sofrido podem gerar desgaste e estresse, impactando seriamente sua saúde (CARLOTTO *et al.*, 2013; FRANÇA *et al.*, 2012; WHO, 2010).

Estresse é a reação que um indivíduo produz frente à uma inespecífica situação estressora, esta resposta pode ser benéfica (*eustress*) ou nociva (*distress*), dependendo de como o indivíduo a percebe (FEVRE, MATHENY e KOLT, 2003; SELYE, 1985). A Síndrome de Burnout (SB) caracteriza-se por um esgotamento profissional, resultado da

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Burnout, sendo uma consequência de uma exposição longa a estressores laborais, demonstra-se importante em meio ao cenário atual da sociedade, em que se nota uma globalização do estresse. O modo de vida cada vez mais acelerado que a sociedade adota, em meio às milhares de atividades assumidas pelos indivíduos na busca de conciliar vida social, pessoal e profissional, em contextos de altas expectativas de sucesso, grande competitividade no mercado de trabalho e pressões por produtividade podem contribuir com o incremento do *distress*, *burnout*, e demais prejuízos à sua saúde.

Tais desfechos afetam consideravelmente a vida do trabalhador, de seus familiares e organizações, decorrentes do aumento do absenteísmo, presenteísmo, acidentes de trabalho, licenças, diminuição da produtividade e aposentadorias por invalidez. Diante disto, nota-se um grande destaque dado ao *burnout* nos últimos quarenta anos, com o aumento significativo de estudos científicos acerca do mesmo.

Os resultados do presente estudo revelaram que 13,1% dos profissionais possuíam alta EE, 0,7% alta DE e 48,4% baixa RP, em que a prevalência do alto risco de desenvolvimento da SB (51%) foi considerável, apontando para a possibilidade de uma população vulnerável ao *burnout*. Além disto, verificou-se que ter menos tempo de serviço, estado de saúde autoavaliado regular ou ruim, baixo apoio social e insatisfação laboral se relacionaram significativamente com as alterações das dimensões.

Diante dos resultados, resultou-se a hipótese de que haveria diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais, não podendo-se afirmar, portanto, que uma categoria profissional possui maior predisposição à SB do que outra. Mas notou-se que ainda existe uma deficiência de estudos acerca desta temática, indicando a existência de uma lacuna.

Observou-se que existiu relação estatisticamente significante entre SB e autoavaliação da condição de saúde dos profissionais. Tendo em vista que a SB causa exaustão física e emocional nos indivíduos e demais prejuízos à sua saúde, torna-se um fator importante a ser estudado.

Além disto, os achados indicaram a importância que a satisfação no trabalho possui no sentido de reduzir a probabilidade de se desenvolver a SB. O que coaduna com a maioria das publicações encontradas, apontando que o fornecimento

de um ambiente de trabalho saudável, que facilite a satisfação do profissional, pode proteger os mesmos do *burnout*. Todos estes fatores revelam-se importantes no intuito de reduzir o risco da SB. Para tanto, é necessário promover boas relações no ambiente de trabalho e garantir recursos adequados aos trabalhadores.

A pesquisa contribui para o incremento do conhecimento acerca da SB, além de apontar a importância que os profissionais de saúde possuem para a provisão de um cuidado integral à sociedade. Sobretudo àqueles profissionais atuantes na APS, pela natureza complexa do seu trabalho, por serem responsáveis pela organização e comunicação entre os níveis de assistência do SUS, por estarem mais próximos dos usuários e por serem encarregados de prover o cuidado continuado a estes.

Sugere-se, aos gestores do município que se atentem para as condições de trabalho dos profissionais da APS, pois estas condições as quais estão expostos podem comprometer sua saúde. Investir em pesquisas e acompanhamentos destes profissionais para identificação dos fatores que possam gerar condições estressoras pode facilitar a promoção da saúde e prevenção da doença nestes trabalhadores, aumentando a qualidade de vida, possibilitando-lhes prestarem um cuidado de qualidade à população.

