

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

SANDRA DE SOUZA PEREIRA

Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência:
aplicabilidade do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS)

RIBEIRÃO PRETO

2017

SANDRA DE SOUZA PEREIRA

Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência:
aplicabilidade do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS)

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências,
Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lucilene Cardoso

Ribeirão Preto

2017

PEREIRA, Sandra de Souza

Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência:
aplicabilidade do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS).

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Doutora em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.
Área de Conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica
Linha de Pesquisa: Promoção em Saúde.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*Ao meu pai,
Geraldo Feliciano Pereira,
meu maior exemplo de luta e perseverança.
Palavras nunca serão suficientes para expressar
toda minha gratidão e amor.
Amo você!*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À amiga,
Profa. Dra. Lucilene Cardoso,
minha orientadora, agradeço tanto a confiança e
oportunidade de trabalharmos juntas, como também
a amizade que construímos.
Sou muito grata por tudo.
Você é minha referência de profissional!*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo fabuloso mistério da vida.

À minha **família** querida, meu ponto de apoio e refúgio.

À secretária **Adriana Borela** e demais secretárias da Pós-Graduação pelo auxílio sempre que solicitado.

À **Maria Tereza** pela valiosa colaboração na coleta de dados.

Às amigas **Juceli, Tassinha e Isabela**, meu sincero agradecimento pelo companheirismo, pelo trabalho em equipe e pelos momentos compartilhados, tanto acadêmico como principalmente pessoal.

Aos **profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência** de Ribeirão Preto, por acreditarem no meu estudo e aceitarem participar da pesquisa.

Ao estatístico **Jonas Bodini Alonso**, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por seu auxílio nas análises.

À **Profa. Dra. Sara Unda Rojas** por me receber para o intercâmbio e por seu apoio nas discussões dos resultados e sugestões para a reelaboração da tese.

Aos **professores e funcionários da FES Zaragoza – UNAM**, pelo acolhimento durante o período de intercâmbio.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Doutorado.

À Red Macrouniversidades pela concessão da bolsa de intercâmbio acadêmico.

A todos que fizeram parte dessa caminhada, meus sinceros agradecimentos.

“El aprendizaje sería muy laborioso (por no decir peligroso) si las personas se basaran sólo en los efectos de sus propias acciones para informarse sobre qué hacer”.

(Bandura)

RESUMO

PEREIRA, S. S. de. **Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência: aplicabilidade do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)***. 2017. 153 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introdução: A Síndrome de Burnout representa um importante fenômeno psicossocial da atualidade que ocorre como consequência do estresse laboral crônico. Demonstra ser um fenômeno bastante complexo e multifatorial. Os profissionais de saúde estão entre os profissionais mais acometidos pelo Burnout, e entre eles, encontram-se os profissionais que atuam nos serviços de emergências, que estão trabalhando constantemente em contato direto nos eventos traumáticos. Devido essa particularidade do serviço, podem estar mais suscetíveis ao comprometimento de seu bem-estar físico e emocional e, somado as variáveis individuais e ambientais desenvolverem Burnout. **Objetivo:** Avaliar a validade fatorial do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) na amostra, verificar a prevalência de Burnout em profissionais de saúde e sua relação com as variáveis laborais, individuais e consequências para a saúde (adoecimento). **Métodos:** Estudo transversal, analítico de abordagem quantitativa. Avaliaram-se 282 profissionais de saúde (equipe de enfermagem, médicos e radioperadores) atuantes nos serviços de urgência e emergência (serviço móvel, pré-hospitalar e hospitalar) de um município do interior do estado de São Paulo (Brasil). Procedeu-se a avaliação por meio da autoaplicação dos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico de condições de trabalho e saúde, o Inventário de Burnout de Maslach, Childhood Trauma Questionnaire, Inventário de Sintomas de Stress, Escala de Estresse Percebido, Psychiatric Screaming Questionnaire, Questionário de Estilo de Vida Fantástico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Reajustamento Social de Homes-Rahe. Os dados foram analisados por meio de análise fatorial confirmatória (AFC) e testes Qui-Quadrado de Pearson ou do teste Exato de Fisher para proceder os testes correlacionais. Adotou-se um nível de significância de 5%. **Resultados:** Os resultados obtidos mostram que o MBI-HSS é um instrumento confiável e fatorialmente válido para medir o Burnout. Todos os itens que compõem a escala apresentaram assimetria e curtose adequadas, atestando a sensibilidade psicométrica desses itens na amostra. A análise fatorial confirmou a estrutura trifatorial proposta para o MBI-HSS. Os itens 9, 12, 15 e 16 apresentaram peso fatorial abaixo do considerado adequado e foram removidos do modelo. O modelo hierárquico de segunda ordem com as modificações mencionadas apresentou ajustamento adequado aos dados e pode ser considerado o melhor e mais parcimonioso modelo testado de acordo com os índices da teoria da informação. O Burnout foi identificado em 13,2% da amostra e 24,5% dos participantes sofreram estresse precoce na infância, 11,3% apresentaram um estilo de vida considerado regular, 35,5% apresentaram ansiedade, 27,7% apresentaram depressão, 46,5% apresentaram sintomas de estresse e 37,9% apresentam fortes chances de adoecer e também apresentam transtornos mentais comuns. Houve associação entre Burnout e as seguintes variáveis: escolaridade, estresse precoce, sintomas de estresse, fase do estresse, tipo de sintomas, percepção de estresse, sofrimento mental comum, estilo de vida, ansiedade e depressão. As correlações foram evidenciadas entre Burnout e: tipo de serviço ($p=0,032$; OR:

0,187), escolaridade ($p=0,029$; OR: 2,313), percepção do estresse ($p=0,037$; OR: 1,67) e chances razoáveis de adoecer ($p=0,031$; OR: 0,279). **Considerações finais:** Os resultados confirmaram ambas as hipóteses do estudo, confirmando o modelo tridimensional que foi proposto para o MBI-HSS e demonstrando ser um instrumento confiável e fatorialmente válido para medir o Burnout e que algumas variáveis se associaram e/ou correlacionaram à variável desfecho, comportando-se como mediadoras do processo de desenvolvimento do Burnout.

Palavras-chave: Burnout. Análise Fatorial Confirmatória. Profissionais de saúde. Serviços de Emergência. Estresse.

ABSTRACT

PEREIRA, S. S. de. **Mediators variables of Burnout in emergency services professionals: applicability of Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)**. 2017. 153 f. Thesis (Doctorate) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introduction: Burnout syndrome represents an important psychosocial phenomenon of current that occurs as a consequence of chronic stress. It proves to be a very complex and multifactorial phenomenon. Health professionals are among the most affected by Burnout, and among them, are professionals working in emergency services who are constantly working in direct contact with traumatic events. Because of this particularity of service, they may be more susceptible to compromising their physical and emotional well-being and, in addition to individual and environmental variables, develop Burnout. **Objective:** To evaluate the factorial validity of Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) in the sample, to verify the prevalence of Burnout in health professionals and its relationship with labor and individual variables and consequences for health (illness). **Methods:** Cross-sectional, analytical, quantitative approach. Were evaluated a total of 282 health professionals (nursing staff, physicians and radio operators) working in the emergency services (mobile, prehospital and hospital services) of a city in the interior of São Paulo (Brazil). The following instruments were used: the sociodemographic questionnaire on working and health conditions, the Maslach Burnout Inventory, the Childhood Trauma Questionnaire, the Stress Symptom Inventory, the Self- Perceived Stress Scale, Psychiatric Screening Questionnaire, Fantastic Lifestyle Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, and Homes-Rahe Social Readjustment Scale. Data were analyzed by means of confirmatory factorial analysis (CFA) and Pearson's Chi-square test or Fisher's Exact test to perform correlational tests. Adopted a significance level of 5%. **Results:** The results obtained show that MBI-HSS is a reliable and factorially valid instrument for measuring Burnout. All the items that compose the scale presented adequate asymmetry and kurtosis, attesting the psychometric sensitivity of these items in the sample. The factorial analysis confirmed the proposed three-factor structure for MBI-HSS. Items 9, 12, 15 and 16 presented a factorial weight below that considered not adequate and were removed from the model. The second-order hierarchical model with the mentioned modifications presented adequate adjustment to the data and can be considered the best and most parsimonious model tested according to the indices of information theory. Burnout was identified in 13.2% of the sample and 24.5% of the participants suffered from early childhood stress, 11.3% had a regular lifestyle, 35.5% presented anxiety, 27.7% presented depression, 46.5% had symptoms of stress and 37.9% % have a strong chance of becoming ill and also have common mental disorders. There was association between Burnout and the following variables: schooling, early stress, stress symptoms, stress phase, type of symptoms, perceived stress, common mental suffering, lifestyle, anxiety and depression. Correlations were evidenced between Burnout and: type of service ($p = 0.032$, OR: 0.187), schooling ($p = 0.029$, OR: 2,313), stress perception ($p = 0.037$, OR: 1.67) and reasonable chances of becoming ill ($P = 0.031$, OR: 0,279). **Conclusions:** The results confirmed both hypotheses of the study, confirming the three-dimensional model that was proposed for MBI-

HSS and demonstrating that it is a reliable and factorially valid instrument to measure Burnout and that some variables were associated and / or Correlated with the outcome variable, behaving as mediators of the Burnout development process.

Keywords: Burnout. Confirmatory Factorial Analysis. Health Professionals. Emergency Services. Stress.

RESUMEN

PEREIRA, S. S. de. **Las variables mediadoras del Burnout en profesionales de los servicios de urgencia y emergencia: aplicabilidad del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)**. 2017. 153 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Introducción: El síndrome del Burnout es un importante fenómeno psicosocial de la actualidad que se produce como resultado del estrés laboral crónico. Demuestra ser un fenómeno muy complejo y multifactorial. Los profesionales de la salud están entre los más afectados por el Burnout, y entre ellos, los profesionales que trabajan en los servicios de emergencia, pues están trabajando constantemente en contacto directo con los eventos traumáticos. Debido a las propias características del servicio, ellos pueden estar más susceptibles al deterioro de su bienestar físico y emocional, y añadido a las variables individuales y ambientales desarrollan el Burnout. **Objetivo:** Evaluar la validez factorial del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) en la muestra, para determinar la prevalencia de Burnout en profesionales de la salud y su relación con las variables de laborales y individuales, y las consecuencias para la salud (enfermedades). **Métodos:** Estudio transversal, analítico de enfoque cuantitativo. Evaluaron 282 profesionales de la salud (enfermeras, médicos y operadores de radio) que actúan en los servicios de urgencia y emergencia (servicio móvil, prehospituarios y hospitalarios) de un municipio del estado de Sao Paulo (Brasil). Se procedió a la evaluación por parte de la auto-aplicación de los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico, de condiciones de trabajo y de la salud, el Maslach Burnout Inventory, el Childhood Trauma Questionnaire, el Inventario de Síntomas de Estrés, la Escala de Percepción de Estrés, el Psychiatric Screaming Questionnaire, el Cuestionario de Estilo de Vida Fantástico, la Escala Hospitalario de Ansiedad y Depresión y la Escala de Reajuste Social de Homes-Rahe. Los datos fueron analizados mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) y la prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para hacer las pruebas de correlación. Se adoptó un nivel de significación del 5%. **Resultados:** Los resultados muestran que el MBI-HSS es un instrumento factorial fiable y válido para medir el Burnout. Todos los ítems de la escala mostraron asimetría y curtosis adecuadas, lo que demuestra la sensibilidad psicométrica de estos elementos de la muestra. El análisis factorial confirmó la estructura de tres factores propuesto para el MBI-HSS. Los ítems 9, 12, 15 y 16 tenían factor de peso por debajo del que se considera apropiado y se han eliminado del modelo. El modelo jerárquico de segundo orden con tales cambios presenta en forma adecuada a los datos y puede ser considerado el mejor y más parsimonioso modelo probado de acuerdo con los índices de la teoría de la información. Burnout se identificó en el 13,2% de la muestra y 24,5% de los participantes experimentaron el estrés en la infancia temprana, el 11,3% ha considerado un estilo de vida regular, el 35,5% tenían ansiedad, 27,7% tenían depresión, el 46,5% tienen síntomas de estrés y 37,9 % tiene fuertes posibilidades de enfermarse y también exhiben síntomas de trastornos mentales comunes. Hubo asociación entre Burnout y las siguientes variables: educación, estrés en la infancia, síntomas de estrés, la fase del estrés, tipo de síntomas de estrés, la percepción de estrés, sufrimiento mental común, el estilo de vida, ansiedad y depresión. Las

correlaciones fueron observadas entre el Burnout y: el tipo de servicio ($p = 0,032$; OR: 0,187), la educación ($p = 0,029$; OR: 2.313), el estrés percibido ($p = 0,037$; OR: 1,67) y una posibilidad razonable de enfermarse ($p = 0,031$; O: 0,279). **Consideraciones finales:** Los resultados confirmaron ambas hipótesis del estudio, lo que confirma el modelo tridimensional que se propuso para el MBI-HSS y demostrando ser un instrumento factorial fiable y válido para medir el Burnout y que ciertas variables se asociaron y/o se correlacionan con la variable dependiente, comportándose como mediadores del Burnout.

Palavras clave: Burnout. El Analisis Factorial Confirmatorio. Profesionales de la Salud. Servicios de Emergencia. Estrés.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo conceitual de Edelwich e Brodsky (1980).	29
Figura 2 – Modelos teóricos para a compreensão da síndrome de Burnout	31
Figura 3 – Esquema representativo da reciprocidade triádica	38
Figura 4 – Modelo da relação entre a autoeficácia e a síndrome de burnout	43
Figura 5 – Modelo proposto para este estudo	44
Figura 6 – Percurso de composição da amostra (n=282)	55
Figura 7 – Fluxograma de procedimento de coleta	64
Figura 8. Modelo hierárquico de segunda ordem do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) ajustado para a amostra de profissionais da saúde de serviços de urgência e emergência. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016. (EE= Exaustão emocional; RP= Realização pessoal; DP= Despersonalização)	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Taxonomia de Gil-Monte (2005) sobre os antecedentes do Burnout	28
Quadro 2 – Fontes da autoeficácia e suas definições	40
Quadro 3 – Distribuição dos profissionais segundo o tipo de serviço	54
Quadro 4 - Categorização dos escores do MBI	57
Quadro 5 - Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade	58
Quadro 6 - Pontuação e classificação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência	69
Tabela 2 – Características de formação e trabalho dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência	70
Tabela 3 – Características de saúde dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência	71
Tabela 4 – Medidas de resumo e de distribuição por itens do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)	72
Tabela 5 – Índices de qualidade de ajustamento da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e Índices baseados na teoria da informação (AIC, BIC e BCC)	73
Tabela 6 – Escores médios e categorização do Burnout de acordo com as dimensões do MBI-HSS	76
Tabela 7 – Classificação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência conforme o tipo de estresse precoce	76
Tabela 8 – Categorização dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência conforme a variável estilo de vida	77
Tabela 9 – Categorização dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência conforme as chances de adoecer	77
Tabela 10 – Testes de associação entre a variável desfecho (Burnout) e as variáveis independentes	79
Tabela 11 – Correlações obtidas através de regressão logística entre a variável desfecho (Burnout) e as variáveis independentes	80
Tabela 12 – Testes de associação entre a dimensão Exaustão Emocional e as variáveis independentes	82
Tabela 13 – Correlações obtidas através de regressão logística entre a dimensão Exaustão Emocional e as variáveis independentes	83
Tabela 14 – Testes de associação entre a dimensão Despersonalização e as variáveis independentes	84
Tabela 15 – Correlações obtidas através de regressão logística entre a dimensão Despersonalização e as variáveis independentes	85
Tabela 16 – Testes de associação entre a dimensão Realização Pessoal e as variáveis	

independentes	86
Tabela 17 – Correlações obtidas através de regressão logística entre a dimensão	
Realização Pessoal e as variáveis independentes	87

LISTA DE SIGLAS

DMS-5	Diagnostic and Statistical Manual quinta edição
ICD	International Classification of Diseases
MBI - HSS	Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
HDL	Lipoproteína de alta densidade
OIT	Organização Internacional do Trabalho
UBDS	Unidade de Básica de Saúde
SAMU	Serviço Móvel de Atendimento de Urgência
CTQ	Childhood Traume Questionnaire
ISS	Inventário de Sintomas de Estresse
PSS	Escala de Estresse Percebido
SRQ20	Psychiatric Screaming Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
FANTASTIC	Questionário de Estilo de Vida Fantástico
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
X²/gl	Qui-quadrado por graus de liberdade
CFI	Comparative fit index
GFI	Goodness off it index
RMSEA	Root mean square error of approximation
AIC	Akaike information criterion
BCC	Browne-Cudeck Criterion
BIC	Bayes information criterion
TLI	Índice de Tucker Lewis
SD	Desvio Padrão
OR	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
AMOS	Software de modelização de equações estruturais
EE	Exaustão Emocional

DP

Despersonalização

RP

Realização Pessoal

TMC

Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Apresentação	23
1.2 Referencial teórico	24
1.2.1 Síndrome de Burnout	24
1.2.1.1. Um panorama sobre a Síndrome de Burnout nas últimas décadas	24
1.2.1.2 Modelos teóricos de desenvolvimento do Burnout	29
1.2.1.3 Modelos teóricos para compreensão do Burnout	30
1.2.1.4 Fatores relacionados ao Burnout	32
1.2.1.4.1 Variáveis individuais	32
1.2.1.4.2 Variáveis laborais	34
1.2.1.4.3 Consequências	37
1.2.2 Teoria Sociocognitiva do Eu	38
1.2.2.1 Relação entre síndrome de Burnout e autoeficácia	41
1.3 Justificativa	45
1.4 Hipóteses	47
2 OBJETIVOS	49
2.1 Objetivo geral	49
2.2 Objetivos específicos	49
3 MÉTODOS	52
3.1 Delineamento da pesquisa	52
3.2 Local de estudo	52
3.2.1 Serviços pré-hospitalares fixos de urgência e emergência	52
3.2.2 Serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência	53
3.2.3 Serviço hospitalar de urgência e emergência	53
3.3 População	53
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	54
3.5 Procedimento amostral	54
3.6 Proteção de participação do estudo	56
3.7 Coleta de dados	56

3.7.1	Questionário sóciodemográfico, de condições de trabalho e saúde	56
3.7.2	Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI_HSS)	57
3.7.3	Childhood Trauma Questionnaire – CTQ	58
3.7.4	Inventário de Sintomas de Stress – ISS	59
3.7.5	Escala de Estresse Percebido – PSS	60
3.7.6	Psychiatric Screeming Questionnaire – SRQ20	60
3.7.7	Questionário de Estilo de Vida Fantástico – FANTASTIC	61
3.7.8	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD	62
3.7.9	Escala de Reajustamento Social de Homes-Rahe	63
3.8	Procedimentos para coleta de dados	64
3.9	Análise dos dados	65
3.9.1	Análise fatorial confirmatória	66
3.9.2	Testes de associação e correlação entre Burnout e variáveis mediadoras	66
4	RESULTADOS	69
4.1	Caracterização da população do estudo	69
4.2	Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory	71
4.3	Prevalência de Burnout	76
4.4	Variáveis independentes (mediadoras)	76
4.5	Associações entre Burnout e variáveis mediadoras	78
4.6	Correlações entre Burnout e variáveis mediadoras	80
4.7	Associações entre Exaustão Emocional e variáveis mediadoras	81
4.8	Correlações entre Exaustão Emocional e variáveis mediadoras	83
4.9	Associações entre Despersonalização e variáveis mediadoras	84
4.10	Correlações entre Despersonalização e variáveis mediadoras	85
4.11	Associações entre Realização Pessoal e variáveis mediadoras	85
4.12	Correlações entre Realização Pessoal e variáveis mediadoras	86
5	DISCUSSÕES	89
5.1	Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory	89
5.2	Prevalência de Burnout	93
5.3	Burnout e variáveis mediadoras	95
5.4	As dimensões de Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização	

Pessoal) e variáveis mediadoras	99
5.4.1 Exaustão Emocional e variáveis mediadoras	99
5.4.2 Despersonalização e variáveis mediadoras	101
5.4.3 Realização Pessoal e variáveis mediadoras	102
6 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES	105
6.1 Contribuições do estudo	105
6.2 Limitações do estudo	105
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	111
 ANEXOS	
A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP	131
B – Autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto	132
C – Autorização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP	133
D – Autorização da Unidade de Pronto Atendimento	134
E – Maslach Burnout Inventory – MBI	135
F – Childhood Trauma Questionnaire – CTQ	136
G – Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISS	137
H – Escala de Estresse Percebido – PSS	138
I – Self Report Questionnaire – SRQ20	139
J – Questionário Estilo de Vida Fantástico – FANTASTIC	140
K – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD	141
L – Escala de Reajustamento Social	142
 APÊNDICES	
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	144
B – Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde	146
C – Atividades desenvolvidas durante o Doutorado (janeiro de 2014 à março de 2017)	147

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Esta tese de doutorado aborda como tema central o Burnout em profissionais de saúde. O Burnout é compreendido como uma síndrome composta por três dimensões, Exaustão Emocional, Despersonalização e baixa Realização Pessoal, que pode acometer os indivíduos que trabalham de alguma forma, em contato direto com pessoas (MASLACH & JACKSON, 1985).

Neste estudo, foi utilizado como referencial teórico o modelo para compreensão do Burnout proposto por Cherniss (1993) e a Teoria Sociocognitiva do Eu (Bandura, 1980). Segundo o modelo proposto por Cherniss (1993), o processo do Burnout ocorre de uma interação entre ambiente e indivíduo. E Bandura (1980), considera que percepção e cognição podem ser modificadas pela observação e crença de autoeficácia, o que pode influenciar sobremaneira a vida de uma pessoa.

Deste modo, considerando a relevância do cuidado na linha de urgência e emergência e da saúde dos trabalhadores desta área, este estudo investigou a relação entre o Burnout e as variáveis mediadoras entre os profissionais dos serviços de urgência e emergência: auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e radioperadores.

Considera-se este estudo uma proposta condizente com a atualidade, ainda mais se observado que: há poucos estudos que avaliem os fatores mediadores do Burnout numa amostra multiprofissional; não há na literatura científica estudo que englobe uma variedade de variáveis independentes tendo o Burnout como desfecho e não há também estudos que englobem tais variáveis seguindo o mesmo modelo de desenvolvimento para a síndrome.

Este estudo possui o objetivo principal de avaliar a prevalência do Burnout em profissionais de saúde e verificar quais são as variáveis mediadoras (individuais e laborais) que se comportam como protetoras ou potenciadoras no desenvolvimento da síndrome e também com as consequências provocadas pelo Burnout ao trabalhador.

Espera-se que os resultados possam trazer contribuições significativas no sentido de evidenciar fatores relacionados ao Burnout e as necessidades desta clientela, possibilitar a ampliação do cuidado à saúde destes trabalhadores e contribuir para o planejamento e

execução de intervenções de promoção à saúde dos profissionais, a fim de prevenir possíveis agravos.

1.2 Referencial Teórico

Com o intento de apresentar o contexto atual sobre essa temática, o referencial teórico contextualiza o fenômeno Burnout (trajetória nos últimos anos, modelos teóricos de desenvolvimento e compreensão e fatores relacionados de acordo com a literatura), bem como os embasamentos que sustentam a Teoria Cognitiva do Eu (conceito e a relação entre autoeficácia e Burnout).

1.2.1 Síndrome de Burnout

1.2.1.1 Um panorama sobre a síndrome de Burnout nas últimas décadas

Nos últimos anos o processo de trabalho em saúde tem sido permeado por transformações e situações que se tornaram precursoras de estresse, que interferem na qualidade de vida do profissional, e resultam na qualidade do serviço prestado (BOECHAT & FERREIRA, 2014; ANDOLHE et al, 2015). Essa relação indivíduo-trabalho tem sido reconhecida como um fenômeno da vida moderna (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).

Quando o profissional não encontra recursos emocionais para lidar com os estressores laborais presentes em seu cotidiano de trabalho, pode surgir o Burnout, que é uma resposta ao estresse laboral crônico (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; VICENTE, OLIVEIRA & MAROCO, 2013). Dados epidemiológico acerca do Burnout refletem a gravidade do problema e seus aspectos negativos tanto na vida profissional como na vida pessoal do indivíduo. Tal motivo explica a quantidade de estudos que foram realizados nas últimas quatro décadas (EPP, 2012; VARGAS et al., 2014).

O uso do termo Burnout para descrever esse fenômeno iniciou na década de 70 nos Estados Unidos, e os primeiros estudos objetivaram contribuir para a descrição do fenômeno e mostrar que ele não era uma resposta incomum. Foram escritos inicialmente por Freudenberger (1975) e por Maslach (1976) (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; PARIS & HOGE, 2010).

Nesta década surgiram diversas definições para a síndrome e também alguns de seus sintomas. Maslach e Pines (1977) definiram Burnout como uma síndrome de esgotamento físico e emocional que leva ao desenvolvimento de atitudes negativas, uma visão negativa frente a si mesmo e perda de interesse pelos clientes de seus serviços (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Edelwich e Brodsky (1980) o conceituaram como uma perda de idealismo, de energia, de desejo por realizar seus objetivos e que surge em profissionais de ajuda sendo o resultado das condições de trabalho do indivíduo.

Já para Pines e Kafry (1982), é um esgotamento tanto mental como também físico e emocional, que é causado pelo estresse crônico que deriva do trabalho prolongado dirigido à pessoas (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Na visão psicossocial, o Burnout surge no contexto laboral como resposta às fontes de estresse crônico que está vinculado às relações interpessoais no trabalho. É considerado um mecanismo de enfrentamento e também de autopreservação frente ao estresse que é gerado dessa relação profissional-cliente e profissional-organização (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; MASLACH; SCHAUFELI; LEITTER, 2001; HOBFOLL; SHIROM, 2001; BIANCHI; SCHOENFELD; LAURENT, 2015).

Os estudos até então centravam-se na definição da síndrome por meio da observação dos sintomas. Na década de 80, o foco principal foi a criação de instrumentos com a finalidade de avaliar o Burnout de maneira mais objetiva. Os três instrumentos criados durante essa década nos Estados Unidos que possuem boas qualidades psicométricas são: *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (JONES, 1980), *Tedium Measure* (PINES, ARONSON & KAFRY, 1981) e *Maslach Burnout Inventory* (MASLACH & JACKSON, 1981) (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007). De acordo com a revisão realizada apenas o MBI possui validação para o português.

O *Staff Burnout Scale for Health Professionals* possui 30 itens numa escala likert de seis pontos, divididos em quatro dimensões sendo: insatisfação ou tensão laboral, tensão psicológica e interpessoal, doença e tensão (problemas de saúde) e falta de relações profissionais com os pacientes (deteriorização das relações). Esse instrumento possui o

constructo do Burnout como uma síndrome de esgotamento físico e emocional, que leva ao desenvolvimento de atitudes negativas somadas a baixo conceito profissional, rancor, dureza e perda de interesse por pessoas com as quais trabalha (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

O *Tedium Measure* possui 21 itens numa escala likert de sete pontos, divididos em três dimensões sendo: esgotamento emocional, esgotamento físico e esgotamento mental. Neste instrumento os elementos atitudinais que regularmente são ressaltados foram excluídos e a síndrome foi reduzida a um simples esgotamento (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; TAMAYO & TRÓCOLI, 2009).

Por fim, o *Maslach Burnout Inventory*, composto por 22 itens numa escala likert de cinco pontos, divididos em três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. É o instrumento mais utilizado por diversos pesquisadores em diversos países (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007). Foi criada por Maslach e Jackson (1981) e atualmente encontra-se em sua terceira edição. A escala foi traduzida e validada para a Língua Portuguesa por Lautert (1995) entre enfermeiros hospitalares.

Neste instrumento, a dimensão Exaustão Emocional é definida como a experiência sentida pelos profissionais de que não possuem mais recursos emocionais para lidar com a situação laboral. Esta perda de energia e também de recursos emocionais, ocorre devido o contato diário com pessoas as quais deve atender todos os dias (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; (MASLACH; JACKSON, 1981; HEEB; HABEREY-KNUESSI, 2014; VARGAS et al., 2014; ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015).

A dimensão Despersonalização é definida como o desenvolvimento de atitudes frias, sentimento negativos (cinismo) frente aos receptores do serviço. Essas pessoas passam a ser vistas pelos profissionais de forma desumanizada devido ao endurecimento afetivo, e esse sentimento faz com que o profissional considere que o cliente é merecedor da situação de adoecimento a qual está passando (Gil-Monte e Moreno-Jimenez, 2007; (MASLACH; JACKSON, 1981; HEEB; HABEREY-KNUESSI, 2014; VARGAS et al., 2014; ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015).

E a dimensão Realização Pessoal envolve uma avaliação negativa das realizações pessoais no trabalho com pessoas. Os profissionais se sentem descontentes consigo mesmo e insatisfeitos profissionalmente (GIL-MONTE e MORENO-JIMENEZ, 2007; MASLACH; JACKSON, 1985; HEEB; HABEREY-KNUESSI, 2014; VARGAS et al., 2014; ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015).

