



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

Ana Claudia Sayão Capute

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS/RJ**

Vassouras

2018
Ana Claudia Sayão Capute

SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS/RJ

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientador:
Prof. Dr. Saulo Roni Moraes
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2018

Ana Claudia Sayão Capute

SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS/RJ

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Saulo Roni Moraes, USS
Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. João Carlos de Souza Côrtes Júnior, USS
Doutor pela FIOCRUZ – Rio de Janeiro, Brasil

Prof^a. Dr^a. Irenilda Reinalda B. de Rangel Moreira Cavalcanti, USS
Doutora pela UFF- Niterói, Brasil

Prof. Dr. Gastão Luiz Fonseca Soares Filho, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - Rio de Janeiro
Doutor pela UFRJ – Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2018

C1753s Capute, Ana Claudia Sayão
Síndrome de Burnout em profissionais do Hospital Universitário de
Vassouras/RJ / Ana Claudia Sayão Capute. - Vassouras, 2018.
x, 57 f. ; 29,7 cm.

Orientador: Saulo Roni Moraes.
Dissertação (mestrado) - Ciências Aplicadas a Saúde, Universidade de
Vassouras, 2018.
Inclui bibliografias e anexos.

1. Ciências médicas. 2. Burnout (Psicologia). 3. Pessoal da área médica. 4.
Doenças profissionais. I. Moraes, Saulo Roni. II. Universidade de Vassouras.
III. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula

Bibliotecária CRB-7 -



DEDICATÓRIA

Dedico meu trabalho a meus pais, que sempre me ensinaram que o caminho para crescer é o estudo. Aos meus filhos, Ana Morena e Igor, para não desistirem de crescer pelos estudos. À minha neta, Ana Clara, que já existe no ventre de sua mãe ouvindo diariamente a importância de estudar. E ao dono do Universo, “Deus”, pela sua infinita bondade de jamais desistir de mim.

AGRADECIMENTOS

Ao casal João Cortês e Paula Pitta, que acreditaram desde o início no meu trabalho. À Ana Claudia Zon, que me apresentou o nome *Burnout*, despertando os meus pensamentos sobre o que escrever. À Cinthia, amiga querida, pelo grande incentivo. À Natalia, aluna dedicada, sem você tudo seria muito mais difícil. Ao meu irmão Carlos (Cacalo), que, com o seu talento, possibilitou que a ideia/produto tivesse vida. Aos amigos/parceiros na vida, que estão nessa jornada que é viver há tantos anos ao meu lado. Aos colegas de mestrado, que foram grandes parceiros, principalmente na generosidade de ouvir minhas opiniões nada “cartesianas”. E a você, Saulo, o melhor orientador do mundo.

EPÍGRAFE

“La humanidad es todavía algo que hay que humanizar.”

(Gabriela Mistral)

RESUMO

A presente pesquisa apresenta como tema a síndrome de *Burnout*, cujo desenvolvimento é insidioso e pode ser definida como um transtorno adaptativo crônico relacionado às demandas e exigências laborais. Identificar a síndrome do esgotamento profissional em profissionais de saúde que trabalham no Pronto-Socorro e na UTI do hospital universitário particular localizado no Município de Vassouras/RJ foi o principal objetivo da pesquisa, de natureza qualitativa e caráter exploratório-descritivo. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o formulário do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) elaborado por Maslach e Jackson, pois ele avalia as três dimensões da síndrome (cansaço emocional, despersonalização e realização profissional), desconsiderando antecedentes prévios e consequências de seu processo. Após o preenchimento de questionários por médicos e enfermeiros, realizou-se análise das respostas, ficando constatado que pelo questionário MBI, 92,7% dos entrevistados apresentaram sinais da exaustão e 100% dos profissionais entrevistados possuem forte tendência de positividade para a despersonalização. A partir das queixas apontadas pelos profissionais, chegou-se a um projeto/produto pensado para atender às suas necessidades mais imediatas, sendo proposta a transformação de um local fisicamente existente, mas que precisaria ser adaptado para constituir um espaço de descanso e acolhimento, que servirá para melhorar a saúde emocional do usuário, bem como para diminuir a sensação de desvalorização pela instituição. Com a oferta de um tratamento mais humanizado no ambiente de trabalho, o profissional será capaz de minimizar os sintomas decorrentes da síndrome, oferecendo um atendimento mais atencioso e dedicado ao seu paciente.

Palavras-chave: síndrome de *burnout*; profissional da saúde; doença ocupacional.

ABSTRACT

The present study presents Burnout syndrome, whose development is insidious and can be defined as a chronic adaptive disorder related to the demands and labor demands. To identify the professional exhaustion syndrome in health professionals who work in the emergency room and the ICU of the private university hospital located in the city of Vassouras / RJ was the main objective of the research, qualitative and exploratory-descriptive in nature. The Maslach Burnout Inventory (MBI) developed by Maslach and Jackson was used as the instrument of data collection, since it evaluates the three dimensions of the syndrome (emotional exhaustion, depersonalization and professional achievement), disregarding previous antecedents and consequences of its process. syndrome, offering a more attentive and dedicated care to his patient. After completing questionnaires by physicians and nurses, the answers were analyzed, and it was verified that by the MBI questionnaire, 92.7% of the interviewees showed signs of exhaustion and 100% of the professionals interviewed had a strong tendency towards positivity for depersonalization. From the complaints pointed out by the professionals, a project/product was designed to meet their most immediate needs, and the proposed transformation of a place that is physically existing, but that would need to be adapted to constitute a space of rest and welcome, which will serve to improve the emotional health of the user, as well as to reduce the feeling of devaluation by the institution. By offering a more humanized treatment in the workplace, the professional will be able to minimize the symptoms resulting from the syndrome, offering a more attentive and dedicated care to his patient.

Keywords: Ergonomics; Workplace safety; Occupational risks.