Com a realização deste estudo observou-se que ainda existem lacunas sobre *burnout* que precisam ser preenchidas com o investimento em novos estudos. Além disto, constata-se que os profissionais de saúde da APS são vulneráveis a estressores e a SB, o que pode influenciar nos objetivos e ideais de saúde do SUS. Pois a saúde dos profissionais comprometida, pode influenciar negativamente na prestação da assistência primária e, conseqüentemente, da atenção em saúde no SUS, uma vez que a atenção básica é interlocutora, integradora e coordenadora do cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

AHOLA, K. et al. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. **Burnout Research**, v. 1, n. 1, p. 29-37, 2014.

ALAMEDDINE, M. et al. The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. **BMC health services research**, v. 12, n. 1, p. 1, 2012.

ALBUQUERQUE, F.J.B; MELO, C.F.; NETO, J. L.A. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicol Reflex Crit**, v. 25, n. 3, 2012.

BAKKER, A.B.; COSTA, P.L. Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. **Burnout Research**, v. 1, n. 3, p. 112-119, 2014.

BARRETO, A.S. et al. Síndrome de Burnout: Sistemática de um problema. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 3, p. 276-296, 2012.

BATISTA, J.B.V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Rev. bras. epidemiol**, v. 13, n. 3, p. 502-512, 2010.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. O estado da arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003.

BETANCUR, A. et al. Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. **Revista CES Salud Pública**, v. 3, n. 2, p. 184, 2012.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 11 mai. 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma, repensando a saúde. In: **Reforma da reforma, repensando a saúde**. Hucitec, 1992.

CARLOTTO, M.S. A relação profissional-paciente e a Síndrome de Burnout. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 12, n. 17, p. 7-20, 2009.

CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 403-410, 2011.

CARLOTTO, M.S. et al. Prevalence and factors associated with burnout syndrome in professionals in basic health units. **Cienc. Trab**, v. 15, n. 47, p. 76-80, 2013.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**, v. 39, n. 2, p. 14, 2008.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CHERNISS, C. **Staff burnout: Job stress in the human services**. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1980.

COX, T. et al. **Work-related stress**. European Agency for Safety and Health at work, 2000. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/203>. Acesso em dezembro 2015.

CUBILLO, Á.C.M. et al. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. **Atención Primaria**, v. 44, n. 9, p. 532-539, 2012.

DIAS, S; QUEIRÓS, C; CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, n. 32, p. 4-21, 2010.

DORMANN, C.; ZAPF, D. Customer-related social stressors and burnout. **Journal of occupational health psychology**, v. 9, n. 1, p. 61, 2004.

FALGUERAS, M.V. et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 47, n. 1, p. 25-31, 2015.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. Processo de trabalho em saúde. 2009.

FEVRE, M.L.; MATHENY, J; KOLT, G.S. Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. **Journal of Managerial Psychology**, v. 18, n. 7, p. 726-744, 2003.

FIGUEIREDO-FERRAZ, H. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. **Psicothema**, v. 24, n. 2, p. 271-276, 2012.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, 2006.

FRANÇA, F.M. et al. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 961-970, 2012.

FRANÇA, S,P.S. et al. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 68-73, 2012.

FRIAS JUNIOR, C.A.S. A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.

GALINDO, R.H. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 420-427, 2012.

GIL-MONTE, P.R. Burnout syndrome: ¿ síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? **Revista de Psicología del Trabajo e de las Organizaciones**, v. 19, n. 2, p. 181-197, 2003.

GIL-MONTE, P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. **Psicología científica. com**, 2002.

GIL-MONTE, P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, v. 1, n. 1, p. 19-33, 2003.

GIL-MONTE, Pedro R.; GARCÍA-JUESAS, Juan Antonio; HERNÁNDEZ, Marcos Caro. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 42, n. 1, p. 113-118, 2008.

GIL-MONTE, P.R.; MARUCCO, M. Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo”(burnout) en pediatras de hospitales generales.**Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 450-456, 2008.

GIL-MONTE, P.R.; PEIRÓ, J.M. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el

trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, v. 16, n. 2, p. 135-149, 2000.

GODINHO MR. Capacidade para o trabalho dos Técnico-Administrativos em Educação de uma Universidade Pública e fatores associados. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, UFJF; 2013.

GORTER, R.C.; FREEMAN, R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 39, n. 1, p. 87-95, 2011.

GRAU-ALBEROLA, E. et al. Efectos de los conflictos interpersonales sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y su influencia sobre la salud. Un estudio longitudinal en enfermería. **Riesgos Psicosociales en el Trabajo**, p. 72, 2009.