Durante a década de 90 o conceito de Burnout foi revisado por alguns pesquisadores, estendido para outras ocupações e a metodologia foi reforçada por métodos mais sofisticados e melhores ferramentas estatísticas (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; PARIS & HOGE, 2010). Por exemplo, iniciaram a aplicação de modelos de equações estruturais que permitiram analisar as relações multicausais entre as dimensões do Burnout, seus antecedentes e suas consequências (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Em 1993, Leiter reformulou o modelo do Burnout e passou a considerar que as atitudes de Despersonalização não mediam a relação entre Exaustão Emocional e baixa Realização Pessoal. Desta forma, tal pesquisador passou a defender que a baixa Realização Pessoal é um produto direto dos estressores laborais, especialmente da falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional que surge de forma paralela à Exaustão Emocional (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Lee e Ashforth (1993) desenvolveram a alternativa de que a Despersonalização e a baixa Realização Pessoal surgem como produto direto da Exaustão Emocional (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Nesta mesma década, Gil-Monte e colaboradores desenvolveram uma alternativa teórica para o Burnout, concluíram que a síndrome surge com a baixa Realização Pessoal no trabalho (dimensão cognitiva) e paralelo a isso surgem altos níveis de Exaustão Emocional (dimensão emocional). As atitudes de Despersonalização seriam uma forma de estratégia de enfrentamento frente aos sentimentos de baixa Realização Pessoal e alta Exaustão Emocional (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

No século XXI o Burnout toma uma proporção ainda maior na Europa e América Latina. Na Espanha passa a ser considerado um acidente de trabalho, pois entende-se que sua etiologia está vinculada às questões laborais e assim, ganha o amparo da Lei de Prevenção de Riscos Laborais de 1995 (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007). Permanecem as investigações que objetivam averiguar as variáveis que contribuem para seu desenvolvimento e a elaboração de modelos teóricos que guiem sua intervenção.

No quadro abaixo é possível verificar algumas variáveis que são conhecidas dentro do contexto laboral por compartilhar características que estão presentes nos casos de desenvolvimento da síndrome.

Antecedentes relacionados ao entorno social da organização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mudanças nas condições sociodemográficas; 2. Mudanças nas normas e legislações; 3. Mudanças na cultura populacional; 4. Mudanças nas condições tecnológicas; 5. Mudanças na conceituação do trabalho: trabalho emocional.
Antecedentes do sistema físico-tecnológico da organização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variáveis estruturais; 2. Configuração estrutural da organização; 3. Política organizacional e ausência de apoio institucional; 4. Normas burocráticas; 5. Subcontratação de serviços e atividades; 6. Características do trabalho.
Antecedentes do sistema social-interpessoal da organização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunções nos papéis do trabalho (conflito de papel e ambiguidade de papel); 2. Ausência de apoio social no trabalho; 3. Conflitos interpessoais; 4. Ausência de reciprocidade nos intercâmbios sociais; 5. Contágio pelo modelo de Burnout.
Antecedentes do sistema pessoal dos membros da organização	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baixa autoeficácia; 2. Motivação para ajuda; 3. Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, contrato, etc.). 4. Outras variáveis de personalidade (estratégias de enfrentamento, personalidade resistente, etc.).

Quadro 1 - Taxonomia de Gil-Monte (2005) sobre os antecedentes do Burnout

Neste último século houve diversos estudos sobre a avaliação psicométrica do instrumento MBI e com isso, demasiada discussão acerca de suas qualidades. Outra linha de investigação tem sido a incorporação de indicadores fisiológicos e metabólicos no intuito de analisar as alterações psicossomáticas, fisiológicas e metabólicas (níveis de cortisol) vinculadas ao Burnout (MARKOVITZ et. al., 1993; BAUER et. al, 2000; BAUER, 2002; GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; MARCHAND et al., 2014; OOSTERHOLT et al., 2015).

Por último, ressaltam-se as recomendações para intervenções como estratégia de prevenção para a aparição do Burnout no ambiente laboral. Os estudos que trazem intervenções frequentemente estão centrados no indivíduo e dificilmente estão focados na organização. A literatura recomenda que as estratégias sejam voltadas para o desenho e organização do trabalho, reestruturação dos horários de trabalho, treinamento para manejo de conflitos, treinamento para habilidades sociais, melhora na comunicação organizacional e

tomada de decisões, recolocação de profissionais, etc. (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007; MORENO et. al., 2011; RIBEIRO, BARBOSA & SOARES, 2015).

Diante do exposto, denota-se a relevância deste estudo sobre Burnout em profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência, devido a escassez nos estudos brasileiros sobre a prevalência e relação do Burnout e variáveis individuais e ambientais.

1.2.1.2 Modelos de desenvolvimento do Burnout

Para melhor entender o processo de desenvolvimento da Síndrome de Burnout é necessário conhecer os modelos que expliquem esse processo.

O modelo de Edelwich e Brodsky (1980) foi um dos primeiros publicados para explicar o desenvolvimento do Burnout como um processo de desilusão ou desencanto do trabalho que consta de quatro fases: entusiasmo, estancamento, frustração e apatia (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

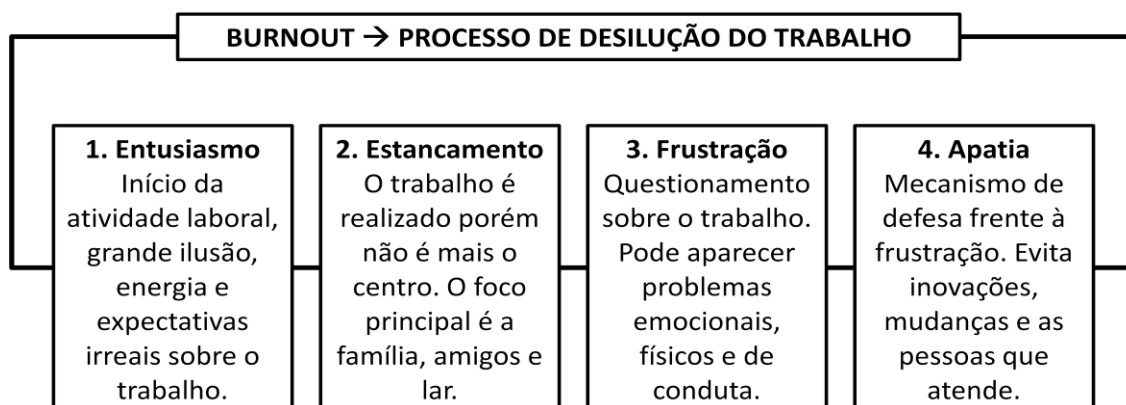


Figura 1 - Modelo conceitual de Edelwich e Brodsky (1980).

Em 1984 Price e Murphy incluíram em seu modelo o sentimento de culpa como uma variável chave para entender o processo de deterioramento psicológico que acomete os profissionais com Burnout, que caminham por seis fases sintomáticas. A primeira fase é de desorientação (sentimentos de falha profissional), a segunda fase é de instabilidade emocional, a terceira fase inclui sentimentos de culpa devido ao fracasso profissional, a quarta fase é de solidão e tristeza, a quinta fase é de solicitação de ajuda e a sexta fase de restabelecimento do equilíbrio (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

O modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), levando em consideração as três dimensões composta pelo MBI, o sintoma inicial do Burnout é a Despersonalização, um mecanismo disfuncional de enfrentamento do estresse. Posteriormente ocorre a baixa Realização Pessoal e mais tarde a Exaustão Emocional (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Este estudo foi embasado no modelo de Leiter e Maslach (1988), no qual o indivíduo começa desenvolvendo sentimentos de Exaustão Emocional frente aos estressores laborais, seguidos por Despersonalização e, por último, sentimentos de baixa Realização Pessoal. Neste modelo a Despersonalização aparece como mediadora entre os sentimentos de Exaustão Emocional e baixa Realização Pessoal (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

1.2.1.3 Modelos teóricos para compreensão do Burnout

Os modelos teóricos são descritos para tentar explicar como surge a Síndrome de Burnout, suas consequências sobre o indivíduo e também sobre a organização. Nestes modelos são agrupadas variáveis consideradas antecedentes moduladoras e consequentes do Burnout e, além disso, versam sobre os possíveis processos pelos quais o indivíduo passa para desenvolver a síndrome (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Encontramos entre as variáveis pessoais: sexo, idade, tempo de trabalho, tipo de personalidade A, locus de controle, autoeficácia, personalidade resistente, etc. Já entre as variáveis laborais: turno de trabalho, sobrecarga, característica do trabalho, disfunção de papéis, relações interpessoais ineficientes, características da organização, etc. (BOECHAT & FERREIRA, 2014).

Os modelos que levam em consideração as características psicossociais são classificados em três grupos:

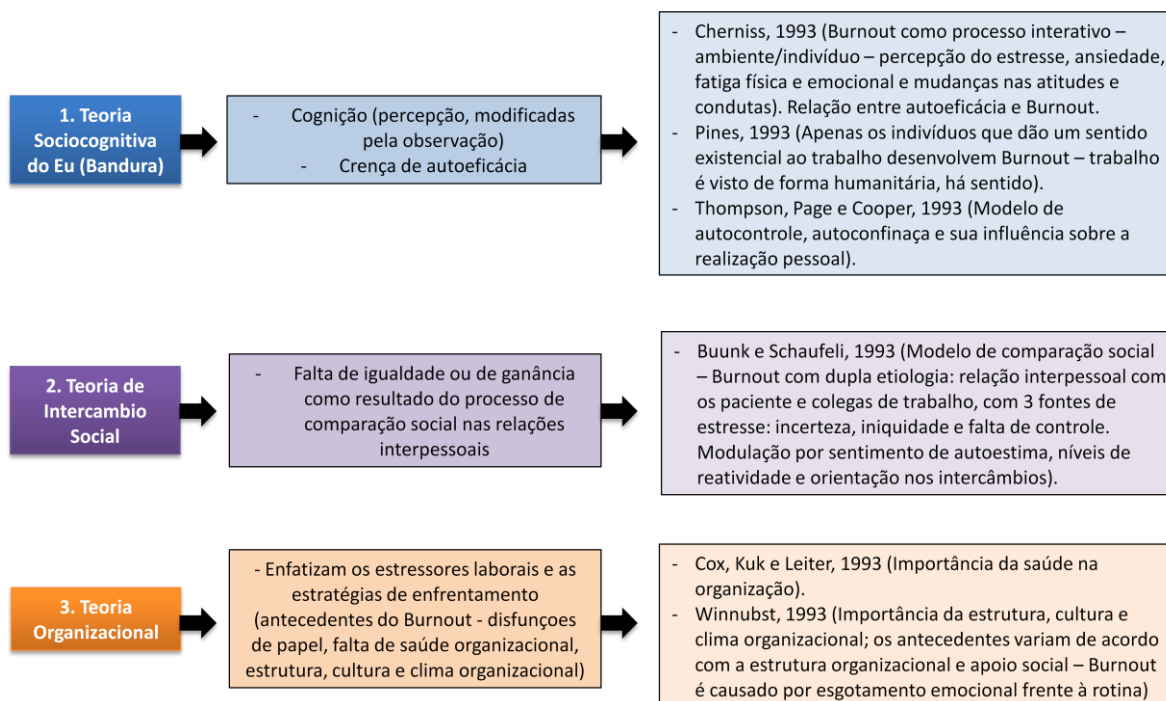


Figura 2 – Modelos teóricos para a compreensão da Síndrome de Burnout (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

No grupo 1 estão incluídos os modelos que foram desenvolvidos levando em consideração a Teoria Sociocognitiva do Eu. Neste sentido, para explicar a etiologia do Burnout, esses modelos recorrem às ideias de Bandura em que a cognição do indivíduo tem ligação com o que ele percebe e faz, e, ações e observações alteram estas cognições. A outra ideia é que a crença de autoeficácia influenciará em seu desempenho rumo aos seus objetivos e determinará certas reações emocionais (depressão ou estresse) (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007). Dentro deste grupo encontram-se os modelos de Cherniss (1993), Pines (1993) e Thompson, Page e Cooper (1993).

No segundo grupo encontra-se o modelo de Buunk e Schaufeli (1993), embasado pela Teoria do Intercâmbio Social. O modelo proposto considera que o Burnout tem sua etiologia focada nas percepções de falta de igualdade ou falta de ganância. Neste sentido, a percepção de falta de igualdade surgirá devido um processo de comparação social nas relações interpessoais do indivíduo (GIL-MONTE & MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Desta forma, o desenvolvimento do Burnout ocorrerá quando o profissional percebe que doa mais que recebe (ajuda, apreço, gratidão, reconhecimento, etc.) em suas relações interpessoais (cliente, colegas, superiores e organização).

E o terceiro grupo engloba os modelos que embasam-se na Teoria Organizacional. Neste grupo destacam-se o modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993) e o de Winnubst (1993). Tais modelos enfatizam a relevância dos estressores do contexto organizacional e as estratégias de enfrentamento. Consideram também como antecedentes do Burnout as disfunções de papel, a falta de saúde organizacional, estrutura, cultura e clima organizacional.

De acordo com o exposto, optou-se por criar para este estudo, um modelo que possa explicar o desenvolvimento do Burnout em profissionais de saúde dos serviços de emergência, embasado no modelo proposto por Cheniss (1993) e fundamentado pela Teoria Sociocognitiva do Eu.

1.2.1.4 Fatores relacionados ao Burnout

Devido a complexidade da Síndrome de Burnout, muitos estudos tem sido realizados com o intuito de contribuir para a compreensão deste fenômeno. Algumas variáveis já foram detectadas por sua relação com o Burnout. Por si só não são as responsáveis desencadeantes da síndrome, porém, são consideradas mediadoras do processo, por atuarem como potenciadoras ou protetoras para o desenvolvimento do Burnout.

Neste estudo, essas variáveis foram classificadas em dois grupos distintos sendo, variáveis individuais e laborais. Menciona-se também as variáveis consideradas consequências do processo de desencadeamento do Burnout.

1.2.1.4.1 Variáveis individuais

As variáveis individuais que encontram-se na literatura científica e se relacionam com o Burnout são:

- **Idade:** observa-se que a maior prevalência de Burnout é encontrada entre os profissionais mais jovens (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001). Alguns autores atribuem a essa associação uma menor experiência profissional ou o choque de realidade entre a idealização do trabalho e o trabalho

propriamente dito (GUEDES & GASPAR, 2016; SANTOS, NASCIMENTO SOBRINHO & BARBOSA, 2017).

- **Sexo:** estudos referem que os maiores níveis de Exaustão Emocional tem sido encontrados entre as mulheres, e os maiores níveis de Despersonalização entre os homens. Tal achado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres possuem maior facilidade para exteriorizar seus sentimentos e emoções. A alta Exaustão Emocional entre as mulheres pode ser considerada devido a dupla jornada de trabalho (profissão e lar). Autores ainda tentam explicar essa relação devido as características predominantes em cada profissão (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; SANTOS, NASCIMENTO SOBRINHO & BARBOSA, 2017).
- **Nível educacional:** estudos ressaltam a relação entre Burnout e profissionais que possuem maiores níveis educacionais (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001). Já maiores níveis de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal, individualmente, encontram-se entre os profissionais com menores níveis educacionais (GUEDES & GASPAR, 2016). Maiores expectativas profissionais ou maiores responsabilidades podem explicar o alto nível de Exaustão Emocional e Despersonalização. Já a baixa Realização Pessoal pode ser explicada pela falta de reconhecimento profissional.
- **Estado civil:** encontra-se na literatura científica maior prevalência de Burnout entre os profissionais que são solteiros, viúvos ou divorciados (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001). Desta forma, estar em um relacionamento afetivo estável demonstra ser uma variável de proteção ao desenvolvimento da síndrome (SANTOS, NASCIMENTO SOBRINHO & BARBOSA, 2017).
- **Filhos:** a variável filhos tem sido relacionada ao Burnout em vários estudos (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; SANTOS, NASCIMENTO SOBRINHO & BARBOSA, 2017). Essa associação pode ser explicada pelo fato de que a maternidade/paternidade pode equilibrar o profissional e assim, possibilitar melhores estratégias de enfrentamento.

- **Personalidade:** estudos evidenciam a relação entre tipo de personalidade e Burnout. Referem ainda que o tipo de personalidade pode influenciar nos sinais e sintomas em diferentes graus de intensidade (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; ADRIAENSSENS, GUCHT & MAES, 2015).
- **Sentido de coerência:** autores referem o sentido de coerência como o posicionamento diante da vida. Neste sentido, estudos evidenciam que alto índice de sentido de coerência está relacionado à altos níveis de bem estar psicológico e a baixos índices de Burnout SANTOS, NASCIMENTO SOBRINHO & BARBOSA, 2017.
- **Motivação:** observa-se que altos níveis de motivação estão relacionados à altos níveis de Burnout (CARLOTTO, 2001).
- **Idealismo:** a literatura menciona que, quanto maior o idealismo referente à profissão, maior a possibilidade de desencadeamento da síndrome (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).

1.2.1.4.2 Variáveis laborais

As variáveis laborais que encontram-se na literatura científica e se relacionam com o Burnout são:

- **Tipo de ocupação:** diversos autores concordam que as profissões de ajuda, de assistência, ou de maior responsabilidade pelo desenvolvimento do outro, são as profissões de maior prevalência do Burnout. Destacam-se médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, bombeiros, policiais, entre outros ADRIAENSSENS, GUCHT & MAES, 2015.
- **Tempo de profissão:** há estudos que evidenciam que o Burnout é um processo que se incrementa com o tempo. Outros sugerem que a maior prevalência de

Burnout está entre os profissionais com menor tempo de profissão, porque devido a pouca experiência, o profissional não desenvolveu ainda estratégias para a resolução das situações estressantes ADRIAENSSENS, GUCHT & MAES, 2015.

- **Tempo na instituição:** para Fredenberger (1974) o Burnout pode iniciar a manifestar-se a partir do primeiro ano na instituição (FELICIANO, KOVACX & SARINHO, 2005).
- **Turno de trabalho:** trabalhar por turno pode acarretar diversos transtornos, tanto físicos quanto psicológicos. Há agravantes quando essa mudança ocorre em períodos mais curtos entre os turnos diurno e noturno ADRIAENSSENS, GUCHT & MAES, 2015.
- **Sobrecarga:** a sobrecarga é uma variável bastante apontada pelos estudos por se relacionar ao Burnout (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; FELICIANO, KOVACX & SARINHO, 2005; GUEDES & GASPAR, 2016).
- **Relações profissional-cliente:** alguns estudos evidenciam que quanto mais próxima é a relação entre o profissional e o cliente, maiores são as chances de desenvolver Burnout. Não há consenso quanto a essa relação (FELICIANO, KOVACX & SARINHO, 2005; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).
- **Tipo de cliente:** observa-se que algumas características relativas ao cliente e ao tipo de cuidado executado podem potencializar o desenvolvimento do Burnout. Estudos referem que há maior prevalência de Burnout entre os profissionais de saúde que lidam com o sofrimento e morte de pacientes que são crianças (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).
- **Relacionamento entre os colegas de trabalho:** o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho é bastante evidenciado como um fator estressor e alguns autores ressaltam que o tipo de relacionamento mantido no contexto laboral pode interferir no desencadeamento da síndrome (MASLACH,

SCHAUFELI & LEITER, 2001; FELICIANO, KOVACX & SARINHO, 2005).

- **Conflito de papel:** ocorre quando há um embate entre as informações referentes a determinada função e as expectativas do profissional sobre seu desempenho. Observa-se que quanto maior o conflito de papéis, maiores são as chances de desenvolvimento do Burnout (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).
- **Ambiguidade de papel:** há evidência de que o Burnout é mais prevalente onde há maiores conflitos e ambiguidade de papéis. Tal ambiguidade pode ser gerada pela falta de clareza da organização para as normas, direitos, métodos e objetivos (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).
- **Suporte organizacional:** observa-se que quanto menor o suporte organizacional, maiores são as probabilidades de Burnout. Autores sustentam a ideia de que o sentimento de união no ambiente laboral, o clima de respeito e consideração, podem funcionar como um fator de proteção (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; FELICIANO, KOVACX & SARINHO, 2005; ADRIAENSSENS, GUCHT & MAES, 2015).
- **Satisfação no trabalho:** Carlotto (2001) relata que há uma correlação inversa entre Burnout e satisfação nas atividades laborais desenvolvidas.
- **Controle:** o bem-estar do indivíduo pode ser influenciado pelo quanto ele pode controlar suas atividades e acontecimentos em seu trabalho. Evidencia-se que quanto maior o controle, maior a satisfação, e assim, menores as chances de Burnout (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; ADRIAENSSENS, GUCHT & MAES, 2015).
- **Responsabilidade:** Vega e Undániz (1997) referem que entre os médicos a variável responsabilidade está associada ao Burnout por representar o poder

para manter uma vida e as possíveis consequências civis e penais de um erro médico.

- **Pressão no trabalho:** na literatura é possível evidenciar que as pressões no trabalho podem repercutir negativamente e desencadear a Exaustão Emocional (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).
- **Percepção de inequidade:** a desigualdade na carga de trabalho, diferenças salariais para o mesmo cargo, direitos e deveres distintos, são fatores relevantes para o desenvolvimento do Burnout, principalmente para a exaustão emocional (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001).

1.2.1.4.3 Consequências

Alguns sintomas são evidenciados pela literatura científica como resposta ao processo de desenvolvimento do Burnout. Esses sintomas podem ser classificados em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (MASLACH & LEITER, 1997; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

- **Sintomas físicos:** compreendem esse grupo os sintomas de fadiga contante e progressiva, dores musculares, distúrbios do sono, cefaleias ou enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.
- **Sintomas psíquicos:** esse grupo é composto pelos sintomas de falta de atenção e concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, dificuldade de autoaceitação, baixa autoestima, desânimo, depressão e desconfiança.

- **Sintomas comportamentais:** é compreendido pelos sintomas de negligência, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade de relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda da iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de autorisco e suicídio.
- **Sintomas defensivos:** neste grupo observa-se tendência de isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou lazer, absenteísmo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo.

Neste estudo, as variáveis que foram utilizadas para investigar a presença de adoecimento como consequência do desenvolvimento da Síndrome de Burnout foram: transtornos mentais comuns, ansiedade e depressão.

1.2.2 Teoria Sociocognitiva do Eu

A teoria social cognitiva (1980) foi elaborada por Bandura com o intuito de esclarecer o comportamento humano (CAVALCANTI, 2009). A perspectiva sociocognitiva representa uma interação bidirecional entre indivíduo (fatores pessoais), variáveis do meio e comportamento. Sendo assim, o comportamento humano é o produto dessa constante interação entre o indivíduo e o meio, assim denominado de reciprocidade triádica (AZZI & POLYDORO, 2006; ALMEIDA et. al., 2013).

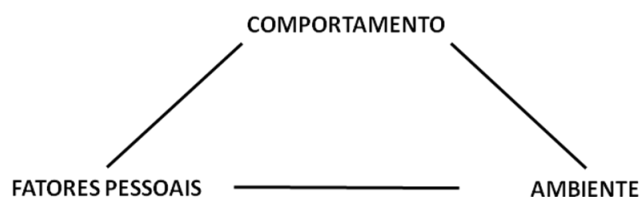


Figura 3 – Esquema representativo da reciprocidade triádica (AZZI & POLYDORO, 2006).

A teoria social cognitiva proposta por Bandura em 2008 descreve claramente o papel ativo que é atribuído ao indivíduo no processo de aprendizagem e a interlocução que eles

fazem com o ambiente, principal mediador do processo (BANDURA, 2005; CAVALCANTI, 2009; ALMEIDA et. al., 2013).

Bandura ainda enfatiza que o comportamento é parte de um determinismo recíproco envolvendo os aspectos cognitivos e o ambiente externo, e demonstra ainda que os fatores externos influem neste processo, afirmando que os indivíduos reagem a determinadas situações processando-as e transformando-as ativamente (POLYDORO & AZZI, 2009; CAVALCANTI, 2009).

Segundo Bandura (1978), esses três fatores exercem uma influência distinta variando de acordo com cada indivíduo e sob diferentes circunstâncias, de forma dinâmica, relativa e variável, que é influenciada pelas características individuais e circunstanciais (CAVALCANTI, 2009; ALMEIDA et. al., 2013).

De acordo com essa perspectiva, o sujeito possui capacidades básicas (simbolização, antecipação, autorregulação, aprendizagem vicária e autorreflexão) que o auxilia a direcionar sua vida e fazer escolhas como agir intencionalmente, elaborar planos de ação, antecipar possíveis resultados, avaliar e planejar suas ações (ALMEIDA et. al., 2013).

O constructo principal da teoria social cognitiva é composta pelas crenças de autoeficácia, que fazem parte do sistema de autocrenças do indivíduo. O senso de autoeficácia se desenvolve na infância e se dá ao longo da vida de forma intuitiva. As primeiras experiências sobre autoeficácia estão centradas na família. O autoconhecimento de suas capacidades aumentará por meio das relações com os colegas, porque uma vasta quantidade de aprendizagem social ocorre entre amigos (CAVALCANTI, 2009; POLYDORO & AZZI, 2009; ALMEIDA et. al., 2013).

Crenças de autoeficácia são definidas por Bandura (1997) como julgamentos individuais sobre a própria capacidade para organizar e executar ações requeridas para determinados tipos de desempenho (CAVALCANTI, 2009; LIMA, 2009).

De acordo com a fonte a autoeficácia pode ser definida conforme quadro abaixo:

Fontes	Definições
1. Experiência direta	- Avaliação que o indivíduo faz de alguma situação vivenciada por si; - O indivíduo é o sujeito do processo.
2. Experiência vicária	- Interpretação feita a partir da observação do comportamento de outra pessoa; - Há comportamento imitativo.
3. Persuasões sociais	- Análises feitas a partir da verbalização de outras pessoas em relação ao seu comportamento; - Comportamento influenciado por agente externo.
4. Estados somáticos e emocionais	- Avaliação feita acerca dos sentimentos, emoções vivenciados no desempenho de uma tarefa; - Comportamento resultante da interpretação psíquica e fisiológica.

Quadro 2 – Fontes da autoeficácia e suas definições (LIMA, 2009).

Conforme Bandura, a fonte de experiências primárias é a que mais influencia o comportamento porque é uma evidência verdadeira de sua capacidade, ou seja, é construída a partir dos erros e acertos vivenciados pelo sujeito ou da sua própria interpretação frente às ações (LIMA, 2009).

Bzuneck (2001) ressalta que autoeficácia se deve ao indivíduo acreditar que possua as capacidades e a expectativa de “conseguir fazer” determinada ação. Acrescenta ainda, que há um componente de finalidade, onde o indivíduo com crença de autoeficácia considera suas potencialidades, o objetivo a cumprir às exigências de determinada proposta, e as ações o conduzem para esse objetivo.

Na literatura, a crença de autoeficácia é considerada um preditor do comportamento, demonstra ser um indicador consistente de resultados comportamentais (MEDEIROS et. al., 2003; CAVALCANTI, 2009; DOBARRO & BRITO, 2010; FERREIRA, 2014). Ou seja, é capaz de mediar o efeito de experiências prévias (capacidade mental ou outros constructos motivacionais), agindo como um filtro entre determinantes e realizações subsequentes (BZUNECK, 1996; CAVALCANTI, 2009).

Bandura menciona que as crenças das pessoas em suas próprias capacidades afetam a quantidade de estresse e depressão que elas suportam em situações de ameaça, bem como influenciam o seu nível de motivação (BANDURA, 2005; FERREIRA, 2014). Sendo assim, a autoeficácia possui uma função reguladora que atua como mediadora da cognição, emoção e motivação (BANDURA, 2005).

A autoeficácia está presente nas demandas diárias, desempenhando influência nas escolhas, no esforço gasto nas atividades, no grau de persistência frente aos obstáculos, nas

experiências de fracasso, na resiliência diante das adversidades e no nível de estresse (CAVALCANTI, 2009; DOBARRO & BRITO, 2010).

De forma geral, as crenças de autoeficácia se amoldam às novas condições pessoais e contextuais presentes no dia-a-dia, e são desencadeadas durante o ciclo de vida (CAVALCANTI, 2009).

1.2.2.1 Relação entre Síndrome de Burnout e autoeficácia

Há alguns fatores que podem interferir sobre o indivíduo, como mediadores, e atuar como protetores ou potencializadores no processo de adoecimento pelo Burnout. Desta forma, pode-se compreender porque alguns profissionais adoecem, enquanto outros conseguem lidar mais facilmente com os problemas diários.

Neste ponto, é importante considerar as crenças de autoeficácia pessoal, as experiências vivenciadas pelo indivíduo e que podem interferir em suas atitudes perante os estressores laborais. As crenças de autoeficácia desempenham um papel fundamental na forma de organizar, criar e lidar com as circunstâncias da vida e afeta diretamente nas decisões individuais (BANDURA, 2005; BANDURA, 2008; FERREIRA, 2014).

A maneira como a autoeficácia pode influenciar o indivíduo nos diversos aspectos de vida podem ser tanto positiva, quanto negativa (FERREIRA & AZZI, 2010; BARROS & BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Segundo esses autores, os indivíduos com sentimento elevado de autoeficácia concentram-se mais em suas oportunidades. Já aqueles com baixa autoeficácia focam-se nos problemas criando em torno de si, um alto nível de ansiedade, depressão e estresse, podendo chegar ao desencadeamento da Síndrome de Burnout.

Por estar relacionado com a forma como o indivíduo lida com as adversidades, a crença de autoeficácia propõe um efeito protetor, uma maneira positiva de enxergar as próprias competências diante das adversidades do dia a dia e uma motivação para enfrentar de forma construtivas os desafios (SCHWAZER & HALLUM, 2008).

Bandura (1977) amplia sua teoria de interação entre indivíduo, ambiente e comportamentos, abordando as relações sociais do sujeito, independente do campo (educacional, sentimental, organizacional, saúde e tratamento). Há evidências para sustentar que existe uma relação entre crença de autoeficácia e o grau de motivação e perseverança,

empregadas diante das escolhas cotidianas para enfrentamento das adversidades, da vulnerabilidade ao estresse e da depressão (LIMA, 2009; FERREIRA & AZZI, 2010).

Neste contexto, os estudos sobre a crença de autoeficácia foram ampliados no sentido de influenciar o indivíduo em relação às diversas psicopatologias do trabalho, na quantidade de estresse e ansiedade, na medida em que se envolvem em uma atividade (LORICCHIO & LEITE, 2012).

Para Pajares e Olaz (2008) uma baixa crença de autoeficácia está relacionada a uma dificuldade de enxergar as situações e resolver problemas, o que pode causar ansiedade, estresse e depressão (LIMA, 2009).

A autoeficácia por ser um fator individual, pode ser fator de risco para o surgimento do Burnout (MASLACH, SCHAUFELI & LEITER, 2001; GIL-MONTE & PEIRÓ, 1997; TRIGO, TENG & HALLAK, 2007).