LISTA DE SIGLAS

ANS	Sistema nervoso autônomo
HPA	Hipotálamo- Hipófise-Adrenal
USS	Universidade Severino Sombra
PS	Pronto Socorro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HUV	Hospital Universitário de Vassouras
MBI	Maslach Burnout Inventory
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SPA-MED	Espaço Médico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS	19
3	METODOLOGIA.....	20
4	RESULTADOS/DISCUSSÃO	25
5	PRODUTO	41
5.1	Aplicabilidade	41
5.2	Impacto para a Sociedade	43
6	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO	52

1 INTRODUÇÃO

O termo burn-out ou *Burnout* é proveniente do inglês e significa ‘queimar até à exaustão’. Este termo foi originalmente sugerido por Freudenberger (1974), que observou usuários de drogas que fumavam os cigarros até se queimarem. O *Burnout* ocupacional é conceituado como uma síndrome que resulta de esmagador estresse mental relacionado ao trabalho e é considerado composto por três domínios, nomeadamente, esgotamento emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (Maslach e Jackson, 1981; Cox et al., 2005). A exaustão emocional é definida como o completo esgotamento de seus recursos emocionais. Despersonalização refere-se a percepções cínicas, negativas, insensíveis ou desumanizantes dos profissionais em relação às pessoas que, geralmente, são os clientes. Redução da realização pessoal ocorre quando alguém percebe negativamente a si mesmo e as suas realizações.

É importante mencionar que, embora o *Burnout* não seja uma desordem, de acordo com *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013), é um problema de qualidade de vida, segundo a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (World Health Organization, 2015). É importante mencionar que as leis brasileiras de auxílio ao trabalhador contemplam a síndrome de *Burnout* no Decreto nº 3.048/99 de 06 de maio de 1996 (que dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social), especificamente em seu Anexo II, ao tratar de Agentes Patogênicos Causadores de Doenças Profissionais, referindo-se aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V do CID-10); e, no inciso XII, é apontada a Sensação de Estar Acabado (Síndrome de *Burnout*, Síndrome do Esgotamento Profissional – Z73.0) (BRASIL, 1999).

Halbesleben e Demerouti afirmam que a medida mais comumente utilizada para a mensuração de *Burnout* é a Maslach Burnout Inventory, desenvolvida, no início de 1980, por Maslach e Jackson (1981), baseada em um modelo de três fatores de *Burnout*, incluindo

dimensões para medir a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Halbesleben & Demerouti, 2005). A referida escala apresenta diversas versões: a versão original para Serviços Humanos (MBI-HSS); uma versão para trabalhadores ligados a área de educação (MBI-ES); uma versão para estudantes (MBI-SS); e uma versão desenvolvida, em 1996, para abranger todas as profissões (MBI-GS).

O modelo de *Burnout* de Maslach (1982) sugere que demandas interpessoais, ou "estresse mental", resultam em exaustão, despersonalização aumentada e diminuição da realização pessoal. A exaustão emocional e a falta de preocupação com os clientes resultam indiretamente no distanciamento dos mesmos. A despersonalização é teorizada a partir do esgotamento emocional, e sugere-se que a redução da realização pessoal decorre da despersonalização. O oposto de *Burnout* é o engajamento, caracterizado por energia, eficácia e envolvimento (Maslach e Leiter, 1997).

Maslach e Leiter (1997) identificam seis fatores de risco para *Burnout*: (1) Falta de controle - as pessoas que estão *Burnout* não se sentem satisfeitas com suas carreiras e têm autonomia limitada em seus papéis de trabalho. (2) Recompensa insuficiente - as pessoas que insuficientes, falta de reconhecimento e/ou recompensa intrínseca limitada) geralmente experimentam *Burnout*. (3) Perda do senso de grupo - as pessoas que estão *Burnout* tendem a ter conexões menos positivas com seus colegas, apresentam maiores dificuldades para trabalhar em equipe e problemas com suas relações profissionais. (4) Percepção de falta de justiça - pessoas que estão "burn-out" podem acreditar que foram desrespeitadas ou podem se sentir impotentes. Estruturas salariais inigualáveis, trapaças no trabalho, promoções inadequadas e práticas de resolução de disputas pobres podem levar a uma sensação de que o local de trabalho é injusto. (5) Conflito de valores - pessoas cujos valores e objetivos não se alinham com a visão e a missão de suas organizações são suscetíveis ao *Burnout*. (6) Sobrecarga de trabalho - as pessoas *Burnout* geralmente têm uma carga de trabalho insustentável, disponibilidade de tempo limitada e muita dificuldade na execução de

trabalhos.

Maslach e colaboradores afirmam que os estudos de *Burnout* se desenvolveram em três fases, sendo a primeira a articulação do fenômeno por meio de entrevistas e observação de campo; a segunda fase, por meio da criação de escalas para a mensuração da síndrome; e a terceira, por meio de estudos longitudinais (Maslach et al, 2001). Elaboradas as construções teóricas na primeira fase, a segunda fase se desenvolveu a partir da década de 1980, quando diversas escalas foram criadas, tais como: *Burnout Measure* (BM) de Jones (1980), o *Cuestionário de Burnout Del Profesorado* (CBP) e *Cuestionário Breve de Burnout* (CBB) de Moreno-Jimenez et. al. (1997); a *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) desenvolvido pela Demerouti em 1999, *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) de Kristensen et. al. (2005); *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) de Shirom e Melamed (2006); Escala de Caracterização do *Burnout* de Tamayo e Trócoli (2009) e a MBI de Cristina Maslach (Tamayo & Tróccoli, 2009).