GRAU-ALBEROLA, E. et al. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 8, p. 1013-1020, 2010.

GREGORY, S.T.; MENSER, T. Burnout Among Primary Care Physicians: A Test of the Areas of Worklife Model. **Journal of Healthcare Management**, v. 60, n. 2, p. 133, 2015.

GRIEP, R.H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GRUNFELD, E. et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **Canadian Medical Association Journal**, v. 163, n. 2, p. 166-169, 2000.

GUILLERMO, A. et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. **International journal of nursing studies**, v. 52, n. 1, p. 240-249, 2014.

HALBESLEBEN, J.R.B; BUCKLEY, M.R. Burnout in organizational life. **Journal of management**, v. 30, n. 6, p. 859-879, 2004.

HOMBRADOS-MENDEIETA, I.; COSANO-RIVAS, F. Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. **International Social Work**, v. 56, n. 2, p. 228-246, 2013.



JODAS, D.A; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta paul enferm**, v. 22, n. 2, p. 192-7, 2009.

JUIZ DE FORA. Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Juiz de Fora, MG, 2014.

JUIZ DE FORA. Plano de Saúde 2014-2017. Secretaria de Saúde. Juiz de Fora, MG, 2014.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Saúde. Juiz de Fora, MG, 2012.

KEBIAN, L.V.A; FURTADO, C.M.S.C.; PAULINO, E.F.R. A SÍNDROME DE BOURNOUT NOS ESTUDOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Corpus et Scientia**, v. 6, n. 2, 2010.

LASCHINGER, H.K.S.; FIDA, R. New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. **Burnout Research**, v. 1, n. 1, p. 19-28, 2014.

LIMA, A.S. et al. A educação permanente na gestão da Atenção Primária de Saúde no Sistema Único de Saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 4, p. 8135-45, 2015.

LIMA, R.A.S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

LIN, Y. et al. Work–leisure conflict and its associations with well-being: The roles of social support, leisure participation and job burnout. **Tourism Management**, v. 45, p. 244-252, 2014.

LINZER, M. et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 1, p. 28-36, 2009.

LORENZ, V.R.; GUIRARDELLO, E.B. El ambiente de la práctica profesional y el síndrome de burnout en enfermeros en la atención básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 926-33, 2014.

MAISSIAT, G.S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MARTINS, L.F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [Internet]**, v. 19, n. 12, p. 4739-50, 2014.



MASLACH, C. Compreendendo el burnout. **Ciencia & Trabajo**, v. 11, n. 32, p. 37-43, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. **Maslach burnout inventory manual**. (2nd ed.) Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (1986).

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. **Journal of organizational behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The role of sex and family variables in burnout. **Sex roles**, v. 12, n. 7-8, p. 837-851, 1985.

MASLACH, C.; LEITER, M.P.; JACKSON, S.E. Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. **Journal of Organizational Behavior**, v. 33, n. 2, p. 296-300, 2012.

MASLACH, C.; LEITER, M. P.; SCHAUFELI, W. B. Measuring burnout. **The Oxford handbook of organizational well-being**, p. 86-108, 2008.

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

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. **Annual review of psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cefor, 1992.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. EPJC/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Novembro de 2005.

MOREIRA, D.S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

MORELLI, S.G.S.; SAPEDE, M.; SILVA, A.T.C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

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

OLIVEIRA NETO, F.S. Micropolítica do trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 21, p. 239-248, 2011.

NAVARRO-GONZÁLEZ, D.; AYECHU-DÍAZ, A.; HUARTE-LABIANO, I. Prevalencia del síndrome del Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. **Semergen: revista española de medicina de familia**, n. 4, p. 191-198, 2015.

NEVES, V.F.; OLIVEIRA, Á.F.; ALVES, P.C. Síndrome de burnout: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional. **Psico**, v. 45, n. 1, p. 45-54, 2014.

OGRESTA, J.; RUSAC, S.; ZOREC, L. Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. **Croatian medical journal**, v. 49, n. 3, p. 364-374, 2008.

OLIVEIRA, R.K.M.; COSTA, T.D.; SANTOS, V.E.P. Síndrome de Burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 5, n. 1, p. 3168-3175, 2013.