De acordo com Feliciano, Kovacx e Sarinho, 2005, p. 321:

“o Burnout só pode ser compreendido à medida que se elucida a dinâmica de sua complexidade, visto que inclui as percepções das condições de trabalho, riscos e perigos, sobrecarga, desempenho dos papéis e importância social do trabalho, o acesso à capacitação, a participação no processo decisório, as relações com o entorno, a remuneração, os múltiplos empregos e os valores conflitantes. A esses, devem ser acrescidos, entre outros elementos, idade, gênero, tempo de exercício profissional, sentimentos de autoeficácia, centralidade do trabalho, estratégias utilizadas para lidar com os problemas do cotidiano e disponibilidade de uma rede de relacionamentos que forneça suporte social”.

É relevante considerar todos os fatores que podem estar associados ao surgimento do Burnout para uma melhor compreensão sobre a síndrome. Neste sentido, pode-se afirmar que a crença de autoeficácia pode ser uma variável mediadora do Burnout, pois de forma negativa pode agir sobre a autoregulação dos estados afetivos do indivíduo e influenciar diretamente nas estratégias de enfrentamento (SOUZA et. al., 2015).

Essa relação entre Burnout e Autoeficácia é explicada por Costa (2003) como uma ambivalência, de um lado a crença de autoeficácia em que o sujeito percebe que possui capacidades e potencialidades e, por outro lado, o indivíduo com Burnout, impotente, com desesperança, sem confiança em suas potencialidades (GIL-MONTE, GARCIA-JUESAS & HERNÁNDEZ, 2008; LIMA, 2009).

Para Cordes e Dougherty (1993) a contribuição para o desenvolvimento do Burnout está relacionado as expectativas do indivíduo frente a profissão, a sua organização e sua crença de autoeficácia (TAMAYO & TRÓCCOLI, 2002).

Segundo Santini (2004), considerando a dimensão de Realização Pessoal, na qual o indivíduo se avalia de maneira negativa diante de seu trabalho, essa falta de realização pessoal está relacionada à crença de baixa autoeficácia, que pode propiciar essa autodepreciação, sentimentos de fracasso e levar ao Burnout.

A relação entre autoeficácia e as dimensões do Burnout pode ser representada conforme estudos de Gil-Monte (2005):

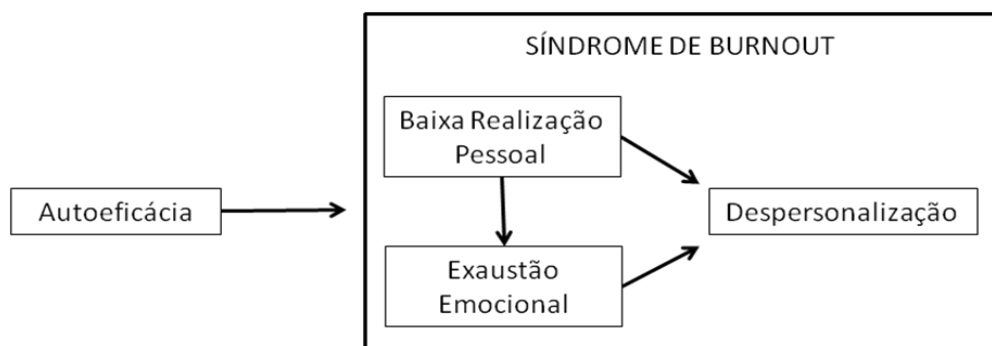


Figura 4 – Modelo da relação entre a autoeficácia e a Síndrome de Burnout. Fonte: Baseado em Gil-Monte (2005).

Segundo este modelo a autoeficácia atua nas três dimensões da síndrome, sendo mais intensa na Realização Pessoal apresentada pelo indivíduo. Dessa forma, quanto mais baixas as crenças de autoeficácia, mais baixa será a Realização Pessoal. Nesta perspectiva, o sentimento de impotência e a avaliação negativa estão diretamente influenciados pelas crenças negativas de autoeficácia (quanto menores as crenças menor desempenho laboral) (GIL-MONTE, 2005; CARLOTTO et. al., 2015).

A teoria de Bandura pode explicar a relação entre baixa Realização Pessoal no trabalho e a Exaustão Emocional por estabelecer que as crenças desenvolvidas pelo indivíduo vão influenciar as capacidades e processos afetivos (GIL-MONTE, 2005; CARLOTTO et. al., 2015).

Já a relação entre autoeficácia e as dimensões de baixa Realização Pessoal e Despersonalização podem ser estabelecidas devido à percepção de baixo rendimento no trabalho e gerar um sentimento de fracasso profissional e posteriormente frustração. Essa

frustração será projetada de forma agressiva e dirigida à sua fonte, ou seja, ao receptor do serviço (GIL-MONTE, 2005).

De acordo com esse contexto, podemos observar que podem existir mediadores que podem favorecer ou proteger ao surgimento do Burnout a partir das experiências dos sujeitos, que construirão suas crenças de autoeficácia. Neste sentido, o modelo teórico para o desenvolvimento do Burnout, considerando as variáveis mediadoras do processo neste estudo, se apresenta da seguinte forma:

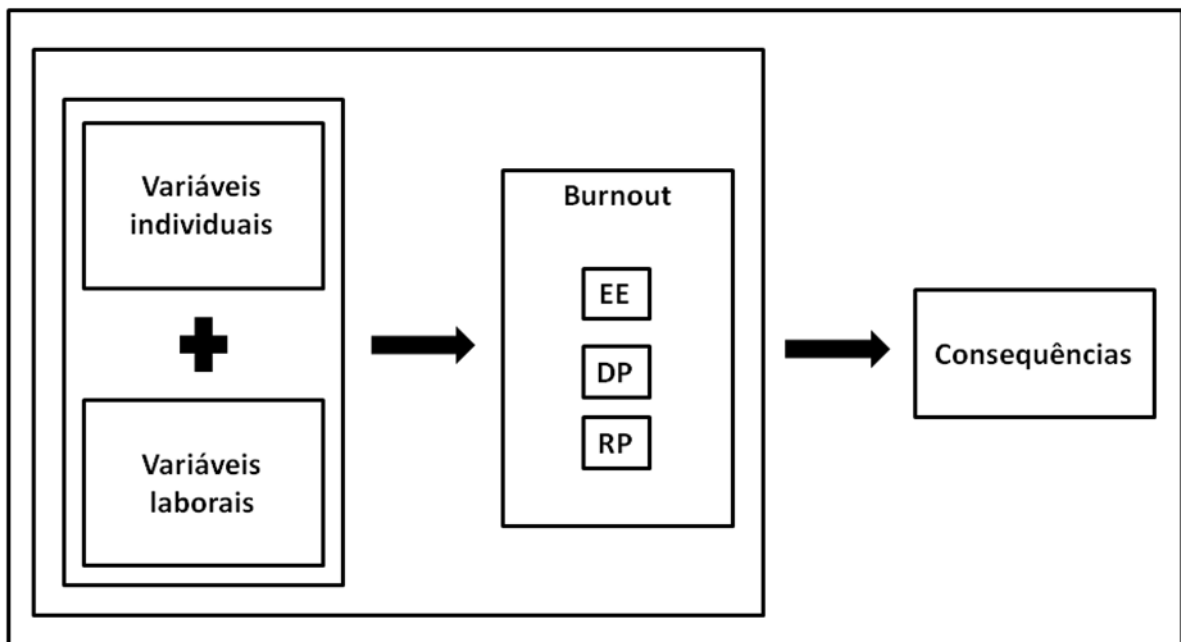


Figura 5 – Modelo proposto para este estudo.

(EE = Exaustão Emocional; DP = Despersonalização; RP = Realização Pessoal)

Cabe ressaltar que, “não é a gravidade da situação que causará efeitos deletérios, mas o pareamento que a pessoa faz entre o peso da dificuldade de origem externa e sua capacidade de enfrentamento” (BANDURA, 2008, p.12). Neste sentido, o modo como o trabalhador sente, compreende e exterioriza suas percepções acerca dos estressores no trabalho, pode estar relacionado às variáveis individuais e laborais e, assim, levar ao desenvolvimento do Burnout e suas consequências.

1.3 Justificativa do estudo

Situações em que as demandas do trabalho ultrapassam as capacidades individuais são comuns no ambiente laboral (SALANOVA & LLORENS, 2008; YAO et al., 2013). Quando o profissional não encontra recursos emocionais para lidar com os estressores laborais presentes em seu cotidiano de trabalho, pode surgir o Burnout, que é uma resposta ao estresse laboral crônico somado a falta de recursos individuais para lidar com as demandas do trabalho (MASLACH et al., 2001; HOBFOLL; SHIROM, 2001; GIL-MONTE & MARUCCO, 2008; VICENTE, OLIVEIRA e MAROCO, 2013; BIANCHI; SCHOENFELD; LAURENT, 2015).

Atualmente, o Burnout não faz parte do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, em sua quinta edição (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). A síndrome apenas aparece no International Classification of Diseases (ICD-10; World Health Organization, 1992), sob o código Z73.0, definido como “estado de exaustão vital”, fator que influencia o estado de saúde e contado com serviços de saúde (BIANCHI; SCHOENFELD; LAURENT, 2015).

A síndrome de Burnout é uma condição que afeta cada vez mais profissionais em uma ampla variedade de profissões (EPP, 2012; VARGAS et al., 2014). Entre os diversos estudos sobre a temática, os profissionais da saúde constituem a população com maior risco de adoecimento pelo Burnout quando comparado com outros trabalhadores (YAO et al., 2013).

De maneira geral, o Burnout tem sido considerado, cada vez mais, como um fardo pesado para os trabalhadores, as organizações e para a sociedade como um todo (MASLACH; SCHAUFELI; LEITTER, 2001; MORSE et al., 2012; BIANCHI; SCHOENFELD; LAURENT, 2015).

A literatura mostra que algumas variáveis são desencadeantes como: carga de trabalho pesada, inexperiência, falta de recursos e suporte administrativo, relacionamentos interpessoais entre outros. São também considerados fatores de risco ao desenvolvimento do Burnout (GIL-MONTE & PEIRÓ, 1999; YAO et al., 2013). Além disso, os setores de urgência e emergência são mais prováveis para o desenvolvimento do Burnout quando comparado a outros setores devido à particularidade de ser um ambiente altamente estressante (BRAGARD; DUPUIS; FLEET, 2014)

Nos serviços de saúde, estes trabalhadores estão sujeitos a riscos profissionais clássicos: químicos, físicos (impacto, ruídos e temperaturas elevadas como frio ou calor), mecânicos (acidentes automobilísticos e lesões na pele), biológicos (fluidos, bactérias, vírus e

fungos), psicológicos (estresse e agressão moral) e psicossociais relacionados ao excesso de demanda e polivalência (FERNANDES; MARZIALE, 2014).

Especialmente nos serviços de urgência e emergência, alguns estressores são desencadeantes e facilitadores para o processo do Burnout. Estes são descritos pela literatura como características sociodemográficas, estratégias de enfrentamento, exposição à eventos traumáticos, características do próprio serviço e fatores organizacionais. Incluem ainda a autonomia profissional, espírito de equipe, suporte social e qualidade de liderança (ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015).

No atual contexto laboral, o Burnout é visto como uma síndrome de alto custo para as organizações em termos de cuidado à saúde dos trabalhadores, absenteísmo e baixa produtividade (GIL-MONTE & PEIRÓ, 1999; SIU; COOPER; PHILLIPS, 2014; OLIVARES-FAÚNDEZ et al., 2014; THUN et al., 2014; SCHAUFELI; SALANOVA, 2014; LEITER; DAY; PRICE, 2015). Tem sido associado com absenteísmo, presenteísmo, piores performances no trabalho, demanda de trabalho, incapacidades para o trabalho, licenças e aposentadorias (OLIVARES-FAÚNDEZ et al., 2014; SIU; COOPER; PHILLIPS, 2014; THUN et al., 2014; SCHAUFELI; SALANOVA, 2014; LEITER; DAY; PRICE, 2015).

No nível pessoal, há uma relação entre o Burnout e a ocorrência de doenças musculoesqueléticas, depressão, obesidade, insônia, abuso de álcool e drogas (SOROUR & EL-MAKSOU, 2012; MOUSTAKKA & CONSTATINIDIS, 2010; ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015). Além disso, promove um impacto negativo na qualidade de vida dos profissionais, que age de forma mais agressiva em suas ações e ocorrem maiores conflitos nas relações interpessoais (ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015).

No contexto relacionado à saúde, a literatura mostra uma relação entre o Burnout e a ocorrência de algumas doenças, tais como musculoesqueléticas, depressão, obesidade, insônia, abuso de álcool e drogas (SOROUR & EL-MAKSOU, 2012; MOUSTAKKA & CONSTATINIDIS, 2010; ADRIAENSSENS, GUCHT, MAES, 2015).

Estudo realizado por Ahola e colaboradores (2010), com uma amostra bastante representativa composta por 3.000 trabalhadores Finlandeses, demonstrou que houve um aumento da prevalência de ansiedade, depressão e abuso de álcool entre os profissionais com Burnout.

Em um estudo semelhante realizado por Hakenem e Schaufeli (2012), mostrou que há uma relação entre o Burnout e sintomas depressivos e também com insatisfação com a própria vida. Kim, Ji e Kao (2011), em seu estudo longitudinal sobre Burnout em assistentes sociais, mostraram que os assistentes sociais que tiveram maiores níveis de Burnout inicialmente

relataram maiores queixas sobre sua saúde física ao longo dos três anos do estudo, incluindo distúrbios do sono, dores de cabeça, infecções respiratórias e gastrointestinais.

Considerando o atual contexto do Burnout, suas consequências e compreendendo que a partir dos estressores presente no ambiente laboral somado as variáveis individuais (mediadoras) como coadjuvantes no processo de desenvolvimento da síndrome, a finalidade deste estudo é testar as associações e correlações existentes entre a variável desfecho e variáveis independentes, para assim, ampliar a compreensão da ocorrência da referida síndrome entre os profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgências e emergência e identificar sua relação com as demais variáveis mediadoras (variáveis individuais e laborais) e suas possíveis consequências para a saúde.

1.3 Hipóteses

Neste estudo, a variável desfecho foi o Burnout e as variáveis independentes foram as variáveis individuais (idade, sexo, estado civil, filhos, estilo de vida, traumas precoces, sintomas de estresse, percepção de estresse), laborais (horas de trabalho, cargo, turno, tempo de serviço, número de vínculos de trabalho), e as consequências do Burnout (transtornos mentais comuns, ansiedade e depressão).

H0: Não há relação entre Burnout e as variáveis individuais e laborais entre profissionais dos serviços de urgência e emergência.

H1: Há relação entre Burnout e as variáveis individuais e laborais entre profissionais dos serviços de urgência e emergência.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar a prevalência de Burnout em profissionais de saúde dos serviços de emergência e sua relação com as variáveis laborais, individuais e consequências para a saúde (adoecimento).

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto às características sócio-demográficas, condições de trabalho e saúde;
- Avaliar a estrutura fatorial proposta para o MBI-HSS na amostra;
- Identificar níveis de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal (*Burnout*) entre os profissionais;
- Identificar se os profissionais sofreram algum tipo de estresse precoce;
- Identificar se os profissionais sofreram algum tipo de estresse recente (sintomas de estresse e estresse percebido);
- Identificar se os profissionais apresentaram sintomas de estresse atual;
- Identificar se os profissionais vivenciaram uma situação de estresse significativa em sua vida no seu cotidiano social;
- Identificar o estilo de vida dos profissionais;
- Identificar se os profissionais estão apresentando manifestações relacionadas aos transtornos mentais comuns;
- Identificar se os profissionais estão apresentando ansiedade ou depressão;
- Testar a associação entre a variável de desfecho (*Burnout*) e as demais variáveis independentes;
- Testar a associação entre a dimensão Exaustão Emocional e demais variáveis independentes;

- Testar a associação entre a dimensão Despersonalização e demais variáveis independentes;
- Testar a associação entre a dimensão Realização Pessoal e demais variáveis independentes.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, analítico e correlacional, realizado nos serviços de urgência e emergência móvel, pré-hospitalar e hospitalar do município de Ribeirão Preto – SP, Brasil.

3.2 Local de estudo

Esse trabalho foi realizado em seis serviços públicos de urgência e emergência do município de Ribeirão Preto, tanto no ambiente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto-Atendimento e UBDS) e móvel (ambulâncias do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência – SAMU), quanto no ambiente hospitalar, que é a referência terciária de toda a região de saúde. Destacando-se que, todos esses serviços de saúde comunicam por um sistema de regulação do atendimento.

A cidade de Ribeirão Preto (SP) com 605.114 habitantes (IBGE, 2012), em termos de saúde, é considerada o polo da 13ª Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS-13), sendo referência para as outras 25 cidades da região, oferecendo assistência em saúde a um total de 1.349.170 habitantes.

3.2.1 Serviços pré-hospitalares fixos de urgência e emergência

Com relação aos serviços pré-hospitalares fixos de urgência e emergência (Unidades de Pronto-Atendimento) foram locais de estudo três UNIDADES BASICAS DISTRITAIS DE SAUDE (UBDS) e uma UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA). Os profissionais de saúde foram: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médicos.

Esses serviços oferecem pronto atendimento 24 horas por dia, a toda a população do município e estão localizados geograficamente nas regiões que compõem a cidade.

3.2.2 Serviços pré-hospitalar móvel de urgência e emergência

Com relação aos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência foi local de estudo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Os profissionais de saúde foram: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos radioperadores e médicos.

Esse serviço é referência para 26 municípios, com pronto atendimento móvel 24 horas por dia.

3.2.3 Serviço hospitalar de urgência e emergência

Com relação ao serviço Hospitalar de urgência e emergência foi local uma Unidade de Emergência vinculada a um hospital geral, mais especificamente os setores: sala de emergência, CIT adulto, CTI pediátrico, Bloco cirúrgico e psiquiatria. Os profissionais de saúde foram: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médicos.

A Unidade de Emergência é referência para 26 municípios para casos de urgência e emergência traumática e não traumática. Possui 180 leitos, 6 salas cirúrgicas, 18 leitos de UTI de adulto e 8 leitos de UTI pediátrica, plantão 24 horas por dia. Atende cerca de 42 mil casos por ano e realiza mais de 4.500 cirurgias.

3.3 População

A população deste estudo foi composta por todos os profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência tanto no ambiente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto-

Atendimento e UBDS) e móvel (ambulâncias do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência – SAMU), quanto no ambiente hospitalar na Unidade de Emergência. O que constituiu 843 profissionais assim distribuídos:

Serviço		Total de profissionais
Atendimento Móvel	SAMU	147
Atendimento pré-hospitalar fixo	UBDS Central	393
	UBDS Quintino Facci II	
	UBDS Vila Virgínia	
	UPA “Dr. Luis Atílio Losi Viana”	
Unidade de Emergência	Centro Cirúrgico	303
	CTI Adulto	
	CTI Pediátrica	
	Sala de Urgência	
	Psiquiatria	
Total		843

Quadro 3 – Distribuição dos profissionais segundo o tipo de serviço.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, foram incluídos para a seleção da amostra os profissionais atuantes no serviço há pelo menos um ano. Tal critério temporal foi estabelecido devido o desenvolvimento da Síndrome de Burnout estar relacionada ao ambiente de trabalho, assim, necessitando de um tempo de exposição para que se desenvolva (FREUDENBERGER, 1974 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos aqueles profissionais que estavam afastados ou de férias do trabalho durante o período de coleta de dados.

3.5 Procedimento amostral

O cálculo amostral foi realizado por meio do programa R 3.1.2 levando em consideração uma prevalência de 50%, erro relativo de 10%, significância de 5% para uma

amostra aleatória estratificada por tipo de serviço. Após cálculo amostral, 317 participantes foram convidados a participarem do estudo, sendo 55 profissionais do serviço móvel, 148 dos serviços pré-hospitalares fixos e 114 do serviço hospitalar de urgência e emergência. A amostra final foi constituída por 282 profissionais de saúde, conforme ilustra a figura que segue.

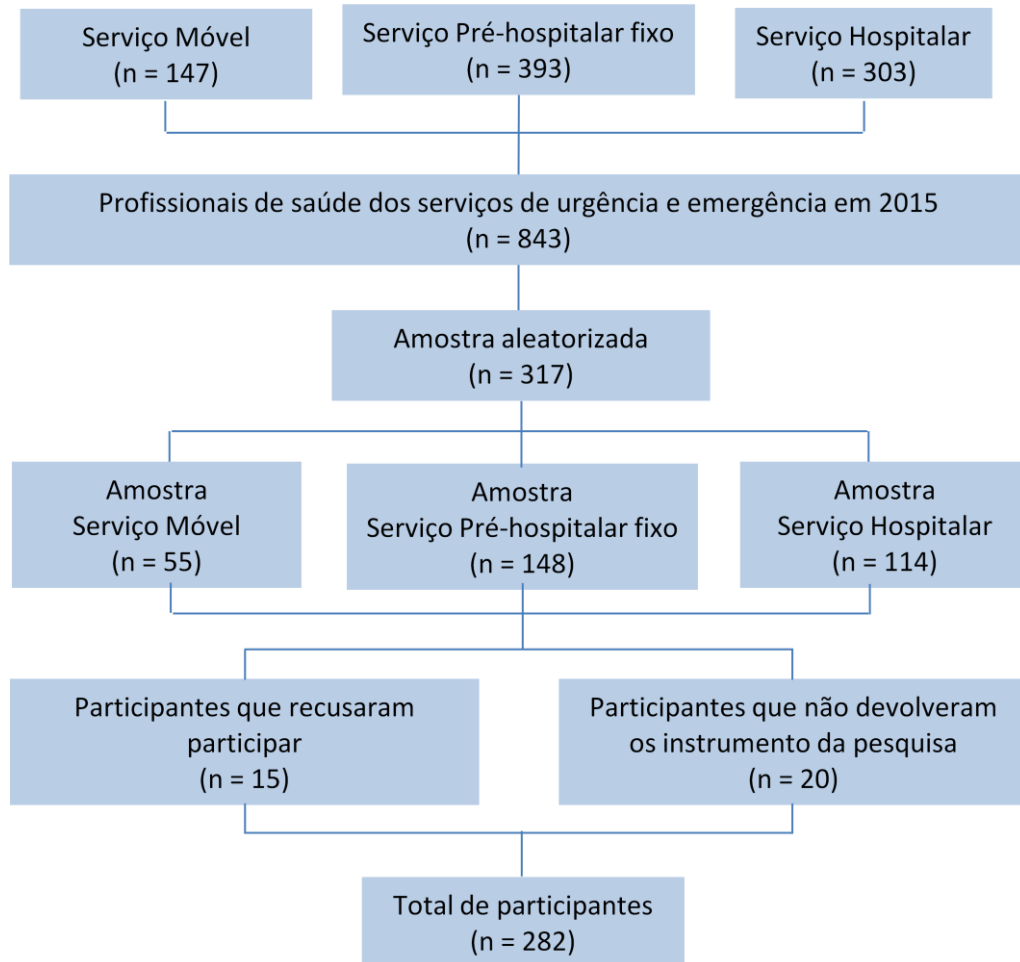


Figura 6 – Percurso de composição da amostra (n=282)

3.6 Proteção de participação do estudo

Considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012), o presente estudo após autorização dos locais de estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da EERP. Foi assegurado aos participantes que as informações obtidas impossibilitem a identificação dos mesmos. Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, os seus direitos e os cuidados a eles garantidos. Após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias assinadas também pelo pesquisador, sendo uma via do pesquisador e a outra via do participante.

3.7 Coleta de dados

Foi realizada pelos pesquisadores da equipe deste projeto, devidamente treinados para tanto, de forma individual com cada participante, no próprio ambiente laboral, em local privativo. Foram utilizados os seguintes questionários e instrumentos:

3.7.1 Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde

As características sociodemográficas, de saúde e de trabalho da amostra foram obtidas por meio de um questionário, construído para essa finalidade, composto por questões fechadas e abertas: sexo, data de nascimento, escolaridade, situação conjugal, profissão, cargo exercido, tempo de serviço, número de vínculos empregatícios, turno de trabalho, carga horária diária e semanal, com quem mora, se tem filhos, se pratica atividade física, horas de sono, se apresenta algum problema de saúde, se faz uso de algum psicofármaco, se fez uso de algum anti-inflamatório, se teve afastamento do trabalho e se fuma.

3.7.2 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)

Foi o instrumento utilizado para medir o Burnout. Criado por Maslach e Jackson (1981), é constituído por 22 itens que refletem três dimensões: Exaustão Emocional (9 itens), Despersonalização (5 itens) e Realização Pessoal (8 itens). Para cada item o participante tem que indicar a frequência que descreve o sentimento com relação ao trabalho que varia de 1 (nunca) até 5 (sempre), Likert de cinco pontos.

O escore do sujeito em cada uma das dimensões (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) também é computado pelo somatório dos pontos dos itens relativos a cada uma das dimensões. A Síndrome de Burnout é centralizada como variável contínua, neste estudo os níveis variaram entre baixo e alto. Um nível baixo de *Burnout* reproduz-se em escores baixos nas subescalas de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” e escores elevados na “Realização Pessoal”. Já um nível alto traduz-se em escores altos para as subescalas de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização”, e escores baixos na “Realização Pessoal”. (Maslach, Jackson, Leiter, 2010).

A escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa por Lautert (1995) entre enfermeiros hospitalares.

Subescalas	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	≤ 16	17 – 26	≥ 27
Despersonalização	≤ 6	7 - 12	≥ 13
Realização Pessoal	≥ 39	38 - 32	≤ 31

Quadro 4 - Categorização dos escores do MBI.

Traduzido e adaptado do Manual do Inventário de Burnout de Maslach, terceira edição, 2010.

3.7.3 Childhood Trauma Questionnaire – CTQ

O instrumento é uma entrevista retrospectiva, autoadministrada, que investiga história de abuso e negligência durante a infância. Foi elaborado por Bernstein e colaboradores em 1994. Atualmente conta com 28 itens que estão divididos em cinco subescalas: abuso físico (5 itens), abuso sexual (5 itens), abuso emocional (5 itens), negligência física (5 itens) e negligência emocional (5 itens). Há ainda três itens que não pontuam em nenhuma das cinco subescalas pois funcionam como um controle de minimização/negação das respostas (GRASSI-OLIVEIRA ET AL., 2006). Todos os itens da escala estão classificados em uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente).

O cálculo é realizado através do somatório dos pontos obtidos em cada escala. As pontuações podem variar de 5 a 25 para cada tipo de abuso. Para o indivíduo ser classificado com presença de estresse precoce é necessário que pontue em pelo menos um dos subtipos, escore de moderado-severo ou severo-extremo. A escala foi traduzida e adaptada para o português por Grassi-Oliveira et al. (2006).

As classificações da escala estão descritas de acordo com os pontos de corte sugeridos por Bernstein et al. (2003) na tabela a seguir:

Subtipos	Não a Mínimo	Leve a Moderado	Moderado a Severo	Severo a Extremo
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	> 16
Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	> 13
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	>13
Negligência Física	5-9	10-14	15-17	>18
Negligência Emocional	5-7	8-9	10-12	>13

Quadro 5 - Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade.

Traduzido e adaptado de BERNSTEIN et al., 2003.

3.7.4 Inventário de Sintomas de Stress – ISS

Para identificação do estresse recente. Elaborada por Lipp e validada por Lipp e Guevara em 1994. Toma por base os princípios da teoria de Selye e avalia 47 sintomas, alguns se repetem, sendo 34 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica. É também possível identificar a fase do estresse por meio dos distintos momentos: últimas 24 horas, última semana, último mês (LIPP, 1994).

Os 53 itens que compõem a escala estão divididos em três partes que contêm sintomas físicos e psicológicos, referente a cada fase do estresse: o quadro 1 corresponde aos sintomas relativos à primeira fase do estresse (alerta), o quadro 2 aos sintomas da segunda e terceira fases (resistência e quase exaustão) e o quadro 3 com sintomas da quarta fase do estresse (exaustão).

O cálculo é feito por meio da soma dos sintomas assinalados pelo participante em cada quadro. Para diagnosticar se o indivíduo tem estresse, a pontuação no quadro 1 deve ser igual ou maior que seis ou, a pontuação no quadro 2 ser igual ou maior que três ou, a pontuação no quadro 3 ser igual ou maior que oito. Caso o indivíduo tenha uma pontuação menor nos três quadros, indica que não possui estresse e os demais cálculos não são realizados.

Para os indivíduos que estão com estresse, deve-se averiguar a fase e se os sintomas prevalentes são físicos ou psicológicos. Para identificar a fase do estresse é necessário verificar o maior percentual obtido de acordo com o escore correspondente em cada quadro. O indivíduo se encontra na fase de alerta (quadro 1), se apresentar sete ou mais sintomas nas últimas 24 horas; na fase de resistência (quadro 2), se apresentar de quatro à nove sintomas na última semana; na fase de quase exaustão, também quadro 2, se apresentar dez ou mais sintomas na última semana; e na fase de exaustão (quadro 3), se apresentar nove ou mais sintomas no último mês.

Finalmente, para averiguar a prevalência dos sintomas, se físicos ou psicológicos, basta considerar a fase em que o indivíduo se encontra e de acordo com os escores brutos observar qual é o que corresponde ao maior percentual. Todos os quadros de escores e percentuais encontram-se no manual do instrumento.

Em 2000 o instrumento foi padronizado por Lipp e o manual de aplicação encontra-se em sua terceira edição (LIPP; GUEVARA, 1994; LIPP, 2000).

3.7.5 Escala de Estresse Percebido – PSS

Mede o grau de percepção do indivíduo sobre as situações estressantes. Entende-se como estresse percebido a avaliação que o próprio indivíduo faz sobre determinados eventos de vida potencialmente ameaçadores. Foi elaborada para que o indivíduo pudesse avaliar as experiências da vida como incontrolável, imprevisível e sobrecarga no período passado de um mês.