Assim, o Questionário de *Burnout* de Maslach (MBI) foi construído com base em pesquisa exploratória que consistiu em uma variedade de 1.025 profissionais da área de assistência humana (Maslach e Jackson, 1981a). Os pesquisadores analisaram os dados coletados, principalmente, de enfermeiros, médicos, assistentes de saúde, assistentes sociais, conselheiros, psicoterapeutas, policiais, agentes penitenciários e clérigos. Desde que Maslach e Jackson (1981a) publicaram seu MBI, milhares de pesquisadores investigaram o tema *Burnout*. Por exemplo, uma busca avançada usando o ProQuest revela que, entre 1981 e 22 de dezembro de 2017, foram publicadas 9.204 publicações científicas com o tema *Burnout*. A pesquisa sobre *Burnout* tem sido predominantemente quantitativa (Ackerley et al., 1988; Huberty e Huebner 1988, Raquepaw e Miller, 1989; Huebner, 1992, 1993, 1994; Sandoval, 1993; Rupert e Morgan, 2005; Lee et al., 2011). A pesquisa quantitativa centra-se principalmente na identificação das principais características do *Burnout* usando o MBI como medida.

Atualmente, já se sabe que a ocorrência da síndrome de *Burnout* não se restringe a determinadas profissões, isso porque os estressores podem estar presentes em qualquer local de trabalho (Demerouti et al., 2001, Metlaine et al., 2018). Contudo, apesar do esforço realizado para expandir os estudos sobre o *Burnout* no mundo, apenas nos últimos anos começou-se a estudá-la no Brasil (Schuster & Dias, 2018).

Estudos reforçam que os profissionais de saúde são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout* devido ao contato cotidiano com pessoas debilitadas/doentes, além de, muitas vezes, terem que lidar com relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde (Marôco et al., 2016). Outro aspecto importante a ser levado em conta é a estrutura do horário de trabalho (turnos com trabalho noturno), que pode contribuir para a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos profissionais de saúde (Ferreira & Luca, 2015). Entre os profissionais de saúde, destaca-se a vulnerabilidade de enfermeiros e médicos ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. Isto é devido ao fato de que cotidianamente lidam com intensas emoções — sofrimento, medo, morte, sexualidade —, sendo submetidos a um alto grau de estresse, bem como a uma crescente exaustão física e psicológica (Marôco et al., 2016).

A dedicação em tempo integral ou a preocupação com aspectos do trabalho em tempo integral sinalizam o quanto é relevante a compreensão dos aspectos relacionados ao comportamento humano no contexto da saúde do trabalhador, tal como um diagnóstico de elementos estressores que podem comprometer resultados e a saúde individual. A percepção dos trabalhadores sobre a discrepância entre seus esforços realizados e os objetivos alcançados no trabalho pode gerar uma série de sentimentos de frustração e estresse interpessoal (Schuster & Dias, 2018).

As condições laborais têm um impacto conhecido, positivo ou negativo, sobre a saúde dos funcionários (Seidler et al., 2014). Condições adversas de trabalho podem levar ao *Burnout* do trabalho e também, a consequências indesejáveis para os trabalhadores, suas

famílias, o ambiente de trabalho e as organizações (Maslach & Jackson, 1981). Estudos transversais mostraram associações entre *Burnout* e alguns problemas de saúde, como aumento do consumo de álcool, distúrbios do sono, depressão, sedentarismo, obesidade e dor músculo esquelética (Ahola et al., 2006; Brand et al., 2010; Ahola et al., 2005; Ahola et al., 2012; Aghilinejad et al., 2014). Gil-Montes (2009) considera que a síndrome de *Burnout* é um problema de saúde pública, considerando as suas implicações na saúde física e mental do trabalhador, com evidente comprometimento da qualidade de vida.

Entre as consequências físicas do *Burnout* que foram prospectivamente investigadas, as doenças cardiovasculares e a dor se destacaram. As doenças cardiovasculares também foram mais frequentemente relatadas como causas do absenteísmo por trabalhadores com *Burnout* (Salagioni et al., 2017). Como o *Burnout* segue um estado de estresse crônico, sugeriu-se que os mecanismos biológicos resultantes do estresse prolongado podem deteriorar a saúde física. Uma hipótese é que o sistema nervoso autônomo (ANS) e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) estão esgotados devido ao desgaste. Isso resulta em sobreativação de funções vitais (por exemplo, frequência cardíaca e pressão arterial) e danos ao metabolismo e ao sistema imunológico (Danhof-Pont et al., 2011). De acordo com Melamed e colaboradores (2006) os mecanismos potenciais que ligam o *Burnout* às doenças cardiovasculares incluem duas associações com componentes da síndrome metabólica, desregulação do eixo HPA, inflamação, distúrbios do sono, imunidade reduzida, alterações na coagulação do sangue, alterações na fibrinólise e adoção de comportamentos de saúde precários, como o tabagismo e a falta de atividade física. De fato, o estresse acumulado no trabalho mostrou-se associado à incidência de eventos cardiovasculares e essa relação foi mediada por ambos os efeitos diretos dos mecanismos neuroendócrinos e os efeitos indiretos de comportamentos pouco saudáveis, em particular a dieta fraca e baixa atividade física (Chandola et al., 2008).

Uma resposta imunológica debilitada em indivíduos com *Burnout* pode aumentar sua suscetibilidade a doenças infecciosas, como doenças gripais, resfriado comum e gastroenterite

(Mohren et al., 2003; Kim & Kao, 2011). Além disso, o *Burnout* foi um preditor de dor musculoesquelética, embora as vias fisiopatológicas que ligam essas condições permaneçam incertas (Melamed, 2009).