PEREIRA, E.B.; ANTONIASSI, R.P.N. Síndrome de Burnout entre profissionais da área da saúde: revisão integrativa. **Revista Uningá**, v.41, p.66-71, 2014.

PÉREZ-CIORDIA, I. et al. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. In: **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2013. p. 253-262.

PIRES, D. Processo de trabalho em saúde, no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 3, p. 529-532, 1998.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.2, p. 251-263, 2000.

PORTELA, N.L.C. et al. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 7, n. 3, p. 2749-2760, 2015.

RAFTOPOULOS, V.; CHARALAMBOUS, A.; TALIAS, M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1, 2012.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família T heoretical review of the work process in health care used to analyze work. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RODRIGUES, M.P.; ARAÚJO, M.S.S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. **Observatório RH, NESC/UFRN. Natal**, 2001.

ROSA, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da SBPH**, v.8, n.2, p.1-15, 2005.

SAMPAIO, D.M.N.; VILELA, A.B.A.; PIRES, V.M.M.M. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. *Revista Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p.61:68, 2012.

SANTOS, M.C.L.; BRAGA, V.A.B.; FERNANDES, A.F.C. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 1, p. 82-86, 2007.

SCHAUFELI, W.B.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice: A critical analysis**. CRC press, 1998.

SCHAUFELI, W.B. et al. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. **Psychology & Health**, v. 16, n. 5, p. 565-582, 2001.

SCHAUFELI, W.B.; GREENGLASS, E.R. Introduction to special issue on burnout and health. **Psychology & health**, v. 16, n. 5, p. 501-510, 2001.

SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. **Career development international**, v. 14, n. 3, p. 204-220, 2009.

SELYE, H. The nature of stress. **Basal Facts**, v. 7, n. 1, p. 3-11, 1985.

SHANAFELT, T.D. et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. **Archives of internal medicine**, v. 172, n. 18, p. 1377-1385, 2012.

SHIROM, A. Burnout in work organizations. In: Cooper CL, Robertson I. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. 1ª edição. Nueva York: Wiley & Sons; 1989. p. 25-48.

SHIROM, A. Reflections on the study of burnout. **Work & Stress**, v. 19, n. 3, p. 263-270, 2005.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, S. et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015.

SILVA, T.D.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 113-130, 2008.

SOUZA, A.I.S.; OLIVEIRA, L.M.L.; CASTRO, M.M.C. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 105-121, 2011.

SWIDER, B.W.; ZIMMERMAN, R.D. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. **Journal of Vocational Behavior**, v. 76, n. 3, p. 487-506, 2010.

TAMAYO, M.R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n.3, p. 474-482, 2008.

TAMAYO, M.R. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Brasília, Universidade de Brasília, 1997.

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 213, 2009.

THOMAS, M.; KOHLI, V.; CHOI, J. Correlates of job burnout among human services workers: implications for workforce retention. **J. Soc. & Soc. Welfare**, v. 41, p. 69, 2014.

TRINDADE, L.L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta paulista de enfermagem. São Paulo. Vol. 23, n. 5 (set./out. 2010), p. 684-689**, 2010.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

TUCUNDUVA, L.T.C.M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 108-12, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Geneva: World Health Organization. 2010.

VIEIRA, I. Conceito(s) de *burnout*: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010.

ZHOU, W. et al. Job dissatisfaction and burnout of nurses in Hunan, China: A cross-sectional survey. **Nursing & health sciences**, v. 17, n. 4, p. 444-450, 2015.

ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J.A. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016.