Foi desenvolvida por Cohen et al., (1983). É uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto. Esta ausência de especificidade do contexto é um fator importante na escala e, provavelmente, a razão pela qual tem sido validada em diversas culturas (LUFT et al., 2007; REIS; HINO; AÑES, 2010).

Contém 14 itens em escala Likert de cinco pontos (0 = nunca a 4 = sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente.

O escore total da escala é calculado pela soma das pontuações destas 14 questões e pode variar de zero a 56. Quanto maior o escore, maior a percepção de estresse. Salienta-se que a escala possui considerável consistência interna, validade de construto e validações posteriores em diferentes culturas (LUFT et al., 2007). A escala foi traduzida e validada para o português por Luft e colaboradores (2007).

3.7.6 Psychiatric Screaming Questionnaire – SRQ20

É um instrumento utilizado para suspeita diagnóstica de transtornos mentais comuns. Esses transtornos caracterizam-se por sintomas não psicóticos, tais como: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Composta por 20 itens, dicotômica (Não=0; Sim=1), objetiva avaliar questões relacionadas a dores e problemas que podem ter incomodado o participante nos últimos 30 dias, detectando os transtornos mentais comuns (TMC).

O escore é obtido através do somatório dos itens e, se o resultado for maior ou igual a sete respostas SIM, está comprovado sofrimento mental. Este ponto de corte permite a obtenção de dois grupos: de um lado os indivíduos com maior probabilidade de ter um transtorno mental comum e de outro, um grupo com maior probabilidade de não o ter.

O SRQ-20 foi traduzido e validado no Brasil por Mari e Williams (1986) com sensibilidade de 85% e especificidade de 80%.

3.7.7 Questionário de Estilo de Vida Fantástico – FANTÁSTIC

Esse instrumento visa medir o estilo de vida das pessoas. O levantamento do estilo de vida complementa a avaliação da aptidão física relacionada à saúde e permite ter uma visão mais completa do indivíduo. É um instrumento genérico que foi desenvolvido por Wilson e Ciliska em 1994.

A escala possui 25 itens divididos em 9 domínios cujas letras, em inglês, formam o acrônimo FANTASTIC:

- F: Family and friends (família e amigos);
- A: Activity (atividade física);
- N: Nutrition (nutrição);
- T: Tabacco and toxics (cigarro e adrogas);
- A: Alcohol (álcool);
- S: Slllep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro);
- T: Type of behavior (tipo de comportamento);
- I: Insight (introspecção);
- C: Career (trabalho, satisfação com a profissão).

O questionário é autoaplicado e considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde. Há 23 questões dispostas na forma de Likert de cinco pontos e duas dicotômicas.

A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos) – indica que o estilo de vida proporciona ótima influência para a saúde, “Muito bom” (70 a 84 pontos) – indica que o estilo de vida proporciona adequada influência para a saúde, “Bom” (55 a 69 pontos) – aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde, “Regular” (35 a 54 pontos) – significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) – indica que estilo de vida apresenta muitos fatores de risco. É desejável que os indivíduos atinjam a classificação “Bom”. Quanto menor for o escore, maior será a necessidade de mudança (WILSON; CILISKA, 1984; AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

A versão brasileira de tradução e validação do instrumento foi realizada por Añez, Reis e Petroski em 2008.

3.7.8 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD

É um instrumento de autoavaliação para ansiedade e depressão. Destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos (BOTEGA ET AL., 1995). Sua versão original foi elaborada por Zigmond e Snaith (1983).

A HAD possui 14 questões divididas em duas dimensões, dos quais sete são voltados para avaliação de ansiedade e sete para depressão, podendo ser rapidamente preenchida. Todas as questões são tipo likert de quatro pontos. Solicita-se ao participante que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana.

Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. A pontuação e classificação da HAD, segundo Zigmond e Snaith (1983), são dadas conforme demonstrado na tabela abaixo.

Foi traduzida e adaptada para o português por Botega e colaboradores (1995).

Subescala	Pontuação	Classificação
HAD – Ansiedade	0-8 pontos	Sem ansiedade
	≥ 9 pontos	Com ansiedade
HAD- Depressão	0-8 pontos	Sem Depressão
	≥ 9 pontos	Com Depressão

Quadro 6- Pontuação e classificação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Traduzido e adaptado de Zigmond & Snaith, 1983.

3.7.9 Escala de Reajustamento Social de Hombres-Rahe

A escala mede as chances de adoecer conforme o grau de estresse produzido pelas mudanças na vida pessoal e profissional considerando o último ano. Foi elaborada pelos psicólogos Thomas Holmes e Richard Rahe em 1967. Os autores coletaram acontecimentos estressantes de vida, atribuindo um valor de 0 a 100, pois para eles o estresse significava uma adaptação à mudança, diante de eventos positivos e negativos, sendo possível que uma pessoa se encontre em mais de uma situação estressante ao mesmo tempo.

Eles ainda concluíram que quando uma pessoa enfrenta um desafio, seja agradável (positivo) ou desagradável (negativo), investe energia física e psicológica em ação para poder se adaptar às situações novas ou inesperadas.

Em um período de 12 meses, se a pessoa gastar mais energia adaptativa do que seus limites físicos e psíquicos permitem, o estresse se agrava mudando de fase, aumentando assim suas chances de adoecer.

A escala é composta por 43 fontes externas de estresse, na qual, os participantes circulam as pontuações correspondentes aos eventos que vivenciaram no último ano. O escore final é obtido pela soma dos eventos identificados. Pontuações menores que 150 mostram que há pequenas chances do indivíduo adoecer (37%), entre 150 a 299 pontos há 51% de chances razoáveis de adoecer e, numa somatória maior que 300 pontos há fortes probabilidades de que o indivíduo adoça (79%) (HOLMES; RAHE, 1967; LIPP, 2000).

A escala foi traduzida para o português por Lipp em 1984.

3.8 Procedimentos da coleta de dados

A coleta ocorreu de outubro de 2015 a março de 2016. Antes da abordagem do participante foi solicitada autorização para o profissional responsável de cada unidade.

Foram fornecidos, a cada participante, esclarecimentos quanto à natureza da pesquisa, objetivos, procedimentos, garantias éticas e solicitada a sua colaboração voluntária. O tempo total necessário à participação foi de 80 minutos aproximadamente. A coleta de dados foi efetuada pela equipe de pesquisa e ocorreu da seguinte forma:

- a) No primeiro encontro foram de 20 minutos aproximadamente. O participante respondeu ao questionário sociodemográfico sendo o preenchimento deste realizado pela pesquisadora. Após as orientações quanto ao procedimento dos demais instrumentos, um envelope foi entregue ao participante e acordado uma data e horário para entrega.
- b) A previsão de tempo para o preenchimento desses instrumentos foi de 60 minutos.
- c) O segundo encontro foi apenas para o recolhimento do envelope com os instrumentos preenchidos.

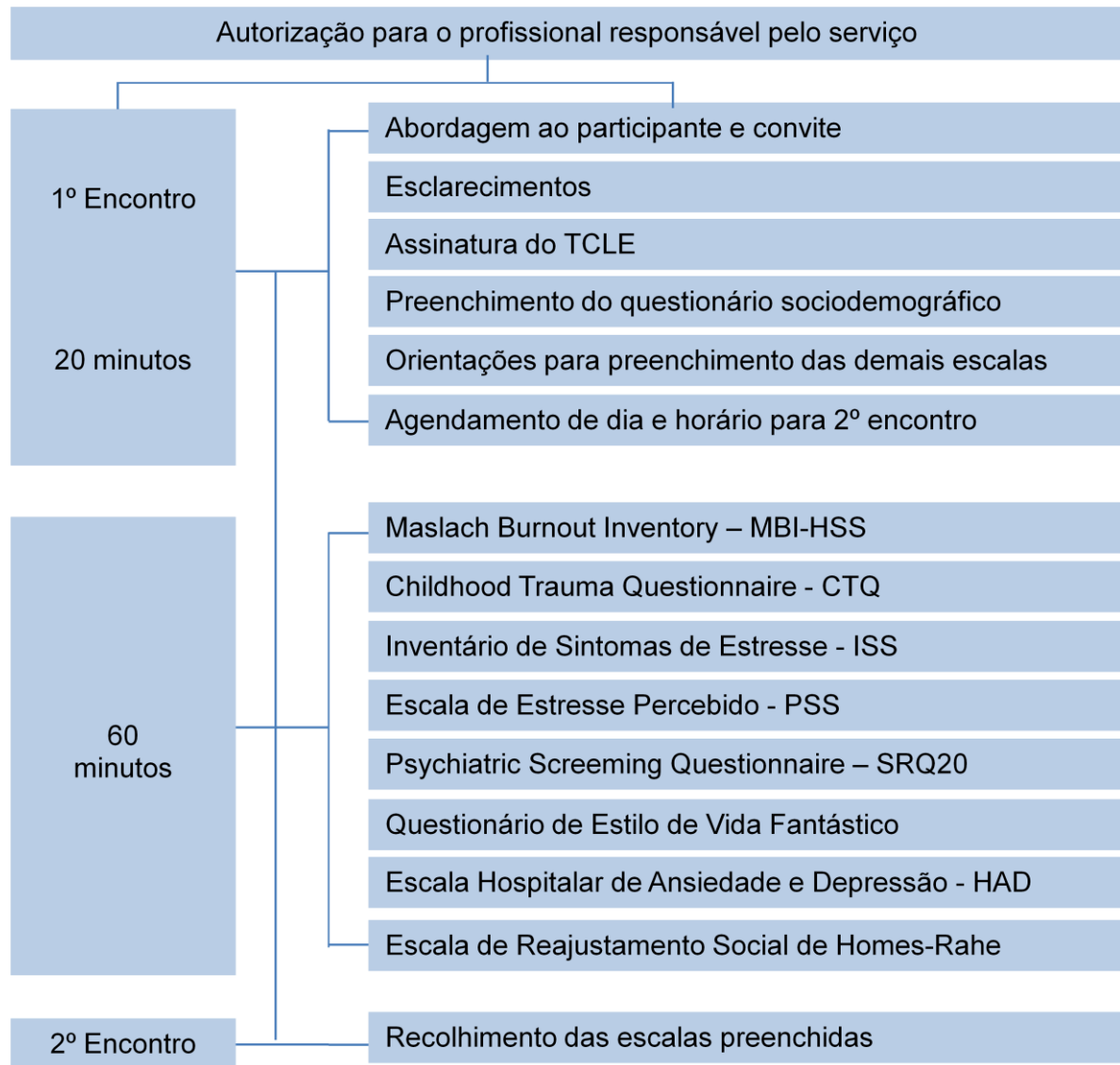


Figura 7 – Fluxograma de procedimento de coleta.

3.9 Análises dos dados

Os dados coletados foram codificados e tabulados em dupla digitação e, posteriormente, validado. Assim, foi realizada a estatística descritiva das variáveis quantitativas (distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, mínimo e máximo, medida de tendência central e de dispersão) e para as variáveis qualitativas (análise univariada e bivariada).

3.9.1 Análise fatorial confirmatória

A sensibilidade psicométrica dos itens do MBI-HSS foi estimada pelas medidas de tendência central, variabilidade e forma da distribuição. Considerou-se que valores absolutos de curtose ($Ku < 7$) e de assimetria ($Sk < 3$) não indicavam desvios severos à distribuição normal das respostas e conseqüentemente de sensibilidade psicométrica (Maroco, 2014). A consistência interna de cada fator do MBI-HSS foi estimada por meio do Coeficiente alfa de Cronbach padronizado (α), sendo considerado adequado $\alpha \geq 0,70$.

Para testar o ajustamento dos dados à estrutura original de três fatores proposta para o MBI-HSS foi realizada análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando-se o método de Máxima verossimilhança. Partindo-se da proposta original trifatorial, três modelos foram testados inicialmente: modelo ortogonal, não sendo considerada nenhuma correlação entre os fatores (Modelo 1), modelo trifatorial oblíquo, considerando correlações entre os três fatores (Modelo 2) e o modelo hierárquico de segunda ordem, no qual os três fatores convergem para um único fator denominado “Burnout” (Modelo 3).

Como índices para avaliação da qualidade de ajustamento do modelo foram considerados a razão de qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/gl), comparative fit index (CFI), goodness of fit index (GFI) e root mean square error of approximation (RMSEA). O ajustamento dos modelos foi considerado adequado quando $\chi^2/gl \leq 5,0$, CFI e GFI $\geq 0,90$ e valores de RMSEA $< 0,08$ (Juárez, 2014). Para verificação da existência de correlação entre os erros utilizou-se os índices de modificação a partir dos Multiplicadores de Langrange. A comparação entre os modelos foi realizada pelos índices baseados na Teoria da Informação (Akaike Information Criterion - AIC, Browne-Cudeck Criterion – BCC, e Bayes Information Criterion - BIC), sendo considerado o melhor modelo aquele que apresentou os menores valores nesses índices.

3.9.2 Testes de associação e correlação entre Burnout e variáveis mediadoras

Os testes de associação entre as variáveis de Classificação da Síndrome de Burnout Global (Presença ou Ausência) com as variáveis mediadoras e as sóciodemográficas foram

realizados através dos testes Qui-Quadrado de Pearson ou do teste Exato de Fisher. O mesmo foi realizado com as dimensões do Burnout, Exaustão Emocional (baixa e moderada ou alta); Despersonalização (baixa e moderada ou alta); Realização Pessoal (baixa e moderada e alta) quando usadas como variável dependente nas regressões.

As variáveis independentes do estudo são: Sintoma de Estresse (classifica quanto ao estresse em sim ou não), Fase de Estresse (Nenhuma, Alerta, Resistência, Quase-Exaustão e Exaustão) e Sintomas de Estresse (Nenhum, Físico, Psicológico e Ambos); Transtorno Mental Comum (classificado em sim ou não); Estilo de Vida (classificado em Precisa Melhorar/Regular, Bom, Muito Bom e Excelente); Estresse Precoce (classificado em sim ou não); Ansiedade (Sim ou Não); Depressão (Sim ou Não); Estresse Percebido (quanto maior o escore maior a percepção do Estresse) e Reajustamento Social (classifica a chance de adoecimento em Pequena, Média ou Grande).

Também foram consideradas como variáveis independentes as variáveis: Classe do Serviço (Móvel, Pré-Hospitalar ou Hospitalar), Sexo (Masculino ou Feminino), Escolaridade de Ensino Superior (Sim ou Não), Situação Conjugal (com ou sem companheiro), Religião (Sim ou Não), Fuma (Sim ou Não), Mora com (Família/Amigos ou Sozinho) Cargo Exercido (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Radio Operador), Problema de Saúde (sim ou não), Uso de Medicamento Psicofármaco (sim ou não), Prática de Atividade Física (sim ou não), Afastamento de Trabalho (sim ou não), Filhos (Sim ou Não) e Vínculos de trabalho múltiplos (Sim ou Não).

A análise de regressão foi dividida em 2 etapas. Na primeira etapa foram inseridas no modelo as variáveis sóciodemográficas. A seleção desta etapa foi realizada através do procedimento “stepwise” pelo método “Forward”, utilizando como critério de escolha das variáveis a estatística de Wald. Na segunda etapa consiste em adicionar as variáveis relacionadas das Escalas ao modelo ajustado na primeira etapa. A partir do modelo final obtido foram calculados a razão de Odds correspondentes do modelo junto com um Intervalo de Confiança de 95%. Para as análises foi utilizado o programa SPSS versão 22. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% ($\alpha = 0.05$).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da população do estudo

Participaram do estudo 282 profissionais de saúde, sendo 79,1% mulheres, a idade variou entre 21 a 70 anos ($40,06 \pm 9,4$), 61,3% dos participantes possuem ensino médio completo, 52,1% são casados ou possuem um companheiro fixo, 83,7% moram com alguém, 66,3% com filhos e 86,5% possuem uma crença religiosa.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência. Ribeirão Preto, Brasil, 2016.

Variáveis	Categorias	n(%)	Media \pm Sd
Gênero	Masculino	59 (20,9)	---
	Feminino	223 (79,1)	
Idade	Anos	---	$40,06 \pm 9,4$
Escolaridade	Ensino Médio	173 (61,3)	---
	Ensino Superior	109 (38,7)	
Estado civil	Solteiro/Separado/Viúvo	135 (47,9)	---
	Casado ou com companheiro	147 (52,1)	
Com quem vive?	Sozinho	46 (16,3)	---
	Família/Amigos	236 (83,7)	
Filhos	Sim	187 (66,3)	---
	Não	95 (33,7)	
Religião	Sim	244 (86,5)	---
	Não	38 (13,5)	

Sd = Desvio padrão; N = 282.

Em relação ao trabalho, 17,7% atuam no serviço móvel, 47,2% no serviço pré-hospitalar e 35,1% no serviço hospitalar de urgência e emergência. Desse total, 16,0% são enfermeiros, 68,4% são técnicos e auxiliares de enfermagem, 10,6% são médicos e 5,0% são radioperadores.

O tempo de serviço variou de um a 35 anos ($10,19 \pm 8,2$). A carga horária diária variou entre 4 a 12 horas de trabalho ($7,5 \pm 2,6$), e semanal de 20 a 110 horas ($32,8 \pm 8,7$), 77,7% realizam seu trabalho no turno diurno e 37,6% referiram afastamento do trabalho no último ano.

Tabela 2 – Características de formação e trabalho dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência. Ribeirão Preto, Brasil, 2016.

Variáveis	Categorias	n(%)	Media \pm Sd
Formação	Auxiliar de enfermagem	26 (9,2)	---
	Técnico de enfermagem	140 (49,6)	
	Enfermeiro	59 (20,9)	
	Médico	32 (11,3)	
	Outro	25 (8,9)	
Cargo exercido	Auxiliar de enfermagem	66 (223,4)	---
	Técnico de enfermagem	121 (42,9)	
	Enfermeiro	45 (16,0)	
	Médico	30 (10,6)	
	Radioperador	14 (5,0)	
	Outro	6 (2,1)	
Tipo de serviço	Pré-hospitalar	133 (47,2)	---
	Móvel	50 (47,2)	
	Hospitalar	99 (35,1)	
Tempo de serviço	Anos	---	10.19 ± 8.2
Carga horária diária	Horas	---	7.5 ± 2.6
Carga horária semanal	Horas	---	32.8 ± 8.7
Turno de trabalho	Diurno	219 (77,7)	---
	Vespertino	15 (5,3)	
	Noturno	48 (17,0)	

Sd = Desvio padrão; N = 282.

Quanto à saúde, 55% referiram não praticar nenhuma atividade física atualmente e 41,1% mencionaram ter algum problema de saúde. Em relação ao uso de psicofármacos, somente 13,8% fazem uso, porém, quanto ao uso de anti-inflamatórios, 58,2% fizeram considerando os últimos três meses. Já com relação à ingestão de psicoestimulantes (como o café) 49,3% fazem uso diariamente e 8,2% fazem uso de cigarro conforme detalhado na tabela 3 que segue.

Tabela 3 – Características de saúde dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência. Ribeirão Preto, Brasil, 2016.

Variáveis	Categorias	N(%)	Média+Sd
Atividade física	Sim	127 (45,0)	---
	Não	155 (55,0)	---
Horas de sono (horas por dia)	---	---	6.2 ± 1.3
Problemas de saúde	Sim	116 (41,1)	---
	Não	166 (58,9)	---
Uso de psicofármacos	Sim	39 (13,8)	---
	Não	243 (86,2)	---
Uso de psicoestimulantes	Sim	139 (49,3)	---
	Não	143 (50,7)	---
Uso de antiinflamatório	Sim	164 (58,2)	---
	Não	118 (41,8)	---
Afastamento do trabalho no último ano	Sim	106 (37,6)	---
	Não	176 (62,4)	---
Uso de tabaco	Sim	23 (8,2)	---
	Não	259 (91,8)	---

Sd = Desvio padrão; N = 282.

4.2 Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory

Na tabela 4 encontram-se as medidas de resumo e de forma de distribuição para cada item que compõe o MBI-HSS, na análise realizada considerando a amostra investigada neste estudo. Pode-se observar que todos os 22 itens que compõem o MBI-HSS apresentaram assimetria e curtose adequadas, atestando a sensibilidade psicométrica desses itens na amostra estudada.

Tabela 4. Medidas de resumo e de distribuição por itens do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Item	Média	Mediana	Desvio-padrão	Curtose	Assimetria
1	2.92	3.00	0.88	0.20	-0.06
2	3.17	3.00	0.86	-0.02	-0.27
3	2.80	3.00	1.05	-0.45	0.30
4	3.92	4.00	0.79	1.08	-0.68
5	1.52	1.00	0.77	-0.24	1.11
6	2.63	3.00	1.09	-0.49	0.25
7	4.30	4.00	0.76	3.93	-1.46
8	2.67	3.00	1.00	-0.28	0.17
9	3.62	4.00	1.04	0.27	-0.67
10	2.42	2.00	1.17	-0.76	0.33
11	2.26	2.00	1.10	-0.36	0.56
12	3.27	3.00	0.96	-0.41	-0.11
13	2.17	2.00	1.00	-0.52	0.40
14	3.02	3.00	0.98	-0.13	0.10
15	1.69	1.00	1.07	2.82	1.82
16	2.36	2.00	0.87	0.02	0.24
17	3.85	4.00	0.81	-0.05	-0.38
18	3.54	4.00	0.92	-0.16	-0.28
19	3.93	4.00	0.85	0.15	-0.64
20	2.21	2.00	1.02	-0.50	0.44
21	3.89	4.00	0.82	-0.21	-0.36
22	2.30	2.00	1.15	-0.64	0.47

N = 282.

A consistência interna do MBI-HSS, quando aplicado em profissionais que atuam em serviços de emergência, considerando-se o instrumento completo, foi adequada para as dimensões Exaustão Emocional ($\alpha=0,879$) e Realização Pessoal ($\alpha=0,692$), estando abaixo do adequado para a dimensão Despersonalização ($\alpha=0,594$).

Durante o processo de análise de consistência interna do MBI-HSS verificou-se que alguns itens superaram o alfa da dimensão a qual são pertencentes: 16 ($\alpha=0,88$); 9 ($\alpha=0,693$); 15 ($\alpha=0,663$) e 22 ($\alpha=0,600$). Após a eliminação dos referidos itens o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obteve o melhor resultado (KMO=0,891).

Posteriormente, iniciou-se a análise fatorial confirmatória, conforme podem ser observados na Tabela 5, com os resultados referentes aos três modelos propostos para o MBI-HSS.

Tabela 5. Índices de qualidade de ajustamento da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e Índices baseados na teoria da informação (AIC, BIC e BCC). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Estimativas*	Modelo 1 [#]	Modelo 2 ^{##}	Modelo 3 ^{###}
χ^2	448.83	312.31	242.73
χ^2/gl	2.16	1.87	1.84
CFI	0.86	0.91	0.93
GFI	0.86	0.89	0.90
TLI	0.85	0.89	0.91
RMSEA	0.07	0.06	0.06
AIC	539.83	398.31	320.73
BIC	707.01	551.25	459.44
BCC	549.03	405.93	326.93

[#]Modelo ortogonal de três fatores; ^{##}Modelo oblíquo, trifatorial; ^{###}Modelo hierárquico de segunda ordem.

χ^2 = Qui-quadrado; χ^2/gl = Qui-quadrado por Graus de liberdade; CFI = Comparative fit index; GFI = Goodness of fit index; TLI = Índice de Tucker Lewis; RMSEA = Root mean square error of approximation; AIC = Akaike information criterion; BIC = Bayes information criterion; BCC = Browne-Cudeck Criterion.

O ajustamento mostrou-se satisfatório para os três modelos testados para o MBI-HSS. Porém, nota-se que o Modelo 3 pode ser considerado o mais parcimonioso (menores resultados nos índices AIC, BIC e BCC e maiores resultados nos índices CFI, GFI e TLI). Este mesmo modelo apresentou resultados ligeiramente superiores nos índices de qualidade do ajustamento (índices GFI) e de ajustamento comparado (CFI). Por este motivo, o Modelo 3 foi o modelo de escolha para a continuação do processo de validação da estrutura fatorial do MBI-HSS na amostra investigada.

O modelo 1, modelo inicial seguindo a proposta trifatorial do MBI-HSS original, ajustado para a amostra de profissionais de saúde atuantes na área de urgência e emergência, revelou uma qualidade de ajustamento que pode ser considerado insatisfatória, segundo os valores que obtiveram $\chi^2/\text{gl} = 2,16$; CFI = 0,86; GFI = 0,86; TLI = 0,85; RMSEA = 0,07.

Com o objetivo de conseguir um melhor ajuste do modelo procedeu-se ao refinamento do modelo original de acordo com os índices de modificação obtidos por meio do software de modelização de equações estruturais AMOS. Nesta primeira fase, eliminou-se o item 12 da

dimensão Realização Pessoal e o item 16 da dimensão Exaustão Emocional devido aos seus índices de modificação sugerirem tal correção.

No modelo 2, após a eliminação dos itens 12 e 16, obteve-se um qualidade de ajuste mais satisfatória, conforme os valores obtidos nos índices $\chi^2/gf = 1,87$; CFI = 0,91; GFI = 0,89; TLI = 0,89; RMSEA = 0,06. Porém, observou-se que o item 9 da dimensão Realização Pessoal e o item 15 da dimensão Despersonalização ainda apresentavam pesos fatoriais abaixo do considerado adequado ($\geq 0,40$) e precisaram ser removidos do modelo.

Com a eliminação dos itens 9 e 15, obteve-se o Modelo 3 que apresentou índices $\chi^2/gf = 1,84$; CFI = 0,93; GFI = 0,90; TLI = 0,91; RMSEA = 0,06, considerados os melhores em relação aos três modelos, o qual chegou-se ao modelo hierárquico de segunda ordem com as modificações mencionadas (Modelo 4), que apresentou ajustamento adequado aos dados e pode ser considerado o melhor e mais parcimonioso modelo testado de acordo com os índices da teoria da informação (AIC=320,73; BIC=459,44; BCC=326,93).

A consistência interna das três dimensões do MBI-HSS foram recalculadas considerando-se a exclusão dos itens e foram consideradas adequadas de acordo com a literatura (Exaustão Emocional: $\alpha=0,88$; Despersonalização: $\alpha=0,66$; Realização Pessoal: $\alpha=0,67$). O Modelo 4 está apresentado na Figura 1 que segue.

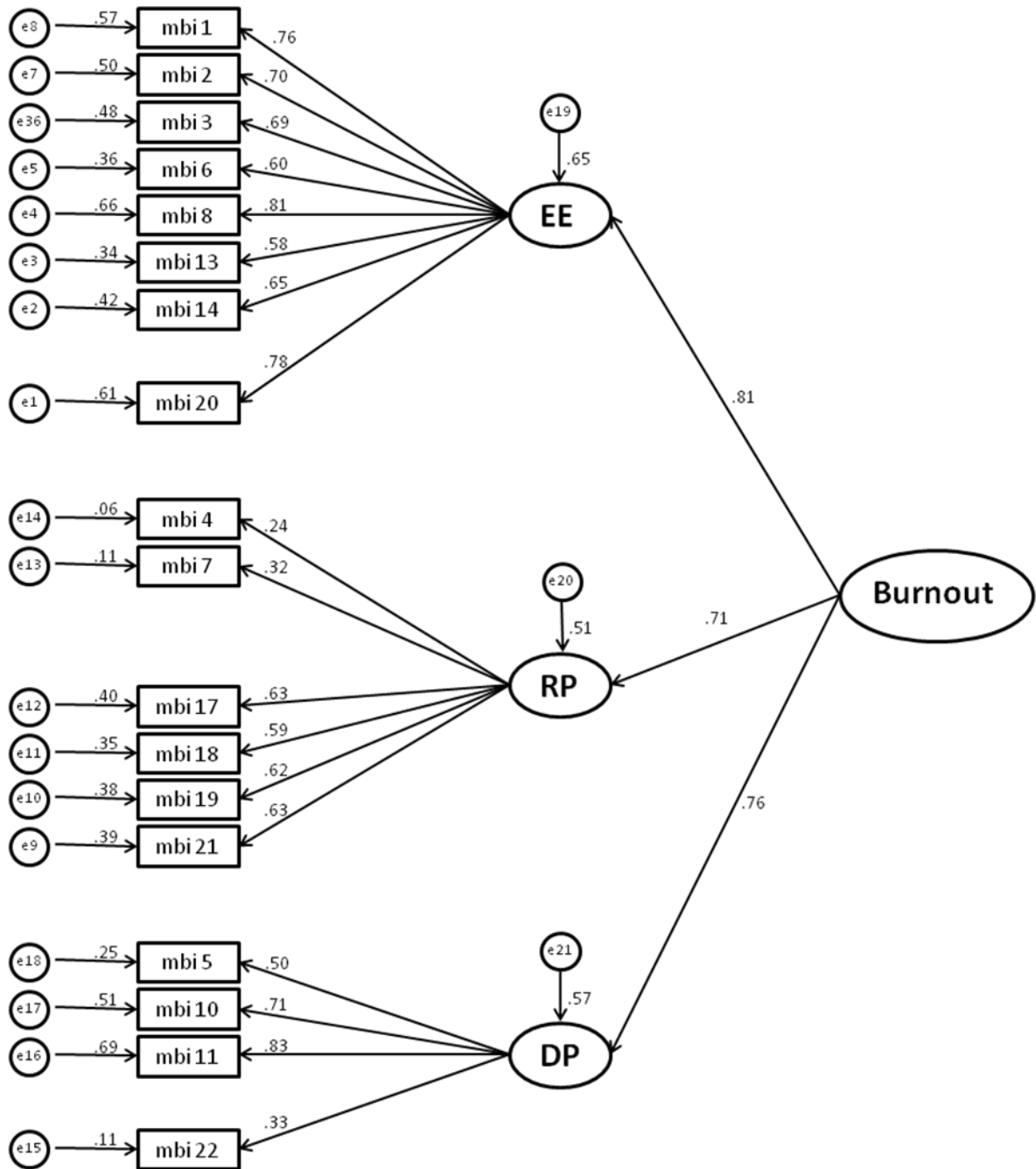


Figura 8. Modelo hierárquico de segunda ordem do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) ajustado para a amostra de profissionais da saúde de serviços de urgência e emergência. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016. (EE= Exaustão Emocional; RP= Realização Pessoal; DP= Despersonalização).