As descobertas sobre a relação longitudinal entre *Burnout* e dores de cabeça não foram consistentes (Salagioni et al., 2017). Um estudo detectou uma associação significativa (Kim & Kao, 2011), enquanto outro estudo não constatou essa característica (Grossi et al., 2009). Esta divergência pode ser devida às diferentes metodologias utilizadas e pode estar relacionada principalmente ao período anterior em que a dor de cabeça foi investigada (seis meses versus três meses) e a definição de dor de cabeça usada, entre outros fatores. Além disso, o tipo de dor de cabeça não foi investigado (cefaleia tensional, dor de cabeça aguda ou crônica, migrania). Em estudos epidemiológicos, a definição de caso de dor de cabeça pode ser problemática, particularmente, dor de cabeça tipo tensional, que é o tipo mais comum. Esta questão pode resultar em diferentes taxas de incidência ou prevalência e pode afetar as associações investigadas (Jensen & Stovner, 2008). No entanto, há evidências de que o estresse psicológico, que está intimamente relacionado com o esgotamento e a dor, é um fator que contribui para a dor de cabeça, e vários mecanismos que ligam o estresse à dor de cabeça foram propostos, como a hiperatividade simpática (Pellegrino et al., 2017; Waldie et al., 2015). Trabalhadores sob estresse recorrente ou prolongado também podem se engajar mais frequentemente em comportamentos não saudáveis, como uma dieta pobre ou calórica, falta de exercícios físicos e abuso de álcool. Quando combinados com distúrbios do sono, esses comportamentos não saudáveis podem levar a uma miríade de outras consequências, como obesidade e diabetes (Ahola et al., 2012; Armon, 2009; Kitaoka-Higashiguchi et al., 2009; Melamed et al., 2006).

A síndrome de *Burnout* está significativamente relacionada a sintomas depressivos ou tratamento antidepressivo. Alguns autores, recentemente, renovaram o debate a respeito da sobreposição entre *Burnout* e depressão, pois descobriram que essas condições estavam

altamente correlacionadas entre si, portanto, defendendo que o primeiro deveria ser considerado uma síndrome depressiva (Schonfeld & Bianchi, 2016). No entanto, Maslach e Leiter (2016) argumentaram que existem problemas com esta análise, uma vez que os instrumentos utilizados para medir o *Burnout* e a depressão são ambos dominados pela fadiga. Eles concluíram que não é surpreendente que eles se sobreponham. Além disso, estudos sobre a validade discriminante de *Burnout* e depressão demonstraram que essas condições são construções distintas (Leiter & Durup, 1994; Cresswell & Eklund, 2006). Salvagioni e colaboradores (2017) relatam que os estudos que detectaram associações entre os sintomas de *Burnout* e depressivos excluíram aqueles afetados por esse resultado na linha de base ou controlados por esses sintomas, o que favorece o argumento de que estas são, de fato, condições distintas.

Burnout também pode desencadear o presenteísmo (Demerouti et al., 2009) e o absenteísmo (Borritz et al., 2006; Borritz et al., 2010; Hallsten et al., 2011). Enquanto o absenteísmo significa ausência do trabalho, o presenteísmo representa um fenômeno quando as pessoas entram no trabalho, mesmo quando doentes, levando a uma perda de produtividade. Em um círculo vicioso, como consequência de problemas de saúde causados pelo *Burnout*, os trabalhadores podem não alcançar o desempenho desejável no trabalho, o que, por sua vez, pode levar a níveis crescentes de exaustão emocional (Aronsson & Gustafsson, 2005). A saúde enfraquecida do trabalhador, juntamente com a sua capacidade funcional diminuída, pode levar ao absenteísmo, uma grande causa de preocupação para o trabalhador e as organizações, que têm consequências sociais e econômicas. Para o indivíduo, o absenteísmo ou o presenteísmo devido a problemas de saúde podem representar o início de um processo de declínio social envolvendo perda de emprego e até exclusão permanente do mercado de trabalho. Para as organizações, o absenteísmo significa perda de mão-de-obra, despesas adicionais associadas a trabalhadores temporários e uma diminuição da produtividade (Borritz et al., 2006). Salvagioni e colaboradores (2017) observaram que os

trabalhadores que experimentaram níveis médios ou altos de *Burnout* apresentaram maior risco de ausências ligadas a doença de curto ou longo prazo. Além do absenteísmo, há evidências de que o *Burnout* também aumentou o risco de pensão de invalidez futura (Ahola et al., 2009 a; Ahola et al., 2009b).

Apesar de o diagnóstico de níveis elevados de *Burnout* em profissionais de saúde não ser recente, é cada vez mais atual realizar estudos de qualidade sobre a síndrome de *Burnout*, as suas causas, efeitos e estratégias de prevenção nestas categorias profissionais.

O Hospital Universitário de Vassouras, referência regional para diversas especialidades médicas, funciona como Hospital Escola para os alunos da área de saúde da Universidade Severino Sombra (USS). É importante mencionar que o seu serviço de pronto atendimento (PS) atende em média 4000 pacientes por mês e que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) dispõe de 20 leitos para atendimento de pacientes graves.

Assim, observou-se a necessidade de se realizar uma avaliação geral e representativa da incidência do *Burnout* em profissionais de saúde do Hospital Universitário de Vassouras, Vassouras/RJ, de forma a sustentar intervenções profissionais e políticas de saúde de maior abrangência na promoção da saúde ocupacional.

2 OBJETIVOS

Geral

Identificar a síndrome do esgotamento profissional (*Síndrome de Burnout*) em profissionais de saúde que trabalham no Pronto-Socorro e na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Vassouras no Município de Vassouras/RJ.

Específicos

- 1) Aplicar questionário para fatores preditores da Síndrome de *Burnout*;
- 2) Aplicar questionário validado para avaliação da Síndrome de *Burnout*;
- 3) Determinar a prevalência por idade, sexo e experiência profissional;
- 4) Correlacionar os fatores preditores e Síndrome de *Burnout*;
- 5) Elaborar um produto para prevenção desta síndrome.

3 MÉTODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório-descritivo com profissionais de saúde atuantes no Pronto-Socorro (PS) e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário de Vassouras, localizado no Município de Vassouras, região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. O período escolhido para observação foi do início do mês de janeiro de 2017 até o fim do mês de agosto do mesmo ano.