# **ANEXO 1**

Figura 1: Possíveis sintomas do burnout

Nível individual				
Afetivos	Cognitivos	Físicos	Comportamentais	Motivacionais
Humor depressivo	Perda de significados e esperança	Enxaqueca	Hiperatividade	Perda do zelo
Exaustão emocional	Sentimento de impotência	Náusea	Impulsividade	Perda de idealismo
Mudança de humor	Sentimento de fadência	Crises nervosas	Aumento do consumo de cafeína, tabaco, álcool, tranquilizantes e drogas ilícitas	Desilusão
Diminuição do controle emocional	Sentimento de insuficiência	Dores musculares	Desenvolvimento de comportamentos de auto risco	Resignação
Aumento da tensão	Auto-estima baixa	Distúrbios sexuais	Incremento de acidentes	Desapontamento
Ansiedade	Preocupação	Distúrbios do sono	Abandono de atividades	Desmoralização
Tristeza	Ideias suicidas	Perda ou ganho de peso	Protelação	Tédio
Medos indefinidos	Dificuldade para concentrar	Perda de apetite	Aumento ou diminuição da alimentação	
	Esquecimento	Aumento da tensão	Queixas compulsivas	
	Dificuldade em tomadas de decisão	Pré-Menstrual		
	Desamparo	Auteração do ciclo menstrual		
	Medo de enlouquecer	Fadiga crônica		
	Sentimentos de ser preso	Exaustão física		
	Culpa	Hiperventilação		
	Dificuldade com tarefas complexas	Úlceras		
	Rigidez e pensamento esquemático	Desarranjo gastro-intestinal		
	Sonhar e fantasiar			
	Intelectualização	Doenças coronarianas		
	Solidão	Aumento da P.A.		
	Diminuição da tolerância às frustrações	Aumento do nível de colesterol		
		Tontura		
		Inquietude		
		Falta de ar		
		Fraqueza		
		Frequentes resfriados		
		Piora de distúrbios pré-existentes (asma, diabetes)		
		Lesões causadas por comportamentos de risco		
		Aumento da frequência cardíaca		
		Aumento da resposta eletrodérmica		
Nível interpessoal				
Afetivos	Cognitivos	Físicos	Comportamentais	Motivacionais
Irritabilidade	Desumanização		Propensão a	Perda de interesse

Diminuição da empatia com clientes	Negativismo em relação aos clientes		comportamentos violentos	
Sensibilidade excessiva			Agressividade com clientes, amigos e familiares	Desencorajamento
Frieza e ausência de emoção	Pessimismo em relação aos clientes		Isolamento social	Indiferença com outras pessoas
Aumento da raiva	Estereotipação de clientes		Tratamento mecânico	Uso de clientes para satisfazer às necessidades pessoais e sociais
	Ar de grandiosidade		Explosões violentas	Super-envolvimento
	Hostilidade		Distanciamento	
	Projeção		Isolamento	
	Paranoia		Humor negativo nas relações interpessoais	
	Diminuição da empatia		Expressão de desespero, desamparo e falta de sentido em relação aos clientes	
	Tratar pessoas de forma depreciativa		Apatia	
	Espírito de justiça		Compartimentação	
	Martírio			
	Desconfiança			
<b>Nível organizacional</b>				
<b>Afetivos</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Físicos</b>	<b>Comportamentais</b>	<b>Motivacionais</b>
Insatisfação no trabalho	Desencantamento acerca do trabalho		Redução da efetividade	Perda da motivação no trabalho
	Sentimento de não ser valorizado		Diminuição da performance no trabalho	Resistência a ir trabalhar
	Desconfiança da gestão, colegas e supervisores		Declínio da produtividade	Comprometimento moral
			Aumento de licenças	
			Absenteísmo	
			Resistência à mudanças	
			Aumento de acidentes	
			Atrasos	
			Substituição de trabalhadores	
			Roubo	
			Ser dependente dos supervisores	
			Olhar com frequência o relógio	
			Má administração do tempo	
			Incapacidade de organização	

Fonte: Figura elaborado pelo autor baseado em Schaufeli and Enzmann (1998).



## **ANEXO 2**

## Questionário utilizado no estudo:

**Módulo 1: Perfil dos profissionais da APS****A. Dados Gerais:**

A.1. Sexo: ( ) 1.Fem. ( ) 2.Masc.

A.2. Estado conjugal:

- ( ) 1.Nunca foi casado(a)  
 ( ) 2.Casado(a) ou vive com companheiro(a)  
 ( ) 3.Separado(a) ou divorciado(a)  
 ( ) 4.Viúvo(a)

A.3. Idade: \_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

A.4. Ano de Formação/Graduação: \_\_\_\_\_

A.5. Cargo:

- ( ) 1.Médico  
 ( ) 2.Enfermeiro  
 ( ) 3.Assistente Social  
 ( ) 4.Técnico de Enfermagem  
 ( ) 5.Auxiliar de Enfermagem  
 ( ) 6.Dentista  
 ( ) 7.Técnico de saúde bucal  
 ( ) 8.Auxiliar de saúde bucal  
 ( ) 10.Auxiliar de saúde bucal  
 ( ) 11.Outros Qual? \_\_\_\_\_