4.3 Prevalência de Burnout

O Burnout foi identificado em 13,2% da amostra, sendo que 30,5% apresentaram alto nível de Exaustão Emocional, 25,2% alto nível de Despersonalização e 61,3% baixa Realização Pessoal.

Tabela 6 - Escores médios e categorização do Burnout de acordo com as dimensões do MBI-HSS. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Dimensão	Escore Médio (SD)	Nível baixo	Nível moderado	Nível alto
Exaustão Emocional	23,8 (6,3)	11,70%	57,80%	30,50%
Despersonalização	10,2 (3,3)	13,50%	61,30%	25,20%
Realização Pessoal	30,1 (4,0)	61,30%	37,60%	1,10%

Sd = Desvio padrão; N = 282.

4.4 Variáveis independentes (mediadoras)

No total 24,5% dos participantes sofreram estresse precoce na infância. Considerando o tipo de estresse precoce, 10,6% abuso emocional, 10,3% abuso físico, 7,8% abuso sexual, 13,5% negligência emocional e 11,7% negligência física. A tabela 7 mostra os resultados de forma detalhada.

Tabela 7 – Classificação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência conforme o tipo de estresse precoce. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Estresse Precoce	Escore				
	Dimensões	Escore Médio (SD)	Mínimo/leve	Leve/moderado	Moderado/severo
Abuso Emocional	7,78 (3,5)	203 (72,0%)	49 (17,4%)	17 (6,0%)	13 (4,6%)
Abuso Físico	6,68 (2,5)	222 (78,8%)	31 (11,0%)	17 (6,0%)	12 (4,3%)
Abuso Sexual	5,48 (1,8)	245 (86,9%)	15 (5,3%)	18 (6,4%)	4 (1,4%)
Negligência Emocional	8,87 (4,4)	194 (68,8%)	50 (17,7%)	18 (6,4%)	20 (7,1%)
Negligência Física	6,75 (2,4)	206 (73,0%)	43 (15,2%)	19 (6,7%)	14 (5,0%)

N = 282.

Neste estudo, 53,5% dos participantes não apresentaram sintomas de estresse. Entre os 46,5% que apresentaram, 1,8% se encontram na fase de alerta, 38,3% na fase de resistência e 6,4% na fase de quase exaustão. Nenhum participante pontuou na fase de exaustão. Ainda entre os participantes com sintomas de estresse, 13,1% apresentaram sintomas físicos, 29,8% psicológicos e 3,5% ambos os sintomas. Apenas 9,3% dos participantes percebiam o estresse vivenciado no contexto do trabalho.

Conforme a tabela 8, a grande maioria dos participantes apresentaram um estilo de vida considerado bom, muito bom e excelente. Apenas 11,3% dos participantes apresentaram um estilo de vida regular.

Tabela 8 – Categorização dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência conforme a variável estilo de vida. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Estilo de Vida	Freq (%)
Regular	32 (11,3)
Bom	109 (38,7)
Muito bom	120 (42,6)
Excelente	21 (7,4)

N = 282.

Em relação às chances de adoecer, na tabela 9 observa-se que a maioria dos profissionais de saúde dos serviços de emergência estão com fortes chances de adoecer (37,9%).

Tabela 9 – Categorização dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência conforme as chances de adoecer. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Reajustamento Social	Freq (%)
Pequenas chances de adoecer	71 (25,2)
Chances razoáveis de adoecer	104 (36,9)
Fortes chances de adoecer	107 (37,9)

N = 282.

Um percentual de 37,9% dos profissionais de saúde apresentaram sintomas de transtornos mentais comuns, 35,5% apresentaram sintomas de ansiedade e 27,7% sintomas de depressão.

4.5 Associações entre Burnout e variáveis mediadoras

Considerando as variáveis mediadoras, houve evidências estatísticas de associação entre Burnout e as seguintes variáveis: escolaridade, estresse precoce, sintomas de estresse, fase do estresse, tipo de sintomas, percepção de estresse, transtorno mental comum, estilo de vida, ansiedade e depressão, conforme descrito na Tabela 10.

Tabela 10 - Testes de associação entre a variável desfecho (Burnout) e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

	Variável	Nao tem Burnout	Tem Burnout	Pearson Chi- Square
Escolaridade	Sem ensino superior	158 (91,3%)	15 (8,7%)	0,046*
	Com ensino superior	91 (83,5%)	18 (16,5%)	
Estresse	Não	193 (90,6%)	20 (9,4%)	0,034*
Precoce	Sim	56 (81,2%)	13 (18,8%)	
Sintomas de Estresse	Não	144 (95,4%)	7 (4,6%)	0,000*
	Sim	105 (80,2%)	26 (19,8%)	
Fase do Estresse	Não apresentam sintomas de estresse	144 (95,4%)	7 (4,6%)	0,001*
	Alerta	4 (80,0%)	1 (20,0)	
	Resistência	87 (80,6%)	21 (19,4%)	
	Quase exaustão	14 (77,8%)	4 (22,2%)	
Tipo de sintomas	Não apresentam sintomas de estresse	144 (95,4%)	7 (4,6%)	0,000*
	Físicos	33 (89,2%)	4 (10,8%)	
	Psicológicos	65 (77,4%)	19 (22,6%)	
Percepção de estresse	Físicos e psicológicos	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0,000*
		249 (88,3%)	33 (11,7%)	
Transtorno Mental Comum	Não	167 (95,4%)	8 (4,6%)	0,000*
	Sim	82 (76,6%)	25 (23,4%)	
Estilo de Vida	Regular	18 (56,3%)	14 (43,8%)	0,000*
	Bom	94 (86,2%)	15 (13,8%)	
	Muito bom	116 (96,7%)	4 (3,3%)	
	Excelente	21 (100,0%)	0	
Ansiedade	Não	171 (94,0%)	11 (6,0%)	0,000*
	Sim	78 (78,0%)	22 (22,0%)	
Depressão	Não	188 (92,2%)	16 (7,8%)	0,001*
	Sim	61 (78,2%)	17 (21,8%)	

* p < 0,05

4.6 Correlações entre Burnout e variáveis mediadoras

As correlações obtidas pelas análises de regressão evidenciaram que trabalhar no serviço móvel de urgência e emergência representa um fator protetor ($p=0,032$; OR: 0,187) quando comparado com o serviço hospitalar. Possuir formação escolar com curso superior pode representar duas vezes mais chances de desenvolver Burnout ($p=0,029$; OR: 2,313).

A partir dos resultados obtidos, é possível verificar que para cada ponto obtido na escala de percepção do estresse pode aumentar 1,6 as chances de desenvolver Burnout. Além disso, ter chances razoáveis de adoecer representa um fator protetor ao desenvolvimento da síndrome quando comparado às fortes chances de adoecer. Conforme descrito na tabela 11 que segue.

Tabela 11 - Correlações obtidas através de regressão logística entre a variável desfecho (Burnout) e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Variável	P value	OR	IC 95%
<i>Tipo de serviço</i>			
Hospitalar	0,083		
Móvel	0,032*	0,187	0,040 - 0,869
Pré-hospitalar	0,241	0,630	0,291 – 1,363
<i>Escolaridade</i>	0,029*	2,313	1,090 – 4,908
<i>Percepção de estresse</i>	0,037*	1,67	1,004 – 1,134
<i>Reajustamento Social</i>			
Pequenas chances de adoecer	0,091		
Chances razoáveis de adoecer	0,031*	0,279	0,088 – 0,888
Fortes chances de adoecer	0,109	0,410	0,138 – 1,221

* $p < 0,05$; OR = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.

4.7 Associações entre Exaustão Emocional e variáveis mediadoras

Considerando as variáveis mediadoras, houve evidências estatísticas de associação entre Exaustão Emocional e as seguintes variáveis: escolaridade, uso de psicofármaco, estresse precoce, sintomas de estresse, fase do estresse, tipo de sintomas, percepção de estresse, transtorno mental comum, estilo de vida, ansiedade, depressão e reajustamento social, conforme descrito na Tabela 12.

Tabela 12 - Testes de associação entre a dimensão Exaustão Emocional e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

	Variável	Baixa/ Moderada EE	Alta EE	Pearson Chi- Square	Exato de Fisher
Escolaridade	Sem ensino superior	128 (74,0%)	45 (26,0%)	0,039*	---
	Com ensino superior	68 (62,5%)	41 (37,6%)		
Psicofármaco	Não	176 (72,4%)	67 (27,6%)	0,008*	---
	Sim	20 (51,3%)	19 (48,7%)		
Estresse Precoce	Não	157 (73,7%)	56 (26,3%)	0,007*	---
	Sim	39 (56,5%)	30 (43,5%)		
Sintomas de Estresse	Não	130 (86,1%)	21 (13,9%)	0,000*	---
	Sim	66 (50,4%)	65 (49,6)		
	Não apresentam sintomas de estresse	130 (86,1%)	21 (13,9%)		
Fase do Estresse	Alerta	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0,000*	---
	Resistência	55 (50,9%)	53 (49,1%)		
	Quase exaustão	8 (44,4%)	10 (55,6%)		
	Não apresentam sintomas de estresse	130 (86,1%)	21 (13,9%)		
Tipo de sintomas	Físicos	21 (56,8%)	16 (43,2%)	0,000*	---
	Psicológicos	41 (48,8%)	43 (51,2%)		
	Físicos e psicológicos	4 (40,0%)	6 (60,0%)		
Percepção de estresse		196 (69,5%)	86 (30,5%)	0,000*	---
Transtorno Mental Comum	Não	151 (86,3%)	24 (13,7%)	0,000*	---
	Sim	45 (42,1%)	62 (57,9%)		
Estilo de Vida	Regular	13 (40,6%)	19 (59,4%)	---	0,000*
	Bom	62 (56,9%)	47 (43,1%)		
	Muito bom	101 (84,2%)	19 (15,8%)		
	Excelente	20 (95,2%)	1 (4,8%)		
Ansiedade	Não	148 (81,3%)	34 (18,7%)	0,000*	---
	Sim	48 (48,0%)	52 (52,0%)		
Depressão	Não	159 (77,9%)	45 (22,1%)	0,000*	---
	Sim	37 (47,4%)	41 (52,6%)		
	Pequenas chances de adoecer	52 (73,2%)	19 (26,8%)		
Reajustamento Social	Chances razoáveis de adoecer	81 (77,9%)	23 (22,1%)	0,008*	---
	Fortes chances de adoecer	63 (58,9%)	44 (41,1%)		

* p < 0,05

4.8 Correlações entre Exaustão Emocional e variáveis mediadoras

Nas correlações obtidas pelas análises de regressão evidenciaram que possuir curso superior ($p=0,046$; OR: 1,918) pode representar quase duas vezes mais chances de desenvolver Exaustão Emocional quando comparado com os profissionais que não possuem curso superior.

Os sujeitos que fazem uso de psicofármacos ($p=0,028$; OR: 2,192) representam duas vezes mais chances de estarem com Exaustão Emocional que os profissionais que não fazem uso de psicofármacos. E, ter tido afastamento do trabalho no último ano ($p=0,036$; OR: 2,017) representa duas vezes mais chances de estarem com Exaustão Emocional.

Foi possível verificar também que os profissionais que apresentaram transtornos mentais comuns ($p=0,003$; OR: 3,357) apresentam 3,3 mais chances de estarem também com alta Exaustão Emocional quando comparados aos profissionais que não apresentaram TMC. Ter chances razoáveis de adoecer ($p=0,016$; OR: 0,349) representa um fator protetor ao desenvolvimento de Exaustão Emocional quando comparado com aqueles profissionais que apresentam fortes chances de adoecer, conforme descreve-se na tabela 13 a seguir.

Tabela 13 - Correlações obtidas através de regressão logística entre a dimensão Exaustão Emocional e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Variável	P value	OR	IC 95%
<i>Escolaridade</i>	0,046*	1,92	1,011 – 3,638
<i>Psicofármaco</i>	0,028*	2,19	1,072 – 3,162
<i>Afastamento do Trabalho</i>	0,036*	2,02	1,048 – 3,920
<i>Transtornos Mentais Comuns</i>	0,003*	3,36	1,501 – 7,510
<i>Reajustamento Social</i>			
Pequenas chances de adoecer	0,048		
Chances razoáveis de adoecer	0,016*	0,349	0,148 - 0,825
Fortes chances de adoecer	0,266	0,628	0,277 – 1,425

* $p < 0,05$; OR = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.

4.9 Associações entre Despersonalização e variáveis mediadoras

Considerando as variáveis mediadoras, houve evidências estatísticas de associação entre Despersonalização e as seguintes variáveis: religião, estresse precoce, sintomas de estresse, fase do estresse, tipo de sintomas, percepção de estresse, sofrimento mental comum, estilo de vida, ansiedade e depressão, conforme descrito na Tabela 14.

Tabela 14 - Testes de associação entre a dimensão Despersonalização e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

	Variável	Baixa/ Moderada Dp	Alta Dp	Pearson Chi-Square	Exato de Fisher
Religião	Não	23 (60,5%)	15 (39,5%)	0,029*	---
	Sim	188 (77,0%)	56 (23,0%)		
Estresse Precoce	Não	167 (78,4%)	46 (21,6%)	0,015*	---
	Sim	44 (63,8%)	25 (36,2%)		
Sintomas de Estresse	Não	127 (84,1%)	4 (15,9%)	0,000*	---
	Sim	84 (64,1%)	47 (35,9%)		
Fase do Estresse	Não apresentam sintomas de estresse	127 (84,1%)	4 (15,9%)	0,001*	---
	Alerta	2 (40,0%)	3 (60,0%)		
	Resistência	72 (66,7%)	36 (33,3%)		
	Quase exaustão	10 (55,6%)	8 (44,4%)		
	Não apresentam sintomas de estresse	127 (84,1%)	4 (15,9%)		
Tipo de sintomas	Físicos	25 (67,6%)	12 (32,4%)	0,000*	---
	Psicológicos	52 (61,9%)	32 (38,1%)		
	Físicos e psicológicos	7 (70,0%)	3 (30,0%)		
Percepção de estresse		211 (74,2%)	71 (25,2%)	0,000*	---
Transtorno Mental Comum	Não	144 (82,3%)	31 (17,7%)	0,000*	---
	Sim	67 (62,6%)	40 (37,4%)		
Estilo de Vida	Regular	12 (37,5%)	20 (62,5%)	---	,000*
	Bom	80 (73,4%)	29 (26,6%)		
	Muito bom	100 (83,3%)	20 (16,7%)		
	Excelente	19 (90,5%)	2 (9,5%)		
Ansiedade	Não	147 (80,8%)	35 (19,2%)	0,002*	---
	Sim	64 (64,0%)	36 (36,0%)		
Depressão	Não	162 (79,4%)	42 (20,6%)	0,000*	---
	Sim	49 (62,8%)	29 (37,2%)		

* p < 0,05

4.10 Correlações entre Despersonalização e variáveis mediadoras

Nas correlações obtidas pelas análises de regressão evidenciaram que entre os profissionais que referiram não possuir uma crença religiosa ($p=0,039$; OR: 2,162) representam 2,1 vezes mais chances de estarem com Despersonalização quando comparado com aqueles profissionais que referiram possuir uma crença religiosa.

É possível verificar também que os profissionais que têm um estilo de vida considerado regular ($p=0,032$; OR: 7,979) pode representar quase oito vezes mais chances de desenvolverem Despersonalização em relação àqueles que possuem um estilo de vida bom, muito bom ou excelente.

Tabela 15 - Correlações obtidas através de regressão logística entre a variável Despersonalização e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Variável	P value	OR	IC 95%
<i>Religião</i>	0,039*	2,16	1,041 – 4,489
<i>Estilo de Vida</i>			
Bom	0,028		
Regular	0,032*	7,98	1,193 – 53,346
Muito Bom	0,363	2,168	0,410 - 11,464
Excelente	0,554	1,615	0,330 – 7,903

* $p < 0,05$; OR = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.

4.11 Associações entre Realização Pessoal e variáveis mediadoras

Considerando as variáveis mediadoras, houve evidências estatísticas de associação entre Realização Pessoal e as seguintes variáveis: filhos, sintomas de estresse, fase do estresse, percepção de estresse, sofrimento mental comum e estilo de vida, conforme descrito na Tabela 16.

Tabela 16 - Testes de associação entre a dimensão Realização Pessoal e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Variável		Baixa/ Moderada RP	Alta RP	Pearson Chi- Square	Exato de Fisher
Filhos	Não	66 (69,5%)	29 (30,5%)	0,046*	---
	Sim	107 (57,2%)	80 (42,8%)		
Sintomas de Estresse	Não	83 (55,0%)	68 (45,0%)	0,018*	---
	Sim	90 (68,5%)	41 (31,3%)		
Fase do Estresse	Não apresentam sintomas de estresse	83 (55,0%)	68 (45,0%)	0,045*	---
	Alerta	2 (40,0%)	3 (60,0%)		
	Resistência	77 (71,3%)	31 (28,7%)		
	Quase exaustão	11 (61,1%)	7 (38,9%)		
Percepção de estresse		173 (61,3%)	109 (38,6%)	0,000*	---
Transtorno Mental Comum	Não	94 (53,7%)	81 (46,3%)	0,001*	---
	Sim	79 (73,8%)	28 (26,2%)		
Estilo de Vida	Regular	25 (78,1%)	7 (21,9%)	---	,014*
	Bom	74 (67,9%)	35 (32,1%)		
	Muito bom	63 (52,5%)	57 (47,5%)		
	Excelente	11 (52,4%)	10 (47,6%)		

* $p < 0,05$

4.12 Correlações entre Realização Pessoal e variáveis mediadoras

Nas correlações obtidas pelas análises de regressão evidenciaram que trabalhar no serviço móvel de urgência e emergência ($p=0,017$; OR: 2,908) representa quase três vezes mais chances de ter baixa Realização Pessoal quando comparado aos profissionais que trabalham no serviço hospitalar. Já trabalhar como radioperador ($p=0,008$; OR: 0,103) representa um fator protetor para baixa Realização Pessoal quando comparado com os demais cargos.

Aqueles profissionais que sofreram estresse precoce ($p=0,036$; OR: 2,035) apresentam duas vezes mais chances de terem baixa Realização Pessoal quando comparado com aqueles profissionais que não sofreram traumas durante a infância.

É possível verificar também que ter uma percepção do estresse ($p < 0,000$; OR: 0,916) torna-se um fator protetor ao desenvolvimento de baixa Realização Pessoal e, entre os profissionais que apresentaram ansiedade ($p = 0,036$; OR: 2,318) há duas vezes mais chances de estarem com baixa Realização Pessoal quando comparado com aqueles profissionais que não apresentaram sintomas de ansiedade, conforme descrito na tabela 17.

Tabela 17 Correlações obtidas através de regressão logística entre a variável Realização Pessoal e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016.

Variável	P value	OR	IC 95%
<i>Tipo de serviço</i>			
Hospitalar	0,056		
Móvel	0,017*	2,90	1,211 - 6,984
Pré-hospitalar	0,479	1,24	0,678 - 2,288
<i>Tipo de serviço</i>			
Auxiliar de Enfermagem	0,024		
Técnico de Enfermagem	0,925	1,04	0,478 - 2,253
Enfermeiro	0,219	0,570	0,232 - 1,397
Médico	0,126	0,418	0,137 - 1,276
Radioperador	0,008*	0,103	0,019 - 0,547
<i>Estresse Precoce</i>	0,036*	2,03	1,046 - 3,958
<i>Percepção de estresse</i>	0,000*	0,92	0,874 - 0,960
<i>Ansiedade</i>	0,036*	2,32	1,058 - 5,077

* $p < 0,05$; OR = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.

5 DISCUSSÕES

O Burnout tem sido estudado a nível nacional e internacional há mais de quatro décadas e representa, atualmente, um importante fator de risco psicossocial de consequências relevantes não só para o indivíduo, como também para as organizações e para as pessoas que recebem o atendimento.

Neste estudo, confirmou-se que a estrutura trifatorial da escala foi mantida como na versão original e, além disso, confirmou-se também que algumas das variáveis mediadoras se relacionaram com o fenômeno Burnout e podem se comportar seja potencializando ou protegendo o indivíduo.

5.1 Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory

Neste estudo a estrutura fatorial encontrada manteve como na versão original, uma estrutura trifatorial composta pelas três dimensões confirmando o apoio empírico estrutural trifatorial do MBI (ALUJA, BLANCH e GARCIA, 2005; MANSO-PINTO, 2006; LARA et. al., 2008; OLIVARES-FAÚNDEZ, 2009; VICENTE, OLIVEIRA e MAROCO, 2013; FAÚNDEZ et. al., 2014).

Apesar do MBI-HSS possuir boa consistência interna em diversas populações é necessário confirmar se a escala apresenta consistência interna na amostra em estudo. Nesta amostra, considerando-se o instrumento completo, foi adequada para os fatores Exaustão Emocional ($\alpha=0,88$) e Realização Pessoal ($\alpha=0,69$), estando abaixo do adequado para o fator Despersonalização ($\alpha=0,59$). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos desenvolvidos em outros países, intuindo que a escala apresenta certa validade transcultural superando as deficiências observadas nas adaptações em relação à linguagem. (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1999; BUZZETTI-BRAVO, 2005; LARA et. al., 2008; OLIVARES-FAÚNDEZ, 2009; AGUAYO et. al., 2011; CHAO et. al., 2011; VICENTE, OLIVEIRA e MAROCO, 2013; FAÚNDEZ et. al., 2014).

Devido à complexidade e subjetividade presentes nos instrumentos psicométricos, destaca-se a relevância de se medir a consistência interna de uma escala, para uma

determinada amostra, a fim de verificar se os itens que constituem o instrumento estão relacionados entre si.

Normalmente, tem-se encontrado índices entre 0,71 a 0,91 para a dimensão Exaustão Emocional, entre 0,69 a 0,87 para Realização Pessoal, e entre 0,42 a 0,64 para Despersonalização (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1999; LARA et. al., 2008; OLIVARES-FAÚNDEZ, 2009; AGUAYO et. al., 2011; CHAO et. al., 2011; FAÚNDEZ et. al., 2014).

Conforme Carlotto e Câmara (2007), a dimensão Exaustão Emocional é a menos vulnerável às questões culturais, devido ao caráter mais universal que há entre o sentimento de desgaste pelo trabalho e as questões que o abordam (relação entre a dimensão e o constructo).

A baixa consistência interna da dimensão Despersonalização em comparação com as outras duas dimensões de Exaustão Emocional e Realização Pessoal é frequentemente encontrada em outros estudos (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1999; BUZZETTI-BRAVO, 2005; GIL-MONTE, 2005; LARA et. al., 2008; OLIVARES-FAÚNDEZ, 2009; AGUAYO et. al., 2011; CHAO et. al., 2011; VICENTE, OLIVEIRA e MAROCO, 2013; FAÚNDEZ et. al., 2014). Esse problema pode ser considerado devido à linguagem e também pelo reduzido número de itens que a compõe (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1999; GIL-MONTE, 2005).

Segundo Carlotto e Câmara (2007) há outro fator importante a ser mencionado que é a cobrança social, por seu uma profissão cujo objetivo central é o cuidado ao próximo, apresentar certo nível de despersonalização pode representar uma ameaça psicológica para o indivíduo, e interferir nos seus níveis de autoestima e autoeficácia percebidas, pois os sentimentos de despersonalização referem certo distanciamento face aos receptores do serviço.

Alguns fatores podem explicar a baixa consistência interna na dimensão Despersonalização. O tamanho amostral é um fator importante que interfere na maioria dos testes estatísticos. Porém, neste caso, acredita-se que o número reduzido de itens que compõem a dimensão Despersonalização deva ser o fator que mais prejudica o cálculo da consistência interna, porque resultados baixos nesta dimensão tem sido encontrados nos mais diferentes estudos, com tamanho amostral variável, em muitos países.

Neste estudo, foi possível obter uma solução fatorial adequada, com níveis de ajuste satisfatórios, atentando a sensibilidade psicométrica dos itens na amostra. Todos os itens que compõem o MBI-HSS apresentaram assimetria e curtose adequadas, permitindo afirmar que de modo geral se ajustam bem a uma distribuição normal, podendo discriminar de maneira adequada diferentes níveis de avaliação em relação aos sintomas propostos. Tal resultado

pode ser corroborado por outros estudos (OLIVARES-FAÚNDEZ, 2009; FAÚNDEZ et. al., 2014).

Considerando as cargas fatoriais dos itens que compõem a escala MBI-HSS, é possível verificar algumas debilidades em outros estudos que podem estar relacionados às características amostrais, ao desenho da escala ou aos fatores culturais (GIL-MONTE, UNDA ROJAS & SANDOVAL, 2009; FAÚNDEZ et. al., 2014). Observou-se neste estudo, que o tamanho amostral foi adequado para a realização da AFC, porém, não foi possível homogeneizar a amostra.

Apesar do ajustamento satisfatório dos três modelos testados para o MBI-HSS, o Modelo 3 pode ser considerado o mais parcimonioso e foi o modelo de escolha para a continuação do processo de validação da estrutura fatorial do MBI-HSS na amostra. Optou-se pela sua reespecificação considerando-se as correlações entre erros detectadas pelos índices de Modificação e quatro itens apresentaram peso fatorial abaixo do considerado adequado e assim, foram removidos do modelo.

É comum haver problemas de validade e confiabilidade nos instrumentos elaborados em outros idiomas devido aos problemas de linguagem e tradução, diferenças culturais em relação ao construto que está sendo avaliado, problemas no desenho do instrumento (quando este não mede o que pretende medir) ou porque a teoria que sustenta o instrumento não é universal.

Neste estudo, os itens removidos foram: 16 do fator Exaustão Emocional, 9 e 12 do fator Realização Pessoal e o item 15 do fator Despersonalização, por apresentarem peso fatorial abaixo do considerado adequado. Os itens 12 e 16 que foram excluídos neste estudo vão de encontro a outros estudos por apresentarem problemas fatoriais. Alguns autores recomendam a exclusão destes itens tendo por base as reflexões teóricas sobre a importância desses itens para a definição do constructo (MAROCO et. al., 2008; CÓRDOBA et. al., 2011; WILKE, ROMÁN & FAÚNDEZ, 2011; VICENTE, OLIVEIRA e MAROCO, 2013).

Comparando estes resultados com a literatura internacional observa-se que, os itens 12 e 16 estão presentes em inúmeros estudos realizados com diversos tipos de população (profissionais portugueses que trabalham na área de intervenção social, profissionais espanhóis de múltiplas áreas de atuação, trabalhadores chilenos da área de serviços humanos, etc). Os próprios autores Maslach e Leiter (1997) sugeriram não considerar os itens 12 e 16 nos estudos fatoriais confirmatórios (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1999; DENSTEN, 2001).

Já os itens 9 e 15 foram excluídos deste estudo por comportarem de maneira indevida (ambiguidade) e por pontuarem baixo peso fatorial. Este achado não foi encontrado em outros

estudos nacionais ou internacionais, porém, não há um consenso em relação aos itens que são incluídos ou excluídos da escala.

A literatura aponta ainda outros itens a serem excluídos devido ambiguidade fatorial em mais de uma dimensão, como é o caso dos itens 2, 6, 12, 16 e 20, que apresentam mais problemas nesta ordem em outros estudos, conforme adverte Gil-Monte (2005).

Em estudo conduzido por Vicente, Oliveira e Maroco (2013) foram eliminados os itens 5, 6, 7, e 22. Faúndez e colaboradores (2014), sem seu estudo com profissionais de diferentes serviços, excluíram os itens 12, 13, 14, 20 e 21 por apresentarem um comportamento inadequado na matriz fatorial. Estudo realizado por Manso-Pinto (2006), com uma amostra de assistentes sociais, concluíram que os itens 14, 16 e 20 apresentaram uma valor inapropriado de comportamento fatorial. Buzzetti-Bravo (2005) evidenciou em seu estudo com uma amostra de professores que o item 21 deveria ser eliminado da escala. Olivares-Faúndez (2009) evidenciou em seu estudo com amostra multiprofissional que o item 12 apresentava comportamento fatorial inadequado. O mesmo ocorreu no estudo de Barría (2002), com uma amostra de assistentes sociais, por comportamento inadequado na matriz fatorial, eliminou os itens 12 e 18 da escala.

Schaufeli e Van Dierendonck (1993) excluíram os itens 12, 13, 16 e 18, evidenciando uma escala composta por 18 itens. Já Densten (2001) demonstrou um modelo de cinco fatores e excluiu 3 itens da escala, 12, 13 e 14. Em três estudos sucessivos realizados por Byrne (1991 e 1994), comprovou que os itens 12, 16 e 20 não se ajustavam de forma adequada a matriz fatorial. Samaranayake e Seneviratne (2012) em seu modelo trifatorial, identificaram que os itens 4 e 13 possuíam baixa pontuação psicométrica. Em um estudo de meta-análise com uma amostra de 45 pesquisas, realizado por Workey e colaboradores (2008), foi possível identificar os itens com maiores problemas, seja de carga fatorial saturada ou de baixo peso fatorial, sendo os itens 1, 2, 7, 12, 13, 14, 16, 18 e 20.

Essa discrepância que é encontrada nos estudos de adaptação do MBI para outros idiomas, segundo Kristensen e colaboradores (2005) pode dever-se mais a questões de gênero, cultura e contexto socioeconômico que de questões técnicas e fiáveis de tradução. Já Wilke e colaboradores (2012) argumentam que essas debilidades fatoriais de alguns itens do MBI podem estar relacionadas às características da amostra e não pelo desenho do instrumento ou por fatores culturais.