Salienta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Severino Sombra.

Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa os profissionais que atuam no PS e na UTI do HUV, sendo 14 médicos e 21 enfermeiros no PS; e sete médicos plantonistas e dois médicos rotina, cinco enfermeiros plantonistas e um enfermeiro rotina, na UTI, totalizando 50 profissionais de saúde.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) elaborado por Maslach e Jackson (1981). Esse instrumento avalia as três dimensões da síndrome (cansaço emocional, despersonalização e realização profissional), desconsiderando antecedentes prévios e consequências de seu processo.

Os sujeitos da pesquisa responderam ao questionário MBI, em sua versão adaptada e validada ao português (TAMAYO, 1997) (Anexo 1). O Questionário Maslach (*Maslach Burnout Inventory*) é composto por 22 afirmações sobre sentimentos e atitudes, que englobam as três dimensões fundamentais da síndrome acima mencionadas, sendo dividido em três escalas de sete pontos, que variam de 0 a 6, conforme disposto na tabela 1. Desta maneira, foram descritas, de forma independente, cada uma das dimensões que caracterizam o esgotamento laboral. A exaustão profissional é avaliada por nove itens, a despersonalização por cinco e a realização pessoal por oito.

Tabela 1. Padrão de pontuação para diagnóstico das dimensões da Síndrome de *Burnout* pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

Dimensões	Questões	Padrão para pontuação		
		Nível alto	Nível médio	Nível baixo
Cansaço emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	≥ 27	19-26	< 19
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	≥ 10	6-9	< 6
Realização pessoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	≤ 33	34-39	≥ 40

Sendo:

. Cansaço emocional

01-Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho.

02-Sinto-me como se estivesse no meu limite.

03-Sinto-me emocionalmente exausto(a) com meu trabalho.

06-Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.

08-Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.

13-Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.

14-Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.

16-Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.

20-Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.

. Despersonalização

05-Sinto-me esgotado(a) com meu trabalho.

10-Sinto-me cheio de energia.

11-Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com meus pacientes.

15-Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.

22-Preocupa-me o fato e que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

. Realização pessoal

04- Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.

07-Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado(a).

09-Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho

12-Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.

17-Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.

18-Sinto que os pacientes culpam-me por algum de seus problemas.

19-Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.

21-Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.

As notas de corte utilizadas foram as empregadas no estudo de Maslach. Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível; de 17 a 26 nível moderado; e menor que 16 nível baixo. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 indicam alto nível, de 7 a 12 moderado e menores de 6 nível baixo. A pontuação relacionada à ineficácia vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam alto nível, de 32 a 38 nível moderado e maior ou igual a 39, baixo.

A forma de pontuação de todos os itens abordados adota a escala de Likert (1932) que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes ao mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias (Anexo 2).

Antes de iniciar a coleta de dados, foram explicadas a cada participante a proposta e a importância da pesquisa, como também foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constava: o objetivo da pesquisa, seus ganhos, sua duração e dinâmica de abordagem (questionário), a preservação do anonimato, dentre outras exigências éticas e metodológicas. Solicitou-se previamente ao Centro de Estudos do HUV um consentimento para a realização da referida pesquisa. Após autorização, solicitamos a participação dos colaboradores que concordaram com o estudo.

O tempo previsto para responder ao instrumento foi de uma hora. Foram tentadas duas abordagens. Primeiramente, o questionário foi entregue aos participantes no local de trabalho

por um profissional da área da psicologia, pois assim, a presença do investigador seria valorizada ao mesmo tempo em que seriam oferecidas perspectivas possíveis para que o informante contemplasse a liberdade e a espontaneidade necessárias ao enriquecimento da investigação. Foi importante também, pois favoreceria uma interação entre pesquisador e pesquisado, proporcionando um clima tranquilo e propício para a abordagem natural do assunto. Depois de preenchido, o questionário era devolvido pelo participante em até duas semanas, mediante depósito em uma caixa de coleta lacrada e localizada no posto de enfermagem da unidade.

Após um mês de implantação da primeira abordagem, verificou-se que os profissionais não conseguiam responder o questionário em virtude de sua rotina, levando, assim, um tempo superior a duas semanas para entregá-lo e, em alguns casos, ao abandono da pesquisa.

Na segunda abordagem, os questionários foram entregues aos profissionais de saúde por um discente do Curso de Medicina, que participa do projeto através do Programa de Iniciação Científica. Este discente solicitava pessoalmente que o preenchimento do questionário fosse realizado pelo profissional num momento oportuno da atividade laboral.

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente e serão, a seguir, oportunamente apresentados.

Média de idades: homens : 34 anos; mulheres: 35,1 anos.

HOMEM	COM FILHO	SEM FILHOS
SOLTEIRO	30,5 anos	31,5 anos
CASADO	35,7 anos	35,8 anos
OUTRO		35 anos

FEMININO	COM FILHOS	SEM FILHOS
SOLTEIRA	38,3 anos	28,5 anos
CASADA	38,5 anos	28,5 anos
OUTROS	45 anos	40,5 anos

4 RESULTADOS

Foram selecionados 50 profissionais de saúde, tendo sido coletados 45 questionários respondidos, o que corresponde a um índice de 75% de participação. Registra-se que os cinco questionários que não foram respondidos sequer foram depositados na caixa de coleta. Dos 45 coletados, um deles não foi integralmente respondido, tendo o entrevistado apenas preenchido o questionário sociodemográfico e o questionário de sintomas somáticos.

Vale consignar que este foi o primeiro estudo realizado no Hospital Universitário de Vassouras para determinar a prevalência de Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde do PS e UTI.

O perfil dos participantes da pesquisa foi obtido através da análise dos dados sociodemográficos.