A.6. Função:

- ( ) 1.Supervisor da UAPS  
 ( ) 2.Médico  
 ( ) 3.Enfermeiro  
 ( ) 4.Assistente social  
 ( ) 5.Agente comunitário de saúde  
 ( ) 6.Técnico de enfermagem  
 ( ) 7.Auxiliar de enfermagem  
 ( ) 8.Dentista  
 ( ) 9.Técnico de saúde bucal

A.7. Formação profissional, marque apenas uma:

- ( ) 1.Somente graduação  
 ( ) 2.Residência  
 ( ) 3.Especialização  
 ( ) 4.Mestrado  
 ( ) 5.Doutorado  
 ( ) 6Curso de ACS  
 ( ) 7Curso de auxiliar de enfermagem  
 ( ) 8Curso técnico de enfermagem  
 ( ) 9Curso técnico de saúde bucal

**B. Trabalho Profissional (neste módulo queremos saber sobre a sua situação profissional ATUAL)**

B.1. Tempo de serviço total na área da saúde: \_\_\_\_\_anos\_\_\_\_\_meses.

B.2. Em quantos locais você trabalha na área da sua profissão?

- ( ) 1.Um  
 ( ) 2.Dois  
 ( ) 3.Três ou mais

B.3. Carga horária semanal em todos os serviços na área da sua profissão:

- ( ) 1.40h  
 ( ) 2.60h ou mais

B.4. Trabalha em regime de plantão?

- ( ) 1.Sim  
 ( ) 2.Não

Se *Sim*, de quantas horas? \_\_\_\_\_

B.5. Tempo de serviço na Atenção Primária na SMS-PJF: \_\_\_\_\_

B.6. Tempo de serviço nesta UAPS: \_\_\_\_\_

B.7. Carga Horária de trabalho nesta UAPS:

- ( ) 1. 20h ( ) 2. 30h ( ) 3. 40h

B.8. Modalidade contratual na PJF:

- ( ) 1. Estatutário  
 ( ) 2.CLT  
 ( ) 3.Terceirizado  
 ( ) 4.RPA  
 ( ) 5.Outros

B.9. Marque em ordem crescente (1 à 5) as atividades que mais você realiza cotidianamente:

- ( ) 1.Assistenciais  
 ( ) 2.Administrativas e gerenciais  
 ( ) 3.Educativas  
 ( ) 4.Pesquisa  
 ( ) 5.Participação popular

B.10. Você recebe algum incentivo no exercício de seu vínculo com a SMS/PJF? Marque quais.

- ( ) 1.Função gratificada  
 ( ) 2.Incentivo Produtividade  
 ( ) 3.Incentivo PSF  
 ( ) 4.Plano de Carreiras Cargos Salários  
 ( ) 5.Insalubridade  
 ( ) 6.Outros Qual: \_\_\_\_\_

B.11. Qual a sua remuneração na SMS/PJF?  
 (Tome como referência o salário mínimo de 2013, **R\$678,00**)

- ( ) 1. Até 1 salário mínimo  
 ( ) 2.Entre 1 e 2 salários mínimos  
 ( ) 3.Entre 2 e 3 salários mínimos  
 ( ) 4.Entre 3 e 4 salários mínimos  
 ( ) 5.Entre 4 e 5 salários mínimos  
 ( ) 6.Entre 5 e 6 salários mínimos  
 ( ) 7.Entre 6 e 7 salários mínimos  
 ( ) 8.Entre 7 e 8 salários mínimos  
 ( ) 9.Entre 8 e 9 salários mínimos  
 ( ) 10.Entre 9 e 10 salários mínimos  
 ( ) 11.Mais de 10 salários mínimos

B.12. Qual a sua remuneração em outros serviços na profissão, caso tenha marcado no item B.2 mais de um local de serviço?(Tome como referência o salário mínimo de 2013, **R\$678,00**).