Neste estudo alguns itens apresentaram cargas fatoriais mais baixas do esperado. Espera-se que esse achado possa ser explicado pelas características da amostra, considerando que não foi possível sua homogeneização. Apesar da eliminação de quatro itens da escala

original, a solução resultante do processo de análise fatorial confirmatória composta por 18 itens replica o modelo teórico de Maslach e Jackson (1981), reproduzindo as relações teóricas esperadas entre os fatores (FAÚNDEZ et. al., 2014).

A consistência interna dos três fatores do MBI-HSS foi recalculada considerando-se a exclusão dos itens e foram consideradas adequadas. Deste modo, considera-se o MBI-HSS uma medida com validade fatorial aceitável para avaliação do Burnout em uma amostra de profissionais de saúde que trabalham nos serviços de urgência e emergência.

5.2 Prevalência de Burnout

A prevalência de Burnout identificada neste estudo foi de 13,2%. Na literatura há prevalências mais baixas que variam de 5,7% a 10,7% conforme pode-se verificar. Mata e colaboradores (2016) encontraram uma prevalência de 5,7% numa amostra de 434 profissionais de saúde portugueses. Já no estudo de Monteiro e colaboradores (2016) 6,5% foi a prevalência entre os profissionais de saúde brasileiros numa amostra de 29 participantes. Outra prevalência mais baixa, de 6,7%, foi encontrada entre uma amostra de 269 profissionais de saúde brasileiros (DAL PAI et. al., 2015).

Silva e colaboradores (2015) encontraram 7% em uma amostra de 258 profissionais de saúde portugueses. Uma prevalência muito semelhante, de 7,1%, foi identificado no estudo de Merce e colaboradores (2016) numa amostra de profissionais de enfermagem brasileiros. E, foram identificados 10,7% em outro estudo brasileiro, com uma amostra de 130 profissionais de enfermagem (SILVA et. al., 2015d).

Há também prevalências mais altas como 40%, numa amostra de 122 médicos brasileiros (BARROS et. al., 2016). Estudo de Maroco e colaboradores (2016) foram identificados 43,3% em uma amostra de 1.262 enfermeiros e de 49,4% na amostra de 466 médicos, ambas as amostras de profissionais de saúde portugueses. Estudo realizado com as mesmas categorias profissionais, porém brasileiros, encontrou-se uma prevalência de 14,4% numa amostra de 188 participantes (ZANATTA & LUCCA, 2015).

Considerando os agravos que podem ser ocasionados pelo Burnout, e também as próprias características do trabalho em emergência, a prevalência de 13,2% encontrada neste estudo torna-se bastante preocupante, porque são profissionais que já estão com a Síndrome de Burnout instalada, e continuam desenvolvendo suas atividades laborais.

Considerando as três dimensões que compõem a síndrome de maneira isolada, foram encontrados 30,5% dos participantes com alto nível de Exaustão Emocional, 25,2% com alto nível de Despersonalização e 61,3% com baixa Realização Pessoal.

Esses percentuais são considerados elevados e preocupantes. Tomando em consideração a dimensão Exaustão Emocional, é possível entender que 30,5% do total de profissionais, não estão encontrando estratégias individuais para lidarem com os estressores laborais e já se encontram submetidos ao estresse crônico.

Dando seguimento, em outra parcela significativa, as relações interpessoais, seja entre profissional-paciente ou entre os colegas de trabalho, podem estar comprometidas porque esses profissionais já desenvolveram níveis de alta Despersonalização.

E, finalizando a análise das dimensões do Burnout, com os dados de baixa Realização Pessoal, observa-se que mais da metade dos participantes não conseguem enxergar seu trabalho de forma positiva, e talvez pela falta de reconhecimento de seu trabalho passam a avaliar-se negativamente.

Observa-se que estes resultados podem gerar implicações tanto a nível individual quanto organizacional. A nível individual o Burnout pode gerar sintomas físicos, psicológicos, comportamentais e defensivos. Esses sintomas poderão refletir no processo do trabalho, mais especificamente na qualidade do serviço prestado. Cabe lembrar que as expectativas dos indivíduos frente à sua profissão, organização e crença de autoeficácia poderão contribuir para o desenvolvimento da síndrome.

A alta prevalência de Exaustão Emocional foi corroborada por outros estudos, também em amostras de profissionais de saúde (SILVA et al, 2015c; NAVARRO-GONZÁLEZ, AYECHU-DIAZ & HUARTE-LABIANO, 2015; MERCES et. al., 2016; SILVA et. al., 2015d; MATA et. al., 2016; SILVA et. al., 2015; OLIVEIRA & ARAÚJO, 2016). A Exaustão Emocional é o componente individual da síndrome. Trata-se de uma sobrecarga emocional com respostas físicas, emocionais ou ambas, que aparece associada a uma diminuição ou falta de energia. Estar com alta Exaustão Emocional traduz a sensação de estar emocionalmente esgotado, no limite de suas possibilidades, decepcionados, frustrados com o trabalho e cansados de trabalhar em contato com pessoas (SOUSA et. al., 2016).

Alta Despersonalização também é regularmente encontrada em outros estudos (SILVA et al, 2015c; NAVARRO-GONZÁLEZ, AYECHU-DIAZ & HUARTE-LABIANO, 2015; MERCES et. al., 2016; MATA et. al., 2016; SILVA et. al., 2015d; SILVA et. al., 2015; OLIVEIRA & ARAÚJO, 2016). Considerada o componente interpessoal da síndrome, a Despersonalização trata-se de um mecanismo autoprotetor como resultado aos altos níveis de

Exaustão Emocional. Com alta Despersonalização o profissional torna-se mais duro, trata as pessoas de forma desumanizada, como objetos, enrijecendo-se emocionalmente (SOUSA et. al., 2016).

E, baixa Realização Pessoal, também pode ser confirmada em outros estudos (MATA et. al., 2016; SILVA et al, 2015c; SILVA et. al., 2015; SILVA et. al., 2015d; MERCES et. al., 2016; NAVARRO-GONZÁLEZ, AYECHU-DIAZ & HUARTE-LABIANO, 2015; OLIVEIRA & ARAÚJO, 2016). Realização Pessoal é a dimensão da autoavaliação, componente essencial, é o resultado do sentimento de redução da autoeficácia, carência de recursos no trabalho, apoio social e oportunidades para o desenvolvimento profissional. O profissional sente-se desmotivado, não exercem influência positiva nem tratam os problemas com eficácia (SOUSA et. al., 2016).

Ressalta-se que as crenças de autoeficácia desempenham um papel fundamental na forma de lidar com as circunstâncias da vida e afeta diretamente nas decisões individuais. Observa-se que a falta de realização pessoal está relacionada à crença de baixa autoeficácia, e pode também propiciar a autodepreciação, sentimentos de fracasso e levar ao Burnout.

5.3 Burnout e variáveis mediadoras

Considerando o Burnout como uma variável multidimensional, é importante destacar que, para o seu desenvolvimento, é necessário considerar outras variáveis, tanto individuais como laborais. Neste estudo, as variáveis individuais e laborais foram mencionadas como variáveis mediadoras, e verificou-se que houve evidências estatísticas de associação entre Burnout e as variáveis: escolaridade, estresse precoce, estresse atual (sintomas, fase e tipo), percepção de estresse, transtornos mentais comuns, estilo de vida, ansiedade e depressão. Estas variáveis podem ser classificadas de acordo com o modelo proposto em dois grupos: variáveis individuais (escolaridade, estresse precoce, estilo de vida, percepção do estresse) e consequências (estresse atual, TMC, ansiedade e depressão).

As características individuais, por si só, não levam ao desenvolvimento da síndrome. Porém, podem funcionar com mediadoras no processo, atuando como potencializadores ou protetores da ação dos agentes estressores que estão presentes no contexto do trabalho.

A escolaridade é uma variável bastante conhecida pela literatura científica, tanto nacional como internacional, por associar-se ao Burnout. Quanto maior a escolaridade, maior

a probabilidade de desenvolver a Síndrome de Burnout (JODAS & HADDAD, 2009; FRANÇA & FERRARI, 2012).

Neste estudo, evidenciou-se que ter curso superior pode representar duas vezes mais chances de desenvolver Burnout. Provavelmente, entre os profissionais de saúde dos serviços de emergência investigados, a maior a escolaridade pode estar relacionada a maiores responsabilidades e expectativas.

Monteiro e Carlotto (2014) destacam que, se há maior escolaridade, houve maior investimento profissional, e o indivíduo desenvolverá maiores expectativas sobre seu contexto laboral. Além disso, a responsabilidade é maior quando comparado aos profissionais que exercem as tarefas operacionais. Ressalta-se ainda, que as altas discrepâncias entre as expectativas profissionais e a realidade laboral podem propiciar o desenvolvimento do Burnout (CORDES & DOUGHERTY, 1993).

A associação entre Burnout e estresse precoce evidenciada nesse estudo não foi encontrada na literatura. Não há estudos que avaliaram estes fenômenos conjuntamente. Os estudos que abordam a temática do estresse precoce estão regularmente associados aos transtornos mentais, risco de suicídio, entre outros (MARTINS et. al., 2011; CARR et. al., 2013).

Entende-se que, a associação entre Burnout e estresse precoce encontrada neste estudo, pode ser explicada pelo fato de que as pessoas que sofreram esse tipo de trauma na infância, lamentavelmente, podem não desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com os estressores laborais, e posteriormente aumentar as chances de desenvolvimento do Burnout (PEREIRA et. al., 2015).

Bandura (1977) adverte que há evidências que sustentam a relação entre autoeficácia e as escolhas cotidianas. Considera ainda que a autoeficácia e as experiências diárias podem intervir em suas atitudes perante os estressores no trabalho. Neste sentido, as crenças de autoeficácia exercem um papel essencial na forma de organizar, criar e lidar com as circunstâncias da vida e afeta diretamente nas decisões individuais.

Observou-se que, além do estresse precoce, o Burnout também foi associado ao estresse atual (percepção, sintomas e fase). Provavelmente, perceber e reconhecer que sente-se estressado pode refletir em maiores níveis de Exaustão Emocional e conseqüentemente aumentar as chances de desenvolvimento do Burnout.

A maneira como a autoeficácia pode influenciar o indivíduo nos diversos aspectos de vida podem ser tanto positiva, quanto negativa (FERREIRA & AZZI, 2010; BARROS & BATISTA-DOS-SANTOS, 2010). Segundo esses autores, os indivíduos com sentimento

elevado de autoeficácia concentram-se mais em suas oportunidades. Já aqueles com baixa autoeficácia focam-se nos problemas criando em torno de si, um alto nível de ansiedade, depressão e estresse, podendo chegar ao desencadeamento da Síndrome de Burnout.

Desta forma, o adoecimento do profissional poderá ocorrer como consequência do desenvolvimento da Síndrome de Burnout, dependendo também das variáveis individuais e laborais.

O transtorno mental comum (TMC) esteve presente em 37,9% dos participantes e foi evidenciada sua associação com o Burnout. De acordo com a Literatura, é bastante comum encontrar suspeição de TMC entre os profissionais de saúde e há estudos corroboram com este resultado (KIRCHHOF et. al., 2009; CARVALHO et. al., 2013; RODRIGUES et. al., 2014; SILVEIRA, CÂMARA & AMAZARRAY, 2014; SILVA et. al., 2015d). Trabalhadores de saúde expostos a altas exigências psicológicas e a baixo controle no trabalho podem apresentar duas vezes mais chances de desenvolverem TMC (KIRCHHOF et. al., 2009).

A associação evidenciada neste estudo provavelmente pode ser explicada pelo fato de que as manifestações de ambas ocorrem por sintomas psíquicos. Silva e Menezes (2008) observaram que, como o Burnout é composto por três dimensões, entre elas a Exaustão Emocional, esse esgotamento emocional talvez seja uma alternativa de manifestação dos TMC. Já Portela e colaboradores (2015) consideraram o fato de que o Burnout é manifestado também por sintomas psíquicos, que incluem falta de atenção, alterações na memória, ansiedade, impaciência, mudanças bruscas de humor, desconfiança e frustração.

Neste contexto, na medida que o profissional apresenta TMC, caracterizados por sintomas de fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, também pode desenvolver sentimentos de falta de energia, esgotamento dos recursos para lidar com os estressores laborais e também frustração e tensão. Somados ambos os transtornos, podem intensificar o processo de desgaste mental dos profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes nos setores de urgência e emergência.

É importante mencionar que diversos fatores podem estar associados ao surgimento do Burnout e, dentre elas, a crença de autoeficácia como uma variável mediadora da síndrome. Neste sentido, a forma negativa de se autoavaliar pode agir sobre a autoregulação do indivíduo e como consequência do Burnout gerar o adoecimento.

Observou-se que, a associação entre Burnout e as variáveis ansiedade e depressão, possivelmente pode ser justificada devido ao fato que tais variáveis fazem parte das alterações emocionais consideradas consequências do Burnout (OLIVEIRA & PEREIRA, 2012; LIMA, 2014).

Segundo Lima (2009) a baixa crença de autoeficácia está relacionada a dificuldade de resolver os problemas e pode ainda levar a ansiedade, estresse e depressão.

O estilo de vida do indivíduo reflete diretamente em sua saúde. Neste estudo, foi possível confirmar que o estilo de vida também se associou com o Burnout. Boa alimentação, hábitos saudáveis, tempo para lazer e interações sociais sadias podem contribuir para reduzir tensões, diminuir assim o estresse e manter a saúde no trabalho (JODAS & HADDAD, 2009; PORTELA et. al., 2015).

Por outro lado, o contexto de vida pode proporcionar diariamente mudanças às quais a pessoa não tem nenhum controle e, muitas vezes, não conseguir lidar com tais mudanças pode levar ao adoecimento. Evidenciou-se neste estudo que, ter chances razoáveis de adoecer, representa um fator protetor ao desenvolvimento da síndrome quando comparado às fortes chances de adoecer.

O setor em que o profissional atua pode contribuir para o desenvolvimento do Burnout (PEREIRA et. al., 2014). Os serviços de emergência são setores de constante sofrimento e com frequentes perdas, pelo atendimento de pessoas em grave estado de saúde onde o profissional precisa atuar de forma imediata. Neste estudo o serviço foi dividido em três tipos, móvel, pré-hospitalar e hospitalar.

As análises de regressão evidenciaram que trabalhar no serviço móvel de urgência e emergência representa um fator protetor quando comparado com o serviço hospitalar. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que os setores fechados, no caso os setores de emergências hospitalares e também pré-hospitalares, há demandas de altas exigências e ritmos intensos de trabalhos, que é diferente do serviço móvel, que não proporciona essa rotina diária (BARROS et. al., 2008; PEREIRA et. al., 2014).

5.4 As dimensões de Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) e variáveis mediadoras

5.4.1 Exaustão Emocional e variáveis mediadoras

Neste estudo foi possível evidenciar correlações entre a dimensão Exaustão Emocional e as seguintes variáveis: escolaridade, uso de psicofármacos, afastamento do trabalho no último ano, transtornos mentais comuns e reajustamento social.

Observa-se que, reações emocionais negativas frente ao trabalho podem levar os profissionais a mostrarem-se mais vulneráveis a sentirem-se esgotados, tanto fisicamente quanto mentalmente (FERREIRA et. al., 2007).

Esse pressuposto pode explicar os resultados encontrados neste estudo, em que profissionais que fazem uso de psicofármacos, que tiveram afastamento do trabalho no último ano, que apresentaram transtornos mentais comuns e fortes chances de adoecer mostraram alto nível de Exaustão Emocional.

Importante ressaltar que os sintomas de fadiga, raiva, atitudes negativas frente ao trabalho não são somente provocados pelo desgaste físico e emocional oriundo da Exaustão Emocional, mas também do ambiente organizacional (FRANÇA et. al., 2012).

Profissionais mais capacitados academicamente possuem mais chances de apresentarem alta Exaustão Emocional. Provavelmente se deve ao fato de que, quanto maior capacitação, maior a cobrança. Outro fator identificado é que muitos profissionais inicialmente apresentaram forte comprometimento e motivação, e no decorrer do processo de trabalho, das interações interpessoais, a sobrecarga emocional é intensificada de tal maneira que a tendência é de diminuir o nível de comprometimento devido ao desgaste físico e emocional (CHERNISS, 1980; MONTEIRO et. al., 2016).

Evidenciou-se a correlação entre Exaustão Emocional e uso de psicofármaco que, possivelmente, pode ser explicado pelo motivo do profissional buscar no medicamento um alívio para seus problemas e, como os fatores estressantes no trabalho continuarão presentes, é provável que o profissional faça uso irracional do psicofármaco.

Virtanen e colaboradores (2007) encontraram em seu estudo forte associação entre o uso de psicofármaco e o estresse laboral, resultado este, que vai ao encontro da ideia de fuga dos estressores laborais por meio da medicação.

Navarro-González, Ayechu-Díaz e Huarte-Labiano (2015), em seu estudo sobre Burnout em profissionais de saúde, evidenciaram um aumento de consumo de psicofármacos entre os profissionais com maior escore e, mais especificamente, diferenças significativas entre uso de psicofármaco e a dimensão de Exaustão Emocional, sendo que, quanto maior o uso, maior o risco para alta Exaustão Emocional.

Outro estudo apresentou resultados bem preocupantes em que o uso de psicofármacos esteve associado a uma chance de aproximadamente 9:1 para alta Exaustão Emocional quando comparado com os profissionais que referiram não fazer uso (MARTINS et. al., 2014).

Neste estudo, os profissionais que se afastaram do trabalho no último ano apresentaram duas vezes mais Exaustão Emocional. É importante ressaltar que a persistência na realização das funções laborais, mesmo frente a evidências de adoecimento, pode levar ao agravamento da saúde do profissional e refletir na qualidade do serviço (RODRIGUEZ & CARLOTTO, 2014).

Estudo de Monteiro e colaboradores (2016) apontou que, 41,4% dos profissionais de saúde brasileiros pesquisados, tiveram licença de saúde para tratamento de problemas relacionados aos problemas mentais no último ano. Entende-se, por essas evidências, que o profissional não está atento às suas próprias necessidades de saúde e o agravamento do quadro pode tornar-se bastante preocupante.

Outra evidência deste estudo foi que os profissionais que apresentaram sintomas de TMC apresentaram também três vezes mais chances de estarem com alta Exaustão Emocional. Ressalta-se, com este resultado, que os profissionais participantes do estudo encontravam-se em atividade profissional podendo assim, caracterizar a existência de presenteísmo ocupacional, ou seja, o profissional está presente fisicamente, porém, totalmente ausente mental e emocionalmente (RODRIGUEZ & CARLOTTO, 2014).

Entende-se que, estar com alta Exaustão Emocional, significa que o profissional já não possui recursos emocionais para lidar com os estressores laborais. Levando em consideração o fato de apresentar sintomas de TMC, pode também ocasionar em algum momento afastamento das atividades laborais e, devido à sintomatologia, afetar não só o indivíduo, mas de maneira indireta os colegas da equipe que passarão a ter sobrecarga de trabalho.

Para alguns indivíduos todas as mudanças que ocorrem em sua vida, tanto pessoal quanto profissional, podem gerar estresse e levar ao adoecimento. Neste estudo, a variável reajustamento social representa as mudanças que podem ocorrer na vida do indivíduo e, possivelmente, interferir em sua saúde.

A variável reajustamento social correlacionou-se com Exaustão Emocional. Neste caso, observa-se que os profissionais que possuem mais dificuldades para lidarem com as mudanças que surgem no decorrer da vida terão fortes chances de adoecer e, assim, mais chances de desenvolverem Exaustão Emocional. Monteiro e colaboradores (2016) adicionam ainda que o indivíduo deve estar atento as estratégias utilizadas para lidar com os estressores que surgem não só no trabalho, mas também no contexto familiar e particular. Segundo Elias e Navarro (2006), pode haver um agravamento dos problemas profissionais quando esses se somam aos problemas de ordem pessoal.

5.4.2 Despersonalização e variáveis mediadoras

Ressalta-se que as crenças de autoeficácia e as experiências vivenciadas pelo indivíduo podem interferir em suas atitudes perante os demais indivíduos. As crenças de autoeficácia desempenham um papel fundamental na forma de organizar, criar e lidar com as circunstâncias da vida e afeta diretamente nas decisões individuais (BANDURA, 2005; BANDURA, 2008; FERREIRA, 2014).

Neste estudo, a Despersonalização se correlacionou com religião e estilo de vida. A variável religião é uma estratégia de enfrentamento bastante utilizada e presente na literatura científica. Neste estudo, os profissionais que referiram não ter uma crença religiosa tiveram duas vezes mais chances de desenvolverem alta Despersonalização.

Ressalta-se que a frustração a ser projetada de forma agressiva ao receptor do serviço pode ter sido gerada devido a percepção de baixo rendimento laboral que foi estabelecida pela relação entre crenças de autoeficácia, Realização Pessoal e Despersonalização.

Estar com alta Despersonalização significa tratar o paciente de forma mais desumanizada, não importar com seu problema de saúde e sim, considerar que o paciente é merecedor da situação de adoecimento. Pode-se observar que, essa inviabilização emocional de acolhimento, pode ocorrer devido ao cambio de foco, que deixa de ser direcionado ao paciente e passa a ser direcionado para o próprio profissional, com seus próprios problemas e emoções que necessitam de cuidado (MONTEIRO et. al., 2016).

Provavelmente, o indivíduo que busca ajuda, seja apoio social ou neste caso, apoio religioso, denota aceitar a própria fragilidade e aceitar que sozinho não consegue superar os estressores que esteja vivenciando (MONTEIRO et. al., 2016). Fica evidente que o

profissional necessita cuidar também de si mesmo para posteriormente prestar cuidado aos pacientes.

O profissional que possui um estilo de vida considerado regular demonstrou ter sete vezes mais chances de estar com alta Despersonalização. A baixa remuneração e a necessidade de complementar a renda faz com que os profissionais busquem múltiplos empregos, comprometendo assim, as atividades de lazer e causando prejuízos para sua saúde e qualidade de vida. Para Abreu, Gonçalves e Simões (2014) esse fato cria um cotidiano de desgaste físico e psicológico para os profissionais de saúde que pode interferir diretamente na saúde desses trabalhadores.

5.4.3 Realização Pessoal e variáveis mediadoras

Evidenciaram-se correlações entre a dimensão Realização Pessoal e as variáveis: tipo de serviço, cargo exercido, estresse precoce, percepção do estresse e ansiedade.

A dimensão Realização Pessoal é um fator motivador para qualquer profissional e se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional (MENDES et. al., 2013). Evidenciou-se neste estudo que, dependendo do tipo de serviço e cargo, aumentam as chances de baixa Realização Pessoal. Além disso, os profissionais que sofreram estresse precoce, que percebem o estresse atual e apresentam sintomas de ansiedade, também obtiveram maiores chances de baixa Realização Pessoal.

A importância do trabalho em si na motivação humana, e suas implicações no resultado do trabalho, confirmam a assertividade de que os fatores relacionados ao trabalho, às tarefas e deveres relacionados ao cargo, recompensam o indivíduo e, quando isso não ocorre, o profissional passa a qualificar seu trabalho de maneira negativa, diminuindo assim sua realização pessoal e profissional (MENDES et. al., 2013).

Neste estudo, os profissionais que trabalham no serviço de urgência e emergência móvel, apresentaram mais chances de desenvolverem baixa Realização Pessoal do que os profissionais que trabalham no serviço de urgência e emergência de nível hospitalar.

Em relação ao cargo, os profissionais que trabalham como radioperadores apresentaram uma maior proteção à baixa Realização Pessoal quando comparados aos demais profissionais. Pode-se considerar que essa proteção se deve ao fato de ser cargo de menor nível de formação, sendo assim, de menores exigências.

Os profissionais que sofreram determinados traumas na infância apresentaram maiores chances de estarem com baixa Realização Pessoal, e, perceber os próprios sintomas de estresse é um fator protetor à baixa Realização Pessoal.

A correlação entre baixa Realização Pessoal e sintomas de ansiedade pode ser explicada pelo estado emocional pertinente a momentos e situações específicas do trabalho. Rodriguez-Marín (1995) enfatiza que o contato profissional-paciente-familiares apresenta um fator preditivo ao Burnout, por ser uma relação permeada por sentimentos de ansiedade, tensão, medo e hostilidade.

Segundo Gil-Monte (2005), a autoeficácia atua nas três dimensões do Burnout, sendo mais intensa na dimensão Realização Pessoal. Assim, quanto mais baixas as crenças de autoeficácia, mais baixa será a Realização Pessoal. Neste sentido, o sentimento de impotência e a avaliação negativa de si mesmo são diretamente influenciados pelas crenças de autoeficácia.

Percebe-se que as dimensões da síndrome de Burnout estão associadas de maneira distinta às variáveis individuais e laborais, resultando assim que o adoecimento possui um caráter multi etiológico, apesar do foco principal da síndrome estar direcionado ao ambiente laboral.

6 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES

6 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES

O presente estudo contou com pontos fortes e algumas limitações conforme os apontamentos que seguem.

6.1 Contribuições do estudo

Entre as contribuições deste estudo, pode-se dizer que é um estudo inovador por não existir nenhum outro, seja na literatura nacional como também na internacional, com as mesmas características, um estudo multiprofissional que aborda uma diversidade de variáveis. Assim, os resultados revelam dados relevantes dos profissionais dos serviços de urgências e emergência no contexto do Burnout.

A validade fatorial do MBI-HSS encontrada na amostra sugere que o instrumento está medindo o constructo que se propõe a medir. Os resultados obtidos neste estudo confirmaram uma estrutura trifatorial conforme a escala original. Por mostrar validade fatorial e consistência interna dentro dos valores adequados, tais resultados evidenciaram que a escala pode ser utilizada para uma estimação global do Burnout.

O estudo foi realizado por meio de uma amostra probabilística com profissionais de saúde dos três tipos de serviços que prestam atendimento de urgência e emergência.

Evidenciou-se que algumas variáveis atuaram como mediadoras, tanto no processo de desencadeamento da síndrome, como também quando se focou as dimensões de maneira isolada.

Outro fator relevante a ser mencionado é a questão de dar ao participante um feedback do estudo. Regularmente os participantes não tomam conhecimentos dos resultados da pesquisa e, por esse motivo, acordou-se com cada participante que ele receberia seus próprios resultados.

6.2 Limitações do estudo

Quanto às limitações do estudo, é necessário enfatizar a necessidade de balancear a amostra em relação ao sexo, pois houve mais mulheres que homens na composição da amostra. Tal composição pode influenciar nos resultados. Seria conveniente ampliar o N amostral nos próximos estudos, a fim de corroborar os achados.

Apesar do MBI-HSS ser o instrumento mais utilizado para se medir Burnout, recomenda-se realizar análise fatorial confirmatória como forma de confirmar sua validade e fiabilidade para consolidar os resultados para diferentes amostras.

O delineamento transversal demonstra também ser um fator limitante, pois impossibilita analisar as relações causais.

Outra limitação foi trabalhar com um número considerável de escalas. Por um lado é importante porque em uma só coleta é possível obter um banco rico para consolidar novas hipóteses de pesquisa, porém, pode causar certa dificuldade porque o profissional pode deixar de responder com atenção a partir de um determinado momento e, além disso, requer a colaboração da parte administrativa do serviço para incentivar a participação voluntária dos profissionais.

Em relação a utilização das escalas de autorrelato, podem ocasionar algum tipo de viés em razão da desajustabilidade social abordadas por algumas questões, como por exemplo as questões relacionadas a dimensão Despersonalização da escala MBI, pois pode ser difícil para o profissional assumir que se distancia e trata de forma impessoal os pacientes atendidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram uma parcela significativa de profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência, e já estão acometidos pela Síndrome de Burnout. E um maior percentual dos profissionais pode estar caminhando para o desenvolvimento da síndrome, por apresentarem altos níveis de Exaustão Emocional, Despersonalização e baixa Realização Pessoal.

Esses achados revelam a necessidade de monitorar o comportamento dos profissionais, de acordo com as manifestações que são características de cada dimensão da síndrome, a fim de prevenir o desencadeamento do Burnout.

Ressalta-se que os resultados são referentes aos profissionais que estão ativos em suas funções, sendo importante considerar que os mais afetados regularmente estão afastados por licenças médicas, porque não conseguem manter-se atuantes em seus empregos.

Além disso, observa-se que, para o profissional é mais fácil se ausentar do trabalho por um sintoma físico, do que por uma queixa de esgotamento emocional relacionada ao trabalho. Neste sentido, pode ocorrer uma subnotificação de adoecimento e afastamentos do trabalho dada a subjetividade dos sintomas e apoio social quando se trata dos acometimentos provocados pelo Burnout.

Conhecer as variáveis que podem estar mediando o processo de desenvolvimento da síndrome é fundamental para traçar um perfil do profissional de maior vulnerabilidade, e também de estratégias de prevenção. Este estudo aponta um perfil constituído por profissionais dos serviços de urgência e emergência, com maior escolaridade, que sofreu estresse precoce na infância, que apresentam sintomas e percepção de estresse, que não possui um estilo de vida saudável e apresenta transtornos mentais comuns, incluindo sintomas de ansiedade e depressão.

Evidenciou-se um cotidiano de trabalho pesado, com carga horária semanal que pode chegar a 110 horas de trabalho, realizados nos serviços de urgência e emergência.

Observou-se ainda que os participantes deste estudo percebem que estão estressados e, apresentaram não somente sintomas de estresse atual, como também uma parcela significativa sofreu traumas na infância (estresse precoce). E considerando os esforços de adaptação às mudanças presentes no contexto individual, muitos apresentaram fortes chances de adoecimento.

Como consequências do Burnout observou-se a presença de sintomas de transtornos mentais comuns, ansiedade e depressão. Diante das condições do trabalho em urgência e emergência à qual o profissional de saúde está exposto, a ocorrência de transtornos mentais comuns pode também favorecer a ocorrência de Burnout devido ao intenso desgaste psíquico que envolve ambos os fenômenos.