Os profissionais foram agrupados em: homem (sexo masculino) casado com ou sem filhos; homem solteiro com ou sem filhos; e homem outros (separados, divorciados, vivendo junto); mulher (sexo feminino) casada com ou sem filhos, mulher solteira com ou sem filhos; e mulher outros. Observou-se uma ligeira prevalência do sexo feminino (51%) sobre o sexo masculino (49%). Em um estudo encontrado houve maior prevalência do sexo masculino (Tironi et al., 2009), o que demonstra que este dado varia de acordo com o local analisado.

Outro dado significativo encontrado está relacionado à quantidade de horas trabalhadas, que influencia diretamente na análise dos dados específicos da Síndrome de *Burnout*, pois são os fatores preditores, que estão interligados a uma das dimensões que é a Realização Profissional. Como nos mostra a pesquisa, dos 45 questionários respondidos pelos entrevistados: 0% trabalham de 12 a 24 horas semanais; 31,1% trabalham entre 25 e 50 horas semanais; 28,8% trabalham entre 51 e 75 horas semanais; 24,4% trabalham entre 76 e 99 horas semanais; e 13,3% trabalham mais de 100 horas semanais. Destaca-se que apenas 22,2% dos entrevistados afirmou que possui apenas um emprego (HUV).

Quadro 1. Dados compilados do questionário sobre **Fatores preditores**

	0 1 2	3 4	5 6
1. As atividades que desempenham exigem mais tempo do que posso fazer em um dia de trabalho.	10	11	23
2. Sinto que posso controlar os procedimentos e atendimentos para os quais sou designado na instituição em que trabalho.	6	1	38
3. A instituição onde atuo reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários.	22	13	10
4. Percebo que a instituição onde atuo o profissional é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o desenvolvimento profissional de seus funcionários.	21	17	7
5. Percebo de forma evidente que existe respeito nas relações internas da instituição (na equipe de trabalho e coordenação de seus funcionários).	7	17	21
6. Na instituição onde atuo tenho oportunidade de realizar um trabalho que considero importante.	2	6	37

OBS.: 01 paciente não soube informar quanto a pergunta número 1

Analisando as respostas quanto aos preditores (Quadro 1), foi observado que 51,1% dos participantes responderam que as atividades que desempenham exigem mais tempo do que é possível fazer em um dia de trabalho. Quando esta resposta é comparada com a carga de trabalho destes profissionais, existe a possibilidade de que a dedicação a mais de um emprego possa ter influenciado este percentual. Outros dados revelaram que: 84,4% dos participantes sentiram que podem controlar os procedimentos e atendimentos para os quais são designados; 48,8% responderam “nunca” ou “uma vez ao mês” ou “uma vez ao ano” quanto à afirmativa de que a Instituição reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários; 46,6% perceberam que a Instituição onde atuam é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o seu desenvolvimento profissional. Esse mesmo percentual de entrevistados (46,6%) responderam que percebem de forma evidente que existe respeito nas relações internas da Instituição (com equipe de trabalho e com a coordenação dos

funcionários). Por fim, 82,2% dos participantes responderam que na Instituição onde atuam têm oportunidade de realizar um trabalho que consideram importante.

Na resposta número 2, 84,4% dos entrevistados disseram que podem controlar os procedimentos e atendimentos para os quais são designados na(s) Instituição(ões) em que trabalha(m). Na resposta de número 6, 82,2% dos participantes disseram ter a oportunidade de realizar um trabalho que consideram importante para a Instituição. Esse alto índice de domínio e satisfação, quando considerados os sinais constatados da Síndrome, trazem dois questionamentos: Como afirmar que esse profissional não está conseguindo acompanhar o ritmo de trabalho assumido? Será que realmente o profissional do Hospital Universitário de Vassouras, além de motivado, encontra um ambiente favorável às suas atividades laborativas?

Para as perguntas número 3, 4 e 5 quase 50% dos entrevistados responderam favoravelmente no que corresponde à sua percepção em relação à valorização do seu desempenho técnico e da equipe em que atua, o que aponta a existência de reconhecimento e de incentivo pessoal e da equipe nas questões ligadas à sensibilidade e ao trabalho desenvolvido, bem como que há respeito nas relações internas na instituição em que foi colhido este questionário. Se considerarmos esse dado em conjunto com a resposta à pergunta número 1, verifica-se que 51,1% relataram que as atividades em que trabalham exigem mais tempo do que é possível fazer em um único dia de trabalho. Essa dubiedade de respostas é também uma característica do adoecimento.

Segundo as respostas ao questionário somático(Quadro 2): 44,4% dos entrevistados disseram nunca sentirem cefaleia, dores nos ombros ou nuca, perda ou excesso de apetite, fadiga generalizada, estado de aceitação contínua; 84,4% responderam nunca apresentar pressão arterial alta, dor no peito, perda do desejo sexual, problemas alérgicos; 91,1% nunca apresentaram pequenas infecções e nem gripes e resfriados; 57,7% relataram nunca terem apresentado problemas gastrointestinais e perda do senso de humor; 66,6% nunca se sentiram sem vontade de começar do nada; e 73,3% nunca apresentaram dificuldades sexuais ou

aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas. É importante destacar que não foi descartada a possibilidade deste profissional não sentir algum ou alguns desses sintomas. O que se questiona é se eles realmente não existem ou se são mascarados de alguma forma.

Por outro lado: 44,4% dos entrevistados relataram sempre ter dificuldades com o sono e sentimento de cansaço mental; 57,7% relataram ter pouco tempo para si mesmo; 42,4% relataram sentir, às vezes, irritabilidade fácil e dificuldade de memória e concentração.