- ( ) 1. Até 1 salário mínimo  
 ( ) 2.Entre 1 e 2 salários mínimos  
 ( ) 3.Entre 2 e 3 salários mínimos  
 ( ) 4.Entre 3 e 4 salários mínimos  
 ( ) 5.Entre 4 e 5 salários mínimos  
 ( ) 6.Entre 5 e 6 salários mínimos  
 ( ) 7.Entre 6 e 7 salários mínimos  
 ( ) 8.Entre 7 e 8 salários mínimos  
 ( ) 9.Entre 8 e 9 salários mínimos  
 ( ) 10.Entre 9 e 10 salários mínimos  
 ( ) 11.Mais de 10 salários mínimos

B.13. Atualmente sua equipe está completa?

- ( ) 1.Sim ( ) 2.Não

Se *Não*, marque os profissionais que faltam, quantificando-os:

Categoria profissional	Assist. Social	Aux. Enf.	Enfermeiro	Médico
Quantos Profissionais faltam na equipe?				
Categoria profissional	Dentista	Téc. Enf	Téc. Saúde Bucal	Aux. Saúde Bucal
Quantos Profissionais faltam na equipe?				

### C. Estado de saúde

C.1. De modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- ( ) 1.Muito bom  
 ( ) 2.Bom  
 ( ) 3.Regular  
 ( ) 4.Ruim  
 ( ) 5.Muito ruim

C.2.Você pratica regularmente algum tipo de exercício físico ou esporte?

- ( ) 1.Sim ( ) 2.Não

Se *Sim*, qual é a frequência?

- ( ) 1.Uma vez por semana  
 ( ) 2.Duas vezes por semana  
 ( ) 3.Três ou mais vezes por semana

### D. Vida familiar, moradia e outros aspectos

D.1. A residência onde você mora é:

- ( ) 1.Própria já paga  
 ( ) 2.Própria ainda pagando  
 ( ) 3.Alugada  
 ( ) 4.Cedida  
 ( ) 5.Outra condição

Qual? \_\_\_\_\_

D.2. Quantos banheiros existem em sua casa?  
 \_\_\_\_\_

D.3. Quantas pessoas moram com você?

(Inclui cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa. Se mora sozinho escreva 0: \_\_\_\_\_)

D.4. Em sua casa, quem é considerado o chefe de família ou o principal responsável pela casa?

- ( ) 1.Eu mesmo (a)  
 ( ) 2.Meu cônjuge ou companheiro  
 ( ) 3.Eu e meu cônjuge, igualmente  
 ( ) 4.Meu pai ou minha mãe  
 ( ) 5.Meu filho ou minha filha  
 ( ) 6.Não tem chefe  
 ( ) 7.Outra pessoa. Quem?  
 \_\_\_\_\_

D.5. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por as casa?

- ( ) 1.Não frequentou escola  
 ( ) 2.1º grau incompleto

- ( ) 3.1º grau completo  
 ( ) 4.2º grau incompleto  
 ( ) 5.2º grau completo  
 ( ) 6.Universitário incompleto  
 ( ) 7.Universitário completo  
 ( ) 8.Pós-graduação

D.6. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- ( ) 1.Sim, mensalista  
 ( ) 2.Sim, diarista  
 ( ) 3.Não

D.7. Em sua casa há divisão de tarefas domiciliares?

- ( ) 1.Sim  
 ( ) 2.Não

Se *Sim*, com quem faz a divisão de tarefas domiciliares?

- ( ) 1.Companheiro  
 ( ) 2.Filho(s)  
 ( ) 3.Amigo  
 ( ) 4.Pai  
 ( ) 5.Mãe  
 ( ) 6.Irmão  
 ( ) 7.Outros. Quem?

D.8. Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

- ( ) 1.Nunca  
 ( ) 2.Raramente  
 ( ) 3.Às vezes  
 ( ) 4.Quase sempre  
 ( ) 5.Sempre

D.9. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual quantidade:

Televisão em cores	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO
Rádio (desconsiderar o de automóvel)	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO
Máquina de lavar roupa	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO
Videocassete e/ou DVD	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO
Geladeira	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO

Automóvel	( ) SIM Quantos? _____ ( ) NÃO
-----------	-----------------------------------

D.10. No mês passado qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas da sua casa?(Tome como referência o salário mínimo de 2013, **R\$678,00**).