Espera-se com este estudo, contribuir não só para posteriores pesquisas, como também para subsidiar futuras intervenções que sejam voltadas à saúde do trabalhador. Inicialmente ressalta-se a prevenção da síndrome por meio de uma formação profissional em que o indivíduo seja sensibilizado para possíveis fatores de risco do Burnout presentes no âmbito da profissão, e também voltado para o profissional que já está atuante na área, para prevenção dos fatores de risco específicos do ambiente laboral, e ações de reabilitação voltadas para o manejo de estressores.

Lamentavelmente para trabalhar as propostas de proteção do trabalhador ao desenvolvimento do Burnout é necessário o envolvimento político, social e organizacional, além do individual. Num primeiro momento, não adianta trabalhar o individual sem a inclusão do organizacional, cujas ações são complexas e abarcaria escuta e participação dos profissionais.

Torna-se fundamental que a própria instituição, promotora do cuidado para a população, desenvolva propostas para o cuidado da saúde de seus próprios profissionais visando o não adoecimento de seus trabalhadores.

Sugere-se a realização de estudos de delineamento longitudinal como estratégia de monitorar o desenvolvimento da Síndrome de Burnout e propor estratégias de intervenção principalmente à nível individual, como medida de intervenção à saúde dos profissionais de saúde, visando a transformação da realidade e melhoria da qualidade de vida no contexto laboral e pessoal.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Reben**, v. 67, n. 3, p. 386-93, 2014.
2. ADRIAENSSENS, J.; GUCHT, V.; MAES, S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. **International Journal of Nursing Studies**, n. 52, p. 649-661, 2015.
3. AGUAYO, R.; VARGAS, C.; FUENTES, E. I.; LOZANO, L. M. A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 11, n. 2, p. 343-361, 2011.
4. ALMEIDA, A. P.; LIMA, F. M. V.; LISBOA, S. M.; LOPES, A. P.; FRANCO JUNIOR, A. J. A. Comparação entre as teorias da aprendizagem de Skinner e Bandura. **Ciências Biológicas e Saúde**, Maceió, v. 1, n. 3, p. 81-90, 2013.
5. ALOHA, K.; VÄÄNÄNEN, A.; KOSKINEN, A.; KOUVONEN, A.; SHIROM, A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 69, p. 51-57, 2010.
6. ALUJA, A.; BLANCH, A.; GARCIA, L. F. Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory in School Teachers: a study of several proposals, **European Journal of Psychological Assessment**, v. 21, n. 1, p. 67-76, 2005.
7. ALVES, M. G. M.; BRAGA, V. M.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; JUNGER, W. Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 208-212, 2015.
8. ANDOLHE, R.; BARBOSA, R. L.; OLIVEIRA, E. M.; COSTA, A. L. S.; PADILHA, K. G. Estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva: fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 59, p. 58-64, 2015.
9. AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

10. ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
11. AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. **Auto-eficácia em diferentes contextos**. São Paulo: Alínea, 2006.
12. BANDURIA, A. Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. **Cognitive Therapy and Research**, v. 4, p. 263-268, 1980.
13. BANDURA, A. A evolução da teoria social cognitiva. Oxford University Press, 2005.
14. BANDURA, A. A evolução da teoria Cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G. G.; POLYDORO, S. e cols. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
15. BARRÍA, J. Síndrome de burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana de Chile. **Psiquiatria.com**, v. 6, n. 4, p. 1-19, 2002.
16. BARROS, D. S.; TIRONI, M. O. S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NEVES, F. S.; BITENCOURT, A. G.V.; ALVEIDA, A. M.; SOUZA, Y. G.; TELES, M. S.; FEITOSA, A. I. R.; MOTA, I. C. C.; FRANÇA, J.; BORGES, L. G.; LORDÃO, M. B. J.; TRINDADE, M. V.; ALMEIDA, M. B. T.; MARQUES FILHO, E. S.; REIS, E. J. F. B. Médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva: perfil sócio demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de Burnout. **Rev. bras. ter. intensiva**. v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.
17. BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 112, p. 1-9, 2010.
18. BARROS, M. M. S.; ALMEIDA, S. P.; BARRETO, A. L. P.; FARO, S. R. S.; ARAÚJO, M. R. M., FARO, A. Síndrome de burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe, **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 377-389, 2016.
19. BAUER, M. E.; VEDHARA, K.; PERKS, P.; WILCOCK, G. K.; LIGHTMAN, S. L.; SHANKS, N. Chronic stress in caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. **J Neuroimmunol.**, n. 103, n. 1, p. 84-92, 2000.

20. BAUER, M. E. Estresse como ele abala as defesas do corpo. **Ciências Hoje**, n. 179, v. 30, p. 20-25, 2002.
21. BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
22. BERNSTEIN, D. P.; STEIN, J. A.; NEWCOMB, M. D.; WALKER, E.; POGGE, D.; AHLUVALIA, T.; STOKES, J.; HANDELSMAN, L.; MEDRANO, M.; DESMOND, D.; ZULE, W. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, p. 169-190, 2003.
23. BERRA RUIZ, E.; MUÑOZ MALDONADO, S. I.; VEJA VALERO, C. Z.; SILVA RODRÍGUEZ, A.; GÓMEZ ESCOBAR, G. Emociones, estrés y afrontamiento em adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. **Revista Intercontinental de Psicología y Educación**, v. 16, n. 1, p. 37-57, 2014.
24. BIANCHI, R.; SCHONELD, I. S.; LAURENT, E. Burnout-depression overlap: a review. **Clinical Psychology Review**, n. 36, p. 28-41, 2015.
25. BYRNE, B. M. The Maslach Burnout Inventory: validating factorial structure and invariance across intermediate, secondary and university educators. **Multivariate Behavioral Research**, v. 26, n. 4, p. 583-605, 1991.
26. BYRNE, B. M. Burnout: testing for the validity, replication and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. **American Educational Research Journal**, v. 31, n. 3, p. 289-311, 1994.
27. BITTENCOURT, R. C. F. A percepção do estresse no ambiente produtivo: um estudo de caso. 2014. 91f. (Dissertação em Engenharia de Produção) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Ponta Grossa, 2014.
28. BODEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.
29. BOECHAT, M. A. M.; FERREIRA, M. C. Preditores individuais e organizacionais do burnout em servidores públicos federais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 3, p. 738-750, 2014.

30. BRAGA, J. C. M.; ZILLE, L. P. Estresse no trabalho: estudo com taxistas na cidade de Belo Horizonte. **Contextus**, v. 13, n. 1, p. 34-59, 2015.
31. BRAGARD, I.; DUPUIS, G.; FLEET, R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 00, n. 00, 2014.
32. BUZZETTI-BRAVO, M. Validación del Maslach Burnout Inventory *MBI) em dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2005.
33. BZUNECK, J. A. Crenças de auto-eficácia de professores do 1º grau e sua relação com outras variáveis de predição e de contexto. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 48, n. 4, p. 57-89, 1996.
34. BZUNECK, J. A. As crenças de auto-eficácia e seu papel na motivação do aluno. In: BORUCHOVITH, E.; BZUNECK, J. A. (Org.). A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 116-133.
35. CARLOTTO, M. S. **Síndrome de burnout**: um tipo de estresse ocupacional. Rio Grande do Sul: Caderno Universitario ULBRA, 2001.
36. CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventoy em uma amostra multifuncional, Campinas, **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007.
37. CARLOTTO, M. S.; DIAS, S. R. S.; BATISTA, J. B. V.; DIEBL, L. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 13-23, 2015.
38. Carr, C.P., Martins, C.M., Stingel, A.M., Lemgruber, V.B., Juruena, M.F. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. **J Nerv Ment Dis**, v. 201, n. 12, p. 1007–20, 2013.
39. CARVALHO, C. N.; MELO-FILHO, D. A.; CARVALHO, J. A. G.; AMORIM, A. C. G. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

40. CAVALCANTI, C. R. P. Crenças de autoeficácia: uma perspectiva sociocognitiva no ensino do instrumento musical. **Revista da ABEM**, Porto alegre, v. 21, p. 93-102, 2009.
41. CHAO, S. F.; MCCALLION, P.; NICKLE, T. Factorial validity and consistency of the Maslach Burnout Inventory among staff working with persons with intellectual disability and dementia. **J. Intellect Disabil Res.**, v. 55, n. 5, p. 529-36, 2011.
42. CHERNISS, C. **Professional burnout in human service organizations**. New York: Praeger, 1980.
43. CHERNISS, C. **The role of professional self efficacy in the etiology of burnout**. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), **Professional burnout: Recent developments in theory and research** (pp. 135 -149). London: Taylor & Francis. 1993.
44. COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.
45. CORDES, C. L.; DOUGHERTY, T. W. A review and an integration of research on job burnout. **The Academy of Management Review**, v. 18, n. 4, p. 621-656, 1993.
46. CÓRDOBA, L., TAMAYO, J. A.; GONZÁLEZ, M. A.; MARTÍNEZ, M. I.; ROSALES, A.; BARBATO, S. H. Adaptation and validation of the maslach burnout inventory – human services survey in Cali, Colombia. **Colombia Médica**, v. 42, n. 1, p. 286-293, 2011.
47. COOPER, D.; FARMERY, K.; JOHNSON, M.; HARPER, C.; CLARKE, F. L.; HOLTON, P.; WILSON, S.; RAYSON, P.; BENCE, H. Changing personnel behavior to promote quality care practices in an intensive care unit. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 1, n. 4, p. 321-332, 2005.
48. COSTA, A. E. B. Auto-eficácia e burnout. **Interação Psy**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 34-67, 2003.
49. COSTA, L. S.; SANTOS, M. Fatores psicossociais de risco no trabalho: lições aprendidas e novos caminhos. **International Journal on Working Conditions**, n. 5, p. 39-58, 2013.

50. DAL PAI, D.; LAUTERT, L.; SOUZA, S. B. C.; MARZIALE, M. H. P.; TAVARES, J. P. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 457-464, 2015.
51. DENSTEN, I. Re-thinking burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 22, n. 8, p. 833-840, 2001.
52. DIMSDALE, J. E. Psychological stress and cardiovascular diseases. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 51, p. 1237-1246, 2008.
53. DOBARRO, V. R.; BRITO, M. R. F. Atitude e crença de autoeficácia: relações com o desempenho em matemática. **Educ. Matem. Pesq.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 199-220, 2010.
54. EDELWICH, J.; BRODSKY, A. **Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions**. Nova York: Human Science Press, 1980.
55. ELENKOV, I. J.; CHROUSOS, G. P. Stress hormones, Th1/Th2 patterns, pro/anti-inflammatory cytokines and susceptibility to disease. **Trends in Endocrinology and Metabolism**, v. 10, n. 9, p. 339-368, 1999.
56. ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.
57. EPP, K. Burnout in critical care nurses: a literatura review. **Dynamics**, v. 23, p. 25-31, 2012.
58. FAÚNDEZ, V. E. O.; MENA-MIRANDA, L.; SEPÚLVEDA, F. M.; WILKE, C. J. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. Bogotá, **Univ. Psychol.**, v. 13, n. 1, p. 1-28, 2014.
59. FELICIANO, K. V. O.; KOVACX, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.
60. FERNANDES, M. A.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 6, p. 539-47, 2014.

61. FERREIRA, M. C.; PACHECO, S.; MACIEL PINTO, N.; FERNANDES, H. A.; CORREA E SILVA, A. P. O bem-estar no trabalho e a predição da exaustão emocional. XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, set 2007.
62. FERREIRA, L. C. M.; AZZI, R. G. Docência, burnout e considerações da teoria da auto-eficácia. **Psicologia: Ensino & Formação**, v. 1, n. 2, p. 23-34, 2010.
63. FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. Brasília: Paralelo, 2012.
64. FERREIRA, L. C. M. Crenças de autoeficácia docente, satisfação com o trabalho e adoecimento. **Psicologia: Ensino & Formação**, v. 5, n. 2, p. 19-37, 2014.
65. FIGUEIRA, N. L.; SCHUFER, M.; MUÑOS, R.; MARRO, C.; CORIA, E. A. Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 653-659, 2001.
66. FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem, **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 743-8, 2012.
67. FRANÇA, S. P. S.; DE MARTINO, M. M. F.; ANICETO, E. V. S.; SILVA, L. L. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, p. 1, p. 68-73, 2012.
68. GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Desgaste Psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997.
69. GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. **Anales de psicología**, v. 15, n. 2, p. 261-268, 1999.
70. GIL-MONTE, P. R. **El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout):** una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 2005.
71. GIL-MONTE, P. R.; MORENO-JIMÉNEZ, B. **El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout):** grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007.

72. GIL-MONTE, P. R.; GARCÍA-JUESAS, J. A.; HERNÁNDEZ, M. C. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 42, n. 1, p. 113-118, 2008.
73. GIL-MONTE, P. R.; UNDA ROJAS, S.; SANDOVAL, J. I. Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. **Salud Mental**, v. 31, p. 205-214, 2009.
74. GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.
75. GOLEMBIEWSKI, R. T.; MUNZENRIDER, R.; CARTER, D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. **Journal of Applied Behavioral Science**, v. 19, p. 461-481, 1983.
76. GOULART JR, E.; CARDOSO, H. F.; DOMINGUES, L. C.; GREEN, R. M.; LIMA, T. R. Trabalho e estresse: identificação do estresse e dos estressores ocupacionais em trabalhadores de uma unidade administrativa de uma instituição pública de ensino superior (IES). **GUAL**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 1-17, 2014
77. GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-255, 2006.
78. GUEDES, D.; GASPAR, E. Burnout em uma amostra de profissionais de educação física brasileiros. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 999-1010, 2016.
79. HAKANEM, J. J.; SCHAUFELI, W. B. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. **Journal of Affective Disorders**, v. 141, p. 415-424, 2012.
80. HEEB, J. L.; HABEREY-KNUESSI, V. Health professionals facing Burnout: what do we know about nursing managers? **Nursing Research and Practice**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2014.
81. HOBFOLL, S. E.; SHIROM, A. Conservation of resources theory: applications to stress and management in the workplace. In R.T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 57–80) (2nd ed.). New York, NY: Marcel Dekker, 2001.

82. HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 11, n.1, p.213-218, 1967.
83. JODAS, D. A.; HADDAD, M. do C. L. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.
84. JONES, J. W. **The staff burnout scale for health professionals (SBS-HP)**. Park Ridge, IL: London House Press, 1980.
85. KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.
86. KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.
87. KIM, H.; JI, J.; KAO, D. Burnout and physical health among social workers: a three-year longitudinal study. **Social Work**, v. 6, p. 258-268, 2011.
88. KIRCHHOF, A. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S.; CAMPONOGARA, S.; GRIEP, R. H.; TAVARES, J. P.; PRESTES, F. C.; PAES, L. G. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.
89. KRISTENSEN, T. S.; BORRITZ, M.; VILLADSEN, E.; CRISTENSEN, K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. **Work and Stress**, v. 19, p. 192-207, 2005.
90. LARA, R. M. M.; JIMÉNEZ, B. M.; MUÑOZ, A. R.; BENADERO, M. E. M.; VIVEROS, G. R. O. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. **Psicología y Salud**, v. 18, n. 1, p. 107-116, 2008.
91. LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 275f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Pontifícia de Salamanca, Faculdade de Psicologia, Salamanca, 1995.
92. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

93. LEE, R. T.; ASHFORTH, B. E. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 54, n. 3, p. 369-398, 1993.
94. LEITER, M. P.; MASLACH, C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. **Journal of Organizational Behavior**, n. 9, p. 297-308, 1988.
95. LEITER, M. P.; DAY, A.; PRICE, L. Attachment styles at work: measurement, collegial relationships, and burnout. **Burnout Research**, v. 2, p. 25-35, 2015.
96. LIMA, C. F. Síndrome de Burnout e autoeficácia: um estudo com profissionais de enfermagem de hospitais privados de Natal. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de pós graduação de Administração, Natal.
97. LIMA, K. P. Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas (Mestrado em Saúde Mental). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.
98. LIPP, M. N. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Campinas: Papyrus, 1994.
99. LIPP, M. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de stress. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 43-49, 1994.
100. LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos**. Campinas: Casa do Psicólogo, 2000.
101. LIPP, M. M. **Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. Campinas: Casa do Psicólogo, 2003.
102. LIPP, M. N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papyrus, 2004.
103. LORICCHIO, T. M. B.; LEITE, J. R. Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em direito. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 1, p. 37-47, 2012.

104. LUFT, C. D. B et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.
105. MAFFIA, L. N.; ZILLE, L. P. Estresse no trabalho: estudo com gestores públicos do estado de Minas Gerais. **REAd**, v. 79, n. 3, p. 658-680, 2014.
106. MALLMANN, C. S.; PALAZZO, L. S.; CARLOTTO, M. S.; AERTS, D. R. G. C. Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 2, p. 69-82, 2009.
107. MANSO-PINTO, J.F. Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory – Version Human Services Survey – en Chile. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 40, n. 1, p. 115-118, 2006.
108. MARCHAND, A.; DURAND, P.; JUSTER, R. P.; LUPIEN, S. J. Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: associations with diurnal cortisol profiles. **Scand J Work Environ Health**, v. 40, n. 3, p. 305-314, 2014.
109. MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ 20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.
110. MARKOVITZ, J. H.; MATTHEWS, K. A.; KANNEL, W. B.; COBB, J. L.; D'AGOSTINO, R. B. Psychological predictors of hypertension in the Framingham study. Is there tension in hypertension? **JAMA**, v. 270, n. 20, p. 2439-43, 1993.
111. MAROCO, J.; TECEDEROS, M.; MARTINS, P.; MEIRELES, A. O burnout como factor hierárquico de 2ª ordem da Escala de Burnout de Maslach. **Análise Psicológica**, v. 26, n. 1, p. 639-649, 2008.
112. MAROCO, J.; MAROCO, A. L.; LEITE, E.; BASTOS, C.; VAZÃO, M. J.; CAMPOS, J. Burnout em profissionais de saúde portugueses: uma análise a nível nacional. **Acta Med Port**, v. 29, n. 1, p. 24-30, 2016.
113. MARTINS, C. M. S.; TOFOLI, S. M. de C.; BAES, C. V. W.; JURUENA, M. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. **Psychology & Neuroscience**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 219-227, 2011.

114. MARTINS, L. F.; LAPORT, T. J.; MENEZES, V. P.; MEDEIROS, P. B.; RONZANI, T. M. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014.
115. MASLACH, C.; PINES, A. The burn-out syndrome in the day care setting. **Child Care Quarterly**, v. 6, p. 100-113, 1977.
116. MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, n. 1, p. 99-113, 1981.
117. 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.
118. MASLACH, C., & LEITER, M. P. **The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what to do about It**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
119. MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.
120. MASLACH, c., JACKSON, S. E., LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. 3. ed. California: Mind Garden, 2010.
121. MATA, C.; MACHADO, S.; MOUTINHO, A.; ALEXANDRA, D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. **Rev. Port Med Geral Farm**, v. 32, p. 179-96, 2016.
122. MEDEIROS, P. C.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. O senso de auto-eficácia e o comportamento orientado para aprendizagem em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 93-105, 2003.
123. MENDES, A. C. G.; ARAÚJO JUNIOR, J. L. A. C.; FURTADO, B. M. A. S. M.; DUARTE, P. L.; SILVA, A. L. A.; MIRANDA, G. M. D. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-6, 2013.

124. MERCES, M. C.; CARNEIRO E CORDEIRO, T. M. S.; SANTANA, A. I. C.; LUA, I.; SOUZA E SILVA, D.; ALVES, M. S.; LUZ, M. S.; D'OLIVEIRA JUNIOR, A. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2016.
125. MONTEIRO, J. K.; CARLOTTO, M. S. Preditores da Síndrome de Burout em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar. **Interação Psicol., Curitiba**, v. 18, n. 3, p. 287-295, 2014.
126. MONTEIRO, J. K.; GRISA, G. H.; SOBROSA, G. M. R.; RODRIGUES, M. L. A. Fatores associados à Síndrome de Burnout em profissionais que tratam da saúde da mulher. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 8, n. 1, p. 3-13, 2016.
127. MORENO, F. N.; GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 140-5, 2011.
128. MORSE, G.; SALYERS, M. P.; ROLLINS, A. L.; MONROE-DEVITA, M.; PFAHLER, C. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. **Adm Policy Ment Health**, v. 39, p. 341-352, 2012.
129. MOUSTAKKA, E.; CONSTANTINIDIS, T. Sources and effects of work-related stress in nursing. **Health Sci. J.**, v. 4, p. 210-216, 2010.
130. NAVARRO-GONZÁLEZ, D.; AYECHU-DÍAZ, A.; HUARTE-LABIANO, I. Prevalência del Síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. **Semergen**, v. 41, n. 4, p. 191-198, 2015.
131. OOSTERHOLT, B. G.; MAES, J. H. R.; LINDEN, D. V. D.; VERBRAAK, M. J. P. M.; KOMPIER, M. A. J. Burnout and cortisol: evidence for a lower cortisol awakening response in both clinical and non-clinical burnout. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 78, p. 445-451, 2015.
132. OLIVARES-FAÚNDEZ, V. E.; Análisis de las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. **Ciencia y Trabajo**, v. 11, n. 34, p. 217-221, 2009.

133. OLIVARES-FAÚNDEZ, V. E.; GIL-MONTE, P. R.; MENA, L.; JÉLVEZ-WILKE, C.; FIGUEIREDO-FERRAZ, H. Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. **Terapia Psicológica**, v. 32, n. 2, p. 111-120, 2014.
134. OLIVEIRA, V.; PEREIRA, T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: impacto do trabalho por turnos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 7, p. 43-54, 2012.
135. OLIVEIRA, L. P. S.; ARAÚJO, G. F. Características da síndrome de burnout em enfermeiros da emergência de um hospital público, **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 34-42, 2016.
136. PASSEIRA, A. V. V. **Stress laboral na PSP**. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho) – Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal.
137. PARIS JR, M. HOGE, M. A. Burnout in the mental health workforce: a review. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 37, n. 4, p. 519-528, 2010.
138. PEREIRA, S. S.; SILVA, P. M. C.; AZEVEDO, E. B.; FAUSTINO, E. B., ARAÚJO, Z. M. N.; FERREIRA FILHA, M. O. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de um hospital de urgência/emergência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 636-647, 2014.
139. PEREIRA, S. S.; TEIXEIRA, C. A. B.; REISDORFER, E.; GHERARDI-DONATO, E. C. S., JURUENA, M. F., CARDOSO, L. Burnout in nursing professionals: associations with early stress, **British Journal of Mental Health Nursing**, v. 4, n. 6, p. 267-275, 2015.
140. PINES, A. M.; ARONSON, E.; KAFRY, D. **Burnout: from tedium to the personal growth**. Nueva York: Free Press, 1981.
141. PINES, A.; KAFRY, D. **Coping with burnout**. En J. W. Jones (ed), *The burnout syndrome: current research, theory, interventions*. Park Ridge, IL: London House Press, 1982.
142. POCINHO, M.; CAPELO, M. R. Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. **Educação e Pesquisa**, v. 35, n. 2, p. 351-367, 2009.

143. POLIDORO, S. A. J.; AZZI, R. G. Autorregulação da aprendizagem na perspectiva da teoria sociocognitiva: introduzindo modelos de investigação e intervenção. **Psic. Da Ed.**, São Paulo, v. 29, p. 75-94, 2009.
144. PORTELA, N. L. C.; PEDROSA, A. O.; CUNHA, J. D. S.; MONTE, L. R. S.; GOMES, R. N. S.; LAGO, E. C. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **J. Res: Fundam. Care.**, v. 7, n. 3, p. 2749-2760, 2015.
145. PRICE, D. M.; MURPHY, P. A. Staff burnout in the prespective of grief theory. **Death Eucation**, v. 8, n. 1, p. 47-58, 1984.
146. PUENTE-PALACIOS, K. E.; PACHECO, E. A.; SEVERINO, A. F. Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 37-49, 2013.
147. REIS, R. S.; FERREIRA HINO, A. A.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. Perceived Stress Scale, **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.
148. RIBEIRO, L. C. C.; BARBOSA, L. A. C. R.; SOARES, A. S. Avaliação da prevalência de burnout entre professores e a sua relação com as variáveis sociodemográficas. **Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 3, p. 1741-1751, 2015.
149. RODRIGUES, E. P.; RODRIGUES, U. S.; OLIVEIRA, L. M. M.; LAUDANO, R. C. S.; SOBRINHO, C. L. N. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev. Bras Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.
150. RODRIGUEZ-MARÍN, J. **Psicologia Social de la Salud**. Madrid: Sínteses; 1995
151. RODRIGUEZ, S. Y. S.; CARLOTTO, M. S. Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout em psicólogos. **Ciência & Trabalho**, v. 16, n. 51, p. 170-176, 2014.
152. ROSCH, P. J. Reminiscences of Hans Selye and the birth of stress. **Stress Medicine**, v. 14, n. 1, p. 1-6, 1998.
153. SALANOVA, M.; LLORENS, S. Estado actual y retos futuros em el estudio del Burnout. **Papeles del Psicólogo**, v.29, n.1, 59-67, 2008.

154. SAMARANAYAKE, D. B. D. L.; SENEVIRATNE, D. A. Validity of the Maslach Burnout Inventory – Human services survey among Sri Lankan nursing officers. **Psychological Studies**, v. 57, n. 1, p. 101-111, 2012.
155. SANTINI, J. Síndrome do esgotamento profissional: revisão bibliográfica. **Movimento**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 183-209, 2004.
156. SANTOS, C. L. C.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; BARBOSA, G. B. Síndrome de Burnout em fisioterapeutas: uma revisão sistemática. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 1, p. 103-114, 2017.
157. SCHAUFELI, W. B.; VAN DIERENDONCK, D. The construct validity of two burnout measures. **Journal of Occupational Behavior**, v. 14, n. 7, p. 631-47, 1993.
158. SCHAUFELI, W. B.; SALANOVA, M. Burnout, boredom and engagement in the workplace. **An introduction to contemporary work psychology**. 1. ed. USA: John Wiley & Sons, 2014
159. SCHWARZER, R.; HALLUM, S. Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediation analyses. **Applied Psychology: An International Review**, v. 57, p. 152-171, 2008.
160. SEEGER, G.; VAN ELDEREN, T. Examining A model os stress reaction of bank directors. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 12, n. 3, p. 212-223, 1996.
161. SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. **Nature**, v. 138, p. 32, 1936.
162. SELYE, H. **The story of the adaptation syndrome**. Montreal: ACTA, 1956.
163. SELYE, H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. **CMA Journal**, v. 115, p. 53-56, 1973.
164. SELYE, H. **Stress in health and disease**. Boston, MA: Butterworth's Inc. 1976.
165. SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.

166. SILVA, J. L. L.; SOARES, R. S.; COSTA, F. S.; RAMOS, D. S.; LIMA, F. B.; TEIXEIRA, L. R. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev. Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015c.
167. SILVA, S. C. P. S.; NUNES, M. A. P.; SANTANA, V. R.; REIS, F. P.; MACHADO NETO, J.; LIMA, S. O. A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracajú, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.
168. SILVA, J. L. L.; SOARES, R. S.; COSTA, F. S.; RAMOS, D. S.; LIMA, F. B.; TEIXEIRA, L. R. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015d
169. SILVEIRA, S. L. M.; CÂMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 386-92, 2014.
170. SIU, O. L.; COOPER, C. L.; PHILLIPS, D. R. Intervention studies on enhancing work well-being, reducing burnout, and improving recovery experiences among Hong Kong health care workers and teachers. **International Journal of Stress Management**, v. 21, n. 1, p. 69-84, 2014.
171. SOROUR, A.; EL-MAKSOU, M. Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses. **Adv. Emerg. Nurs.**, v. 34, p. 272-282, 2012.
172. SOUSA, K. H. J. F.; LIMA, A. D. E. S.; FERNANDES, S. A.; CARVALHO, P. M. G.; ARAÚJO, L. M. Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa, **Investig. Enferm. Imagem Desarr.**, v. 18, n. 2, p. 137-152, 2016.
173. SOUZA, L. A. S.; TORRES, A. R. R.; BARBOSA, G. A.; LIMA, T. J. S. ; SOUZA, L. E. C. Bem-estar subjetivo e burnout em cadetes militares: o papel mediador da autoeficácia. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 4, p. 744-752, 2015.
174. SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R. C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2004.

175. TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.
176. TAMAYO, M. R.; TRÓCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da escala de caracterização de Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.
177. THEORELL, T.; HJEMBAHL, P.; ERICSSON, F.; KALLNER, A.; KNOX, S.; PERSKI, A.; SVENSSON, J.; TIDGREN, B.; WALLER, D. Psychosocial and physiological factors in relation to blood pressure at rest a study of Swedish men in their upper twenties. **J Hypertens**, v. 3, n. 6, p. 591-600, 1985.
178. THUN, S.; FRIDNER, A.; MINUCCI, D.; LOVSETH, L. T. Sickness present with signs of burnout: the relationship between burnout and sickness presenteeism among university hospital physicians in four European countries. **Scandinavian Psykologisk**, v. 1, n. 5, 2014.
179. TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.
180. VALE, S. Psychosocial stress and cardiovascular diseases. **Posgrad Med J.**, v. 81, p. 429-435, 2005.
181. VARGAS, C.; CAÑADAS, G. A.; AGUAYO, R.; FERNÁNDEZ, R.; FUENTE, E. I. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, n. 14, p. 28-38, 2014.
182. VEGA, E. D.; URBÁNIZ, A. P. El síndrome de burnout en el médico. Madrid: Smithkline Beecham, 1997.
183. VICENTE, C. S.; OLIVEIRA, R. A.; MAROCO, J. Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portuguesas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 152-167, 2013.
184. VIRTANEN, M.; HONKONEN, T.; KIVIMAKI, M.; AHOLA, K.; VAHTERA, J.; AROMAA, A.; LÖNNQVIST, J. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study, **J Affect Disord**, v. 98, n. 3, p. 189-197, 2007.