Quadro 2. Dados compilados do questionário sobre **Sintomas somáticos**

	0	1	2	3	4	5	6	NI
Cefaleia	20	13	12	0				0
Irritabilidade fácil	14	19	12	0				0
Perda ou excesso de apetite	21	12	12	0				0
Pressão arterial alta	38	3	4	0				0
Dores nos ombros ou nunca	22	12	11	0				0
Dor no peito	39	4	2	0				0
Dificuldade com o sono	16	9	20	0				0
Sentimento de cansaço mental	12	13	20	0				0
Dificuldades sexuais	33	4	8	0				0
Pouco tempo para si mesmo	5	13	27	0				0
Fadiga generalizada	20	11	14	0				0
Pequenas infecções	42	1	2	0				0
Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas	33	10	2	0				0
Dificuldade de memória e concentração	15	19	11	0				0
Problemas gastrointestinais	27	14	4	0				0
Problemas alérgicos	36	5	4	0				0
Estado de aceitação contínuo	20	9	14	2				

Sentir-se sem vontade de começar nada	30	5	10	0
Perda do senso de humor	26	13	6	0
Gripes e resfriados	41	3	0	0
Perda do desejo sexual	37	6	2	0

OBS.: 0 – nunca; 1 – uma vez ao ano ou menos; 2 – uma vez ao mês ou menos; 3 – algumas vezes ao mês; 4 – uma vez por semana; 5 – algumas vezes por semana; 6 – todos os dias

De acordo com o quadro 3, 57,7% dos entrevistados relataram nunca se sentirem frustrados com o seu trabalho; 66,6% também disseram que trabalhar diretamente com pessoas nunca os deixa muito estressados. Interessante observar que, embora 37,7% tenham relatado que nunca se sentem cansados quando se levantam de manhã para encarar outro dia de trabalho, percentual muito próximo, correspondente a 35,5% dos pesquisados, relataram sempre se sentirem cansados ao levantar de manhã e terem que encarar outro dia de trabalho. Projetar um dia de trabalho ainda divide as opiniões dos participantes da pesquisa. Além disso, 73,3% relataram que sempre são capazes de criar um ambiente tranquilo para os pacientes. Em outro giro, 64,4% responderam que têm conseguido muitas realizações em sua profissão; 64,4% responderam que nunca sentem que os pacientes reputam a eles culpa por algum de seus problemas; 91,1% relataram que nunca sentem que tratam seus pacientes como se fossem objetos; 84,4% relataram que nunca se preocupam realmente com o que ocorre com alguns dos seus pacientes.

Foi ainda possível identificar através do Quadro 3, que 42,2% dos entrevistados nunca se sentirem esgotados com o trabalho; 48,8% disseram que sempre se sentem cheios de energia; 62,2% se sentiram estimulados depois de trabalhar em contato com os pacientes; 86,6% relataram que podem entender com facilidade o que sentem os pacientes; 68,8% nunca se preocuparam com o fato de o trabalho o estar endurecendo emocionalmente.

Quadro 3. Dados compilados do *Match Burnout Inventory* (MBI)

	0 1 2	3 4	5 6	NI
1. Sinto-me esgotado (a) ao final de um dia de trabalho	4	10	30	1
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite	9	15	20	1
3. Sinto-me emocionalmente exausto (a) com meu trabalho	19	11	14	1
4. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho	26	10	8	1
5. Sinto-me esgotado (a) com meu trabalho	19	13	12	1
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego	16	13	15	1
7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado (a)	30	5	9	1
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço	27	8	9	1
9. Sinto-me cansado (a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	16	12	17	1
10. Sinto-me cheio de energia	13	9	22	1
11. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os pacientes	9	7	28	1
12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes	8	3	33	1
13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho	1	7	36	1
14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes	1	2	41	1
15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes	1	4	39	1
16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais do meu trabalho	1	12	31	1
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão	6	9	29	1
18. Sinto que os pacientes culpam-me por algum dos seus problemas	29	9	6	1
19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos	41	0	3	1
20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho	35	5	4	1
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com algum dos meus pacientes	38	2	4	1

22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente	31	5	8	1
--	----	---	---	---

OBS.: 0 – nunca; 1 – uma vez ao ano ou menos; 2 – uma vez ao mês ou menos; 3 – algumas vezes ao mês; 4 – uma vez por semana; 5 – algumas vezes por semana; 6 – todos os dias

Ficou fortemente indicativo pelas respostas, que, independentemente da idade, do estado civil, do número de horas semanais trabalhadas, das férias gozadas nos últimos 12 meses ou da prática de alguma atividade física, 100% dos entrevistados apresentaram um nível alto de pontuação para Realização Pessoal.

Outra questão que não apresentou correlação significativa nesta pesquisa, mas que é de enorme relevância, diz respeito ao tempo de trabalho: apenas 7,3% (total de seis participantes, sendo três homens e três mulheres), dos entrevistados não tiveram um nível alto de cansaço emocional. Neste ponto, ressalta-se que a análise independeu de sexo e estado civil. O cansaço ou esgotamento emocional se caracteriza por uma perda contínua de energia, fadiga, desgaste e/ou falta de recursos emocionais. É um componente primordial da síndrome de *Burnout* que pode ter consequências físicas e psicológicas. O cansaço emocional poderá levar a uma perda da motivação com tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso.

Quando analisamos o cansaço emocional com as respostas ao questionário somático, novamente vêm os questionamentos quanto ao entendimento das manifestações da exaustão. Na resposta 1, 66,6% dos entrevistados relataram que se sentem cansados algumas vezes na semana e/ou todos os dias ao final de um dia de trabalho. Na resposta 2, 44,4% relataram que sentem como se estivessem no seu limite algumas vezes na semana e/ou todos os dias ao final de um dia de trabalho. Porém, esse mesmo percentual, ou seja, 44,4% também relataram na resposta 3 nunca se sentirem emocionalmente exaustos com o trabalho.