- ( ) 1.Até 1 salário mínimo  
 ( ) 2.Entre 1 e 2 salários mínimos  
 ( ) 3.Entre 2 e 3 salários mínimos  
 ( ) 4.Entre 3 e 4 salários mínimos  
 ( ) 5.Entre 4 e 5 salários mínimos  
 ( ) 6.Entre 5 e 6 salários mínimos  
 ( ) 7.Entre 6 e 7 salários mínimos  
 ( ) 8.Entre 7 e 8 salários mínimos  
 ( ) 9.Entre 8 e 9 salários mínimos  
 ( ) 10.Entre 9 e 10 salários mínimos  
 ( ) 11.Mais de 10 salários mínimos

#### E. Aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo

E.1. Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a) companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

\_\_\_\_\_ parentes ( ) 0.Nenhum

E.2. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a) e outros parentes.)

\_\_\_\_\_ amigos ( ) 0.Nenhum

E.3. Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

- ( ) 1. Sim  
 ( ) 2.Não

Se *Sim*, com que frequência?

- ( ) 1.Mais de uma vez por semana  
 ( ) 2.1 vez por semana  
 ( ) 3.2 a 3 vezes por mês  
 ( ) 4.Algumas vezes ao ano  
 ( ) 5.1 vez no ano

E.4. Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos, partidos, de trabalho voluntário não remunerado, em organizações

não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

1.Sim

2.Não

Se *Sim*, com que frequência?

1.Mais de uma vez por semana

2.1 vez por semana

3.2 a 3 vezes por mês

4.Algumas vezes ao ano

5.1 vez no ano

E.5. Nos últimos 12 meses (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

1.Mais de uma vez por semana

2.1 vez por semana

3. 2 a 3 vezes por mês

4. Algumas vezes ao ano

5. Uma vez no ano

6. Não compareci nenhuma vez

**F. Situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou**

**Ajuda, se você precisar:**

F.1. Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.2. Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.3. Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.4. Com que frequência conta com alguém para levá-lo (a) ao médico?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.5. Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.6. Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.7. Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender determinada situação?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.8. Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.9. Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.10. Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?

1.Nunca

2.Raramente

3.Às vezes

4.Quase sempre

5.Sempre

F.11. Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.12. Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.13. Com que frequência conta com alguém com quem distraia a cabeça?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.14. Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.15. Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.16. Com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.17. Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.18. Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

F.19. Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. Às vezes
- 4. Quase sempre
- 5. Sempre

**Módulo 2: Percepção dos profissionais referente a valorização, reconhecimento e importância do trabalhador no serviço.**

**Marque “X” na opção correspondente:**

1 - Sempre

2 - Na maioria das vezes

3 - Raramente

4 - Nunca

Nº	Questão	1	2	3	4
1	Você está satisfeito(a) com seu trabalho nesta UAPS?				
2	Consigo colocar em prática os conhecimentos adquiridos na minha formação?				
3	Você é tratado (a) com respeito pelos seus colegas de trabalho?				
4	Você é tratado (a) com respeito pelas chefias desta instituição?				
5	Você é tratado (a) com respeito pela chefia imediata desta instituição?				
6	Você é tratado (a) com respeito pela comunidade desta UAPS?				
7	Você se sente reconhecido pelos profissionais desta UAPS em relação ao seu trabalho realizado?				
8	A sua chefia imediata tem reconhecido o seu trabalho desenvolvido nesta UAPS?				
9	Você se sente reconhecido pela comunidade em relação ao trabalho realizado por você nesta UAPS?				
10	Você se sente valorizado pelos profissionais desta UAPS?				
11	Você se sente valorizado pelas chefias desta instituição?				
12	Você se sente valorizado pela chefia imediata?				
13	Você se sente valorizado pela comunidade a qual presta seus serviços?				

## **ANEXO 3**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Síndrome de Burnout em profissionais da APS

**Pesquisador:** Beatriz Francisco Farah

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 06625512.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 403.217

**Data da Relatoria:** 03/10/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

A apresentação do Projeto esta clara e detalha o estudo de forma objetiva, o que permite compreender como será desenvolvida a pesquisa. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O estudo tem por objetivo principal estudar a ocorrência da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde das APS do Município de Juiz de Fora. Os objetivos apresentam clareza e compatibilidade com a proposta apresentada.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo proposto descreve as possibilidades de riscos e os benefícios esperados.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo esta bem delineado e fundamentado, em consonância com os princípios éticos descritos na Res.

466/12 CNS.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta o novo questionário que está de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 403.217

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, a emenda solicitando a modificação no questionário ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2015.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO da emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 23 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br