185. WALL, T. D.; JACKSON, P. R.; MULLARKEY, S.; PARKER, S. K. The demands-control model of job strain: a more specific test. **View Issue TOC**, v. 69, n. 2, p. 153-166, 1996.
186. WILKE, C. J.; ROMÁN, J. P. I.; FAÚNDEZ, V. E. O. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. **Ciência & Trabajo**, v. 13, p. 176-180, 2012.
187. WILSON, D. M. C.; NIELSEN, E., CILISKA, D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Can. Fam. Physician**, v. 10, n. 1, p. 1863-1866, 1984.
188. WORKEY, J.; VASSAR, M.; WHEELER, D. L.; BARNES, L. L. B. Factor structural of scores from the Maslach Burnout Inventoy. **Educational and Psychological Measurement**, v. 68, n. 5, p. 797-823, 2008.
189. YAO, Y.; YAO, W.; WANG, W.; LI, H.; LAN, Y. Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China. **International Journal of Nursing Practice**, v. 19, p. 530-538, 2013.
190. ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohemetológico infantil. **Rev Esc. Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 253-260, 2015.
191. ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiat. Scand**, v. 67, n. 1, p. 361-370, 1983.
192. ZILLE, L. P. Novas perspectivas para abordagem do estresse ocupacional em gerente: estudos em organizações brasileiras de diversos setores. 2005. Xxx f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
193. ZILLE, L. P.; BRAGA, C. D.; MARQUES, A. L. Estresse no trabalho: estudo de caso com gerentes que atuam em uma instituição financeira nacional de grande porte. **Revista de Ciências da Administração**, v. 10, n. 21, p. 175-196, 2008.
194. ZUARDI, A. W. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde**. p. 1-13, 2014.

A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3362 - 55 16 3315.3361 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 140/2015, de 16.10.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 07 de outubro de 2015.


Protocolo CAAE: 47147815.8.0000.5393

Projeto: Fatores preditores de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em profissionais de saúde

Pesquisadores: Sandra de Souza Pereira
Lucilene Cardoso (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Lucilene Cardoso
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

B – Autorização da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF.2765/15-GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 14 de julho de 2015.

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Informo que os gerentes da UBDS Central, da UBDS Quintino Facci 2, da UBDS Vila Virgínia, a responsável pelo pronto atendimento do CSE Cuiabá e o coordenador do SAMU manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nos referidos serviços.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: "FATORES PREDITORES DE EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE", sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra de Souza Pereira e orientação da Profa. Dra Lucilene Cardoso (EERP-USP).

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora



Profª Dra LUCILENE CARDOSO

Orientadora do Projeto de Pesquisa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Nesta

C – Autorização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO UNIDADE DE EMERGÊNCIA CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE	
Fone: (16) 36021225 / Fax: (16) 36021248 cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br		Rua Bernardino de Campos, 1000 14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP**PARECER**

O trabalho intitulado “**Fatores preditores de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal em profissionais de saúde**”, apresentado sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Lucilene Cardoso como Projeto de Pesquisa a ser realizado pela doutoranda Sandra de Souza Pereira na Unidade de Emergência, foi aprovado pelo Centro Integrado de Emergências em Saúde (CIES).

Ribeirão Preto, 28 de maio de 2015.


Prof. Dr. MARCOS DE CARVALHO BORGES
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP

D – Autorização da Unidade de Pronto Atendimento

Senhora Orientadora,

Informo que o gerente e a equipe da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 13 de maio) de Ribeirão Preto –SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada no referido serviço.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: "AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE EQUIPES DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E FATORES PREDITORES DA EXAUSTÃO EMOCIONAL, DESPERSONALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO PESSOAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE", sob a responsabilidade da pesquisadora da Profa. Dra Lucilene Cardoso (EERP-USP).

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,



Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora

Profª Dra LUCILENE CARDOSO

Orientadora do Projeto de Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM – USP

Nesta

E – Maslach Burnout Inventory – MBI

AFIRMAÇÕES	1	2	3	4	5
Com que frequência sente isto?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.					
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.					
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.					
4. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas que acontecem no dia a dia.					
5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.					
6. Trabalhar o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.					
7. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.					
8. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.					
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.					
10. Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.					
11. Eu sinto que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.					
12. Eu me sinto muito cheio de energia.					
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.					
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.					
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.					
16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.					
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes.					
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.					
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.					
20. No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.					
21. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.					
22. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.					

F – Childhood Trauma Questionnaire – CTQ

ENQUANTO EU CRESCIA...	Nunca	Poucas Vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

G – Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos – ISS

QUADRO 1- a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS.		QUADRO 2- a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA.	
01. Mãos e pés frios	F1()	01. Problemas com a memória	F2()
02. Boca seca	F1()	02. Mal-estar generalizado, sem causa específica	F2()
03. Nó no estômago	F1()	03. Formigamentos das Extremidades	F2()
04. Aumento da Sudorese (muito suor)	F1()	04. Sensação de desgaste físico constante	F2()
05. Tensão Muscular	F1()	05. Mudança de apetite	F2()
06. Aperto da Mandíbula/Ranger dentes	F1()	06. Aparecimento de probl. dermatológicos (pele)	F2()
07. Diarréia passageira	F1()	07. Hipertensão arterial (pressão alta)	F2()
08. Insônia	F1()	08. Cansaço constante	F2()
09. Taquicardia (batedeira no peito)	F1()	09. Aparecimento de úlcera	F2()
10. Hiperventilação (respirar, rápido)	F1()	10. Tontura/Sensação de estar flutuando	F2()
11. Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta)	F1()	b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA.	
12. Mudança de apetite	F1()	11. Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	P2()
b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 horas.		12. Dúvida quanto a si próprio	P2()
13. Aumento súbito de motivação	P1()	13. Pensar constantemente em um só assunto	P2()
14. Entusiasmo súbito	P1()	14. Irritabilidade excessiva	P2()
15. Vontade súbita de iniciar novos projetos	P1()	15. Diminuição da libido (sem vontade de sexo)	P2()
QUADRO 3: a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS.		QUADRO 3: b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS.	
01. Diarréia frequente	F3()	13. Impossibilidade de Trabalhar	P3()
02. Dificuldades sexuais	F3()	14. Pesadelos	P3()
03. Insônia (dificuldade para dormir)	F3()	15. Sensação de incompetência em todas as áreas	P3()
04. Náusea	F3()	16. Vontade de fugir de tudo	P3()
05. Tiques	F3()	17. Apatia, depressão ou raiva prolongada	P3()
06. Hipertensão arterial continuada (pressão alta)	F3()	18. Cansaço excessivo	P3()
07. Problemas dermatológicos prolongados (problemas de pele)	F3()	19. Pensar/falar constantemente em um só assunto	P3()
08. Mudança de apetite	F3()	20. Irritabilidade sem causa aparente	P3()
09. Excesso de gases	F3()	21. Angústia/Ansiedade diária	P3()
10. Tontura frequente	F3()	22. Hipersensibilidade emotiva	P3()
11. Úlcera	F3()	23. Perda de senso de humor	P3()
12. Enfarte	F3()		

H – Escala de Estresse Percebido – PSS

NESTE ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA...		Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às Vezes (2)	Quase Sempre (3)	Sempre (4)
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

I – Self Report Questionnaire – SRQ20

Neste ÚLTIMO MÊS...	Respostas	
1 - Você tem dores de cabeça frequentes?	0() Não	1() Sim
2 - Tem falta de apetite?	0() Não	1() Sim
3 - Dorme mal?	0() Não	1() Sim
4 - Assusta-se com facilidade?	0() Não	1() Sim
5 - Tem tremores nas mãos?	0() Não	1() Sim
6 - Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	0() Não	1() Sim
7 - Tem má digestão?	0() Não	1() Sim
8 - Tem dificuldades de pensar com clareza?	0() Não	1() Sim
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	0() Não	1() Sim
10 - Tem chorado mais do que costume?	0() Não	1() Sim
11 - Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0() Não	1() Sim
12 - Tem dificuldades para tomar decisões?	0() Não	1() Sim
13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	0() Não	1() Sim
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0() Não	1() Sim
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	0() Não	1() Sim
16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0() Não	1() Sim
17 - Tem tido ideia de acabar com a vida?	0() Não	1() Sim
18 - Sente-se cansado (a) o tempo todo ?	0() Não	1() Sim
19 - Você se cansa com facilidade?	0() Não	1() Sim
20 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	0() Não	1() Sim

J – Questionário Estilo de Vida Fantástico – FANTASTIC

	Marque um X na sua opção. Neste ÚLTIMO MÊS...					
01	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
02	Dou e recebo afeto	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
03	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.)	Menos de 1 vez por semana ()	1-2 vezes por semana ()	3 vezes por semana ()	4 vezes por semana ()	5 ou mais vezes por semana ()
04	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana ()	1-2 vezes por semana ()	3 vezes por semana ()	4 vezes por semana ()	5 ou mais vezes por semana ()
05	Como uma dieta balanceada	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
06	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens ()	Três itens ()	Dois itens ()	Um item ()	Nenhum ()
07	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 kg ()	8 kg ()	6 kg ()	4 kg ()	2 kg ()
08	Fumo cigarros	Mais de 10 por dia ()	1 a 10 por dia ()	Nenhum nos últimos 6 meses ()	Nenhum no ano passado ()	Nenhum nos últimos 5 anos ()
09	Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes ()				Nunca ()
10	Abuso de remédios ou exagero	Quase diariamente ()	Com relativa frequência ()	Ocasionalmente ()	Quase nunca ()	Nunca ()
11	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas")	Mais de 10 x por dia ()	7 a 10 vezes dia ()	3 a 6 vezes por dia ()	1 a 2 vezes por dia ()	Nunca ()
12	Minha ingestão média por semana de álcool é ___ doses (Álcool: 1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml))	Mais de 20 ()	13 a 20 ()	11 a 12 ()	8 a 10 ()	0 a 7 ()
13	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente ()	Com relativa frequência ()	Ocasionalmente ()	Quase nunca ()	Nunca ()
14	Dirijo após beber	Algumas vezes ()				Nunca ()
15	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
16	Uso cinto de segurança	Nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	A maioria das vezes ()	Sempre ()
17	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
18	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
19	Pratico sexo seguro (Sexo seguro - Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção)	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	C/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
20	Aparento estar com pressa	Quase sempre ()	Com relativa frequência ()	Algumas Vezes ()	Raramente ()	Quase nunca ()
21	Sinto-me com raiva e hostil	Quase sempre ()	Com relativa frequência ()	Algumas Vezes ()	Raramente ()	Quase nunca ()
22	Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	c/ relativa frequência ()	Quase sempre ()
23	Sinto-me tenso e desapontado	Quase sempre ()	Com relativa frequência ()	Algumas Vezes ()	Raramente ()	Quase nunca ()
24	Sinto-me triste e deprimido	Quase sempre ()	Com relativa frequência ()	Algumas Vezes ()	Raramente ()	Quase nunca ()
25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca ()	Raramente ()	Algumas Vezes ()	c/ relativa frequência ()	Quase sempre ()

K – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD

Perguntas			Respostas
1. Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):			
() a maior parte do tempo [3]	() boa parte do tempo [2]	() de vez em quando [1]	() nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso [0]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
() do mesmo jeito que antes [0]	() atualmente um pouco menos [1]	() atualmente bem menos [2]	() não consigo mais [3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
() a maior parte do tempo [3]	() boa parte do tempo [2]	() de vez em quando [1]	() raramente [0]
6. Eu me sinto alegre:			
() nunca [3]	() poucas vezes [2]	() muitas vezes [1]	() a maior parte do tempo [0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre [0]	() muitas vezes [1]	() poucas vezes [2]	() nunca [3]
8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre [3]	() muitas vezes [2]	() poucas vezes [1]	() nunca [0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca [0]	() de vez em quando [1]	() muitas vezes [2]	() quase sempre [3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente [3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria [2]	() talvez não tanto quanto antes [1]	() me cuido do mesmo jeito que antes [0]
11. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:			
() sim, demais [3]	() bastante [2]	() um pouco [1]	() não me sinto assim [0]
12. Fico animado(a) esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir:			
() do mesmo jeito que antes [0]	() um pouco menos que antes [1]	() bem menos do que antes [2]	() quase nunca [3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo o momento [3]	() várias vezes [2]	() de vez em quando [1]	() não senti isso [0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre [0]	() várias vezes [1]	() poucas vezes [2]	() quase nunca [3]

L – Escala de Reajustamento Social

Evento	Não	Sim
1. Morte do cônjuge	() 0	() 100
2. Divórcio	() 0	() 73
3. Separação do casal	() 0	() 65
4. Prisão	() 0	() 63
5. Morte de alguém da família	() 0	() 63
6. Acidentes ou doenças	() 0	() 53
7. Casamento	() 0	() 50
8. Perda do emprego	() 0	() 47
9. Reconciliação com o cônjuge	() 0	() 45
10. Aposentadoria	() 0	() 45
11. Doenças de alguém da família	() 0	() 44
12. Gravidez	() 0	() 40
13. Dificuldades sexuais	() 0	() 39
14. Nascimento de criança na família	() 0	() 39
15. Mudança no trabalho	() 0	() 39
16. Mudanças na sua condição financeira	() 0	() 38
17. Morte de um amigo íntimo	() 0	() 37
18. Mudança na linha de trabalho	() 0	() 36
19. Mudança na frequência de brigas com o cônjuge	() 0	() 35
20. Compra de casa de valor alto	() 0	() 31
21. Término de pagamento de empréstimo	() 0	() 30
22. Mudança de responsabilidade no trabalho	() 0	() 29
23. Saída de filho(a) de casa	() 0	() 29
24. Dificuldade com a polícia	() 0	() 29
25. Reconhecimento de feito profissional de realce	() 0	() 28
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar	() 0	() 26
27. Começo ou abandono dos estudos	() 0	() 26
28. Acréscimo ou diminuição de pessoas morando em casa	() 0	() 25
29. Mudança de hábitos pessoais	() 0	() 24
30. Dificuldade com o chefe	() 0	() 23
31. Mudança no horário de trabalho	() 0	() 20
32. Mudança de residência	() 0	() 20
33. Mudança de escola	() 0	() 20
34. Mudança de atividades recreativas	() 0	() 19
35. Mudanças de atividades religiosas	() 0	() 19
36. Mudanças de atividades sociais	() 0	() 18
37. Compra a crédito de valor médio	() 0	() 17
38. Mudança nos hábitos de dormir	() 0	() 16
39. Mudança na frequência de reuniões familiares	() 0	() 15
40. Mudança nos hábitos de alimentação	() 0	() 15
41. Férias	() 0	() 13
42. Natal	() 0	() 12
43. Recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	() 0	() 11

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Fatores preditores de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em profissionais de saúde”.

Pesquisa, nível doutorado, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Sandra de Souza Pereira

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucilene Cardoso

ESCLARECIMENTOS

Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a ocorrência de exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal e sua relação com o estresse (precoce, recente e atual); contexto social (dados sobre idade, sexo, escolaridade, ocupação, condições de saúde e trabalho, acontecimentos marcantes e estilo de vida) e adoecimento (ansiedade, depressão e transtornos mentais comuns). A exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal são situações que determinam a ocorrência da Síndrome de Burnout, que é uma doença que se caracteriza pelo esgotamento emocional, baixa realização pessoal e pela despersonalização (marcada por sentimento de distanciamento ou estranhamento de si próprio), influenciando as relações e comportamentos dos profissionais.

Trata-se de um estudo para entender melhor como é atuar em um serviço de emergência e compreender a relação entre todas essas variáveis de interesse (estresse, o contexto social e o adoecimento). Com isso, pretendemos conhecer o impacto da exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal e sua relação com as demais variáveis e assim colaborar para elaboração de programas de intervenção mais efetivos que visem à melhoria das condições de trabalho do profissional, saúde do trabalhador e melhor qualidade do serviço prestado.

O tempo total necessário para a sua participação é de 60 minutos para o preenchimento dos instrumentos, divididos em dois encontros.

No primeiro encontro de 20 minutos nós vamos aplicar um questionário com perguntas sobre idade, sexo, escolaridade, ocupação, condições de saúde e trabalho e também vamos coletar uma pequena mecha do seu cabelo perguntando como você cuida dele. A amostra de cabelo coletada ficará armazenada com os pesquisadores para a realização das análises clínicas e serão utilizadas apenas para fins científicos, sendo destruídas depois de 5 anos. Neste primeiro encontro você também receberá um envelope com alguns questionários e necessitará de outros 40 minutos para respondê-los, fazendo isso no momento e local que desejar (desde que o faça sozinho). Estes questionários terão perguntas sobre situações de estresse na infância e na atualidade; sobre mudanças marcantes em sua vida; adoecimento; estilo de vida; formas de enfrentamento de problemas; sintomas de ansiedade e depressão.

No segundo encontro será recolhido o envelope com os questionários respondidos por você.

Caso aceite participar deste estudo, seu nome não será divulgado de maneira alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência no seu serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma.

Você não precisará pagar nada para participar e também não vai receber dinheiro para isso. Os benefícios previstos são diretos e indiretos. Você terá como benefício direto uma avaliação gratuita sobre ocorrência de estresse na sua vida e indicadores de sua saúde, sendo entregue para você um resumo de sua avaliação geral, assim que analisada e iremos auxiliar a busca de suporte profissional quando necessário. Indiretamente poderá também ser beneficiado por avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções no cuidado à saúde dos profissionais.

Por outro lado, você poderá se sentir constrangido (a), triste, sensível por causa das perguntas que serão feitas a você, por falar sobre sua vida ou durante o preenchimento dos questionários. Caso você se sinta assim ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor solução possível, inclusive a buscar suporte profissional se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou pedir mais informações quando quiser, nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você. Você pode se recusar participar da pesquisa ou mesmo a responder qualquer pergunta sempre que desejar.

Quando terminarmos esta pesquisa, os dados e informações obtidas nos questionários e na análise de cabelo serão utilizados apenas para fins científicos e os resultados poderão ser divulgados publicamente. Como já garantido a você, sua participação nesta pesquisa será anônima e sua identidade não será divulgada de forma alguma.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa você tem direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvida ou deseje informações você também poderá entrar em contato como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-3386, funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08:00 as 17:00 horas. O CEP tem a finalidade traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento junto conosco, em duas vias, sendo que uma delas é sua.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Título da Pesquisa: **“Fatores preditores de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em profissionais de saúde”**.

Pesquisa, nível doutorado, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (ERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Sandra de Souza Pereira

Orientadora: Profª Drª Lucilene Cardoso

Eu, _____, fui informado(a) de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa **“Fatores preditores de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em profissionais de saúde”**

Sendo assim, **ACEITO PARTICIPAR DESSA PESQUISA.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do PARTICIPANTE

Pesquisadores:



Sandra de Souza Pereira
(16) 98130-6706



Profª. Lucilene Cardoso
(16) 3315-0531 / (16) 98124-6201

C – Atividades desenvolvidas durante o Doutorado (janeiro de 2014 à março de 2017)

PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS:

- Pereira, SS; Cézar, JGS; Reisdorfer, E; Cardoso, L. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Sal. & Transf. Soc.** v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014.
- Teixeira, C.; Pereira, SS; Cardoso, L; Selegim, M; Reis, L.; Gherardi-Donato, ECS. Occupational stress among nursing technicians and assistants: coping focused on the problem. **Invest. Educ. Enferm**, v. 33, n. 1, p. 28-34, 2015.
- Gherardi-Donato, Edilaine Cristina; Cardoso, Lucilene; Teixeira, Carla; Pereira, Sandra; Reisdorfer, Emilene. Associação entre Depressão e Estresse Laboral entre Profissionais de Enfermagem de Nível Médio. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 733-40, 2015.
- Pereira, Sandra; Teixeira, Carla; GHERARDI-DONATO, EDILAINE; Reisdorfer, Emilene; Santos, Mario F Juruena; Cardoso, Lucilene. Association Among Burnout, Strategies to Deal with It, and Early Stress in Nursing Professionals. **British Journal of Mental Health Nursing**, v. 4, n. 6, p. 267-275, 2015.
- Emilene Reisdorfer; Carla Araujo Bastos Teixeira; Sandra de Souza Pereira; Lucilene Cardoso; Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar. **Enfermería Global**, p. 299-309, 2016.
- Sanches GF, Vale BC, Pereira SS, Almeida CC, Preto VA, Sailer GC. Síndrome de burnout entre acadêmicos concluintes de graduação em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFRE**, v. 11, n. 1, p. 31-39, 2017.

ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO:

- Pereira, Sandra; Teixeira, Carla; Reisdorfer, Emilene; Santos, Mariana Verderoce Vieira; GHERARDI-DONATO, EDILAINE Cardoso, Lucilene;. "Estressores ocupacionais e modos de enfrentamento dos problemas em profissionais de enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Aceito em 05/05/2016.

ARTIGOS SUBMETIDOS:

- Lucilene Cardoso; Sandra de Souza Pereira; Edilaine Gherardi-Donato; Carla Araujo Bastos Teixeira; Colleen M. Noris; Kathy Hegadoren. Relationship between the burnout syndrome and personal and work-related characteristics of Brazilian nursing assistants. **Journal of Occupational Health**. Submetido em junho de 2016.
- Pereira, SS; Cardoso, L. Síndrome de Burnout em profissionais de saúde dos serviços de emergências e sua correlação com variáveis mediadoras. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Submetido em março de 2017.

ARTIGOS EM PROCESSO DE ELABORAÇÃO:

- Pereira, SS; Unda, S; Pereira Junior, GA; Juruena, MF; Cardoso, L. Estrutura fatorial da versão em português do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) em profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS

1. IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de Língua oficial Portuguesa – Coimbra – Portugal. 2014

- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Araújo Bastos Teixeira, Edilaine Cristina Silva Gherardi Donato. **Como o trabalho influencia a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal em profissionais da saúde de nível médio.**
- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Araújo Bastos Teixeira, Mariana Verdorece Vieira, Isabela Masucci de Lima Camargo, Edilaine Cristina Silva Gherardi Donato. **Estressores ocupacionais e modos de enfrentamento dos problemas entre técnicos e auxiliares de enfermagem.**
- Lucilene Cardoso, Sandra de Souza Pereira, Carla Araújo Bastos Teixeira, Mariana Verdorece Vieira, Maria Tereza S. Santos, Edilaine Cristina Silva Gherardi Donato. **Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem.**

2. XIII Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental – Ribeirão Preto – São Paulo. 2014

- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Teixeira, Emilene Reisdorfer, Angélica Araújo, Tássia Pedroso, Juceli Morero, Edilaine Gherardi-Donato. **O hábito de fumar e sua associação com a depressão e hipertensão.**
- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Teixeira, Emilene Reisdorfer, Tássia Pedroso, Maria Tereza Signorini Santos, Juceli Morero, Edilaine Gherardi-Donato. **Exaustão emocional no trabalho e sua associação com características pessoais, laborais e o estresse precoce.**
- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Teixeira, Emilene Reisdorfer, Tássia Pedroso, Mariana Verdorece, Angélica Araújo, Edilaine Gherardi-Donato. **Estressores vivenciados por profissionais de enfermagem em ambiente laboral.**
- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Teixeira, Emilene Reisdorfer, Angélica Araújo, Tássia Pedroso, Juceli Morero, Edilaine Gherardi-Donato. **Despersonalização e realização pessoal no trabalho.**
- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Teixeira, Emilene Reisdorfer, Tássia Pedroso, Maria Tereza Signorini Santos, Juceli Morero,

Edilaine Gherardi-Donato. **Condições de trabalho e saúde de técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital geral.**

- Sandra de Souza Pereira, Juliana Guimarães Cézar, Emilene Reisdorfer, Lucilene Cardoso. **Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtornos mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial.**
- Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Carla Teixeira, Emilene Reisdorfer, Tássia Pedroso, Maria Tereza Signorini Santos, Juliana Guimarães Cézar, Edilaine Gherardi-Donato. **Tabagismo e consumo de álcool em profissionais de enfermagem de nível médio.**
- Juliana Guimarães Cézar, Sandra de Souza Pereira, Emilene Reisdorfer, Lucilene Cardoso. **Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas de uma unidade de estratégia de saúde da família.**
- Carla Teixeira, Edilaine Gherardi-Donato, Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso. **Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar.**
- Carla Teixeira, Sandra de Souza Pereira, Emilene Reisdorfer, Lucilene Cardoso e Edilaine Gherardi-Donato. **Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar.**
- Carla Teixeira, Sandra de Souza Pereira, Lucilene Cardoso, Maycon Selegim, Leonardo dos Reis, Edilaine Gherardi-Donato. **Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: enfrentamento focado no problema.**

3. **44ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Ribeirão Preto, São Paulo, 2014**

- Mesa Coordenada: Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem e sua associação com o estresse precoce e estratégias de enfrentamento.

4. **4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, Manaus, Brasil, 2014.**

- Tássia Ghissoni Pedroso; Lucilene Cardoso; Juceli Andrade Paiva Morero; Sandra de Souza Pereira; Mariana Verderoce Vieira; Angélica da Silva Araújo. Satisfação e impacto da sobrecarga de trabalho percebida por profissionais de enfermagem.

5. **XX Congresso Nacional de Salud en el Trabajo. Mazatlán – México, 2016.**

- Unda Rojas, Sara; **Pereira, Sandra de Souza.** Trabajo docente y los impactos em la salud mental.

6. XV Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería – Cidade do México – México, 2016.

- Pereira, Sandra de Souza; Unda Rojas, Sara; Hegadore, Kathy; Santos, Maria Teresa Signorini; Cardoso, Lucilene. La relación entre las dimensiones del Burnout con el estrés y estilo de vida entre los profesionales de salud en servicios de emergencias brasileño.
- **Pereira, Sandra de Souza;** Unda Rojas, Sara; Hegadore, Kathy; Morero, Juceli Andrade Paiva; Periera Junior, Gerson Alves; Cardoso, Lucilene. Los predictores del agotamiento emocional en los profesionales de la salud en el servicio de emergencias brasileño.

7. XIV Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental, Ribeirão Preto – São Paulo, 2016.

- Pedroso, Tássia Ghissoni; Cardoso, Lucilene, Araújo, Angelica; Pereira, Sandra de Souza. A sobrecarga do cuidador em saúde mental e a ocorrência de estresse.
- **Pereira, Sandra de Souza;** Pedroso, Tássia Ghissoni; Santos, Maria Tereza Signorini; Pereira Junior, Gerson Alves; Juruena, Mario Francisco; Cardoso, Lucilene.
- Título: A relação entre as dimensões do Burnout com o estresse e o estilo de vida dos profissionais de saúde dos serviços emergenciais.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS COMO OUVINTE:

- IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de Língua oficial Portuguesa – Coimbra – Portugal. 2014
- XIII Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental – Ribeirão Preto – São Paulo. 2014
- XV Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería – Cidade do México – México, 2016
- X Reunião de Redes Internacionais de Enfermería y Reunión de la Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (REDENSO)

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES ACADÊMICAS COMO OUVINTE

- Neurociências e complexidade: conceitos, desafios e perspectivas. 28/03/2014
- Women, violence and trust: a preclinical study of oxytocin – 16/05/2014
- Social Cognitive Theory and Theoretical of the self-efficacy theory – 02/09/14
- Formação de Banco de dados – 06/10/14
- A photovoice-based study of women's strength and hope after intimate partner violence – 13/11/14
- Os desafios do processo de desinstitucionalização na saúde mental – 17/11/14

- Discutindo a violência contra as mulheres – 06/04/15
- Gênero, sexo, desejo e a Teoria Queer – 10/04/15
- O Desenvolvimento da sexualidade infantil: afetividade, corporatividade e seus mitos – 08/05/15
- Web of Sciences, Journal Citation Reports e EndNote Web – 03/06/15
- Validação de Instrumentos – Parte 1 – 10/08/15
- Validação de Instrumentos – Parte 2 – 17/08/15
- Seminário “Análisis sobre los conceptos y las formas de enfrentar el estrés y el Burnout”. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México -
- Seminário “Burnout y las alteraciones en las estructuras cerebrales”. Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México

PARTICIPACIÓN EM ATIVIDADES COMO PALESTRANTE

- Atuação Profissional de Referência e Importância do Projeto Terapêutico Singular – 28/06/14
- XIII SIPAT - Transtorno Mental e seus reflexos no ambiente de trabalho.

PARTICIPACIÓN NA AVALIAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

- Avaliação de trabalho de conclusão de curso, graduação Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem – 26/11/14
- Avaliadora de pôster no 22º simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP – SIICUSP. 2014
- Avaliação de Pôster – III Jornada de Enfermagem em Genética e Genômica – 03/06/15
- Avaliação de três trabalhos de conclusão de curso, graduação Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem – 22/06/15
- Avaliadora de pôster no 23º simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP – SIICUSP. 2015

PARTICIPACIÓN EM PROJETOS DE PESQUISA

- Proyecto PAPPIT. Marcadores Fisiológicos, neuropsicológicos, emocionales y neurobiológicos del Síndrome de Burnout. Participantes: Sara Unda Rojas; Alejandro Escoto; Lilia Mestas Hernández; Rosa Flores; Sandra de Souza Pereira.

PARTICIPACIÓN COMO CONSULTORA AD HOC

- Revista Brasileira de Enfermagem. Parecer sobre quatro artigos em 2015.

PARTICIPACÃO EM GRUPOS DE PESQUISA

- Programa de Assistência, Ensino e Pesquisa em Estresse, Trauma e Doenças Afetivas (Estrada).
- Grupo de tratamento multiprofissional a pacientes com transtornos afetivos (Transtorno Afetivo Bipolar e Depressão).
- Atendimentos individuais para avaliação de questões psicossociais e manutenção do tratamento.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM DOCÊNCIA DO PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO DE ENSINO (PAE)

- Disciplina Bioestatística. 1º semestre 2015. FMRP. Supervisor Edson Zamgiacomini Martinez
- Disciplina Cuidado Integral à Saúde Mental I. 2º semestre 2015. EERP. Supervisor Lucilene Cardoso.