As respostas se dividem na questão 6, pois 33,3% relataram nunca sentirem que estão trabalhando demais neste emprego e outros 33,3% relataram sentirem que estão trabalhando demais neste emprego. Porém, na resposta 8, 60% relataram que trabalhar com pessoas o dia

todo nunca exige um grande esforço. Na resposta 13, 80% dos entrevistados relataram sempre influenciar positivamente a vida dos outros através do seu trabalho. Na resposta 14, 91,1% afirmaram lidar de forma adequada com os problemas dos pacientes. Na resposta 16, 68,8% disseram saber lidar de forma tranquila com problemas emocionais no trabalho. E na resposta 20, 77,7% relataram que nunca se tornaram insensíveis com as pessoas no trabalho que exercem.

Essas respostas indicam fortemente que há uma positividade de 92,7% de exaustão emocional. Então, como poderíamos entender a saúde emocional destes profissionais que acreditam que sabem lidar com os problemas dos pacientes (sempre) e também relatam lidar de forma tranquila com problemas emocionais no trabalho? Será que nunca são insensíveis com as pessoas no trabalho que exercem? Ou será que não conseguem perceber a si mesmos como pessoa que necessita de um olhar para o seu interior e para os seus próprios limites? Krznaric (2015, p. 148) reflete nesse sentido que “o antídoto para a vergonha é a empatia... se pudermos compartilhar nossa história com alguém que responde com empatia e compreensão, a vergonha não pode sobreviver.”

Esta reflexão às respostas do questionário revela uma ausência profissional de olhar a si mesmo, que pode significar, de outro lado, uma possibilidade de atuar nesta aproximação de autocuidado destes profissionais. Dialogando com o questionário somático, como poderia ser entendida essa ausência de percepção aos sinais corporais? Será que a aplicação do questionário ocorreu num momento de aumento do estresse, uma vez que as respostas foram colhidas na hora do plantão dos profissionais?

De acordo com a avaliação destes profissionais pelo questionário MBI, 92,7% dos entrevistados que apresentaram os sinais da exaustão demonstraram que seus sentimentos de forma consciente foram embotados, criando um mecanismo de defesa em relação aos sinais somáticos, provocando um distanciamento de si, refletido no seu adoecimento mente e corpo.

Além disso, pode-se perceber ainda que 100% dos profissionais entrevistados possuem forte tendência de positividade para a despersonalização.

5. DISCUSSÃO

A presente amostra constitui-se com uma diferença mínima entre homens e mulheres, solteiros e casados, com filhos e sem filhos. Também não foi encontrada diferença significativa nos resultados em relação às dimensões observadas (despersonalização e realização pessoal). Nota-se que os homens praticam mais atividade física do que as mulheres, independente de estado civil ou de possuírem filhos.

Schaufeli et al (2008) afirmam que a relevância da síndrome de *Burnout*, enquanto problema de importância social e foco de investigação científica, recai fundamentalmente sobre dois aspectos. O primeiro é um desequilíbrio contínuo entre a procura e os recursos existentes. Ao aumentar a procura, os recursos não conseguem manter o ritmo, devido à falta de pessoal, equipamento, material ou de espaço de atendimento. Isto pode levar ao aumento do número de horas de trabalho, o que faz com que os profissionais não consigam descansar e se recuperar eficazmente, agravando ainda mais o impacto dos desequilíbrios de recursos.

O segundo aspecto diz respeito à motivação pessoal. Como os profissionais podem ter valores pessoais que diferem dos das organizações, podem surgir conflitos de valores, que aumentam quando as organizações e os colaboradores reduzem o seu compromisso. Desta forma, verificamos nas respostas ao questionário aplicado que o significado do papel profissional e a relação com os profissionais multidisciplinares também sofre algumas interferências do meio, da convivência e da proteção.

Nos setores observados, os profissionais trabalham com a sua equipe, em forma de plantão, ou seja, toda semana a mesma equipe cumpre sua jornada em conjunto, o que torna as impressões desses profissionais semelhantes, revelando uma relação protetiva que é

consequentemente refletida nas respostas (quase “padronizadas”) ao questionário somático e principalmente nas respostas referentes aos preditores (relação pessoa/instituição).

Como bem elucida Bertherat:

Se conseguirmos descobrir as causas simultâneas psico-somato-sócio-ecolo-etc. de nosso sofrimento e se gostamos de nós mesmos (repito sempre essa condição, é certo que vamos procurar reparação). Mas para quem reconhece sua parte de responsabilidade, não é da família, nem da sociedade, que deve ser reclamada a reparação; a própria pessoa é que deve reparar-se. Somente o confronto consigo mesmo e o reconhecimento da sua responsabilidade para com a pessoa que se é, aqui e agora, podem abrir o caminho da cura. Mas mesmo depois de todo esse trajeto, difícil de admitir e tão difícil de percorrer, não há garantia alguma de que tudo esteja resolvido para sempre. Há em nós um conflito perpétuo, cotidiano, entre a força da vida e a força da morte...e disso nunca ficamos curados. (Bertherat, 1981, p. 20)

No diagnóstico diferencial, é relevante entender que o *Burnout* é causado por uma exaustão, por um estresse profissional e que, uma vez afastada a situação que lhe provoca essa exaustão, o trabalhador melhora significativamente e se recupera. Se compararmos as respostas somáticas ao resultado do questionário de Malash, perceber-se-á que 92,7% dos entrevistados apresentaram os sinais de exaustão emocional. Assim, considerando as respostas dadas, entende-se que este profissional apresenta um conflito entre os seus sintomas de esgotamento e a forma de percebê-los em si mesmo. Um diagnóstico equivocado pode levar a uma complicação do problema, aumentando ainda mais o desgaste do paciente e, neste caso, o público da pesquisa em tela foram os médicos e enfermeiros do PS e da UTI do HUV.

Se as paredes ouvissem... Na casa que é o seu corpo, elas ouvem. As paredes que tudo ouviram e nada esqueceram são os músculos. Na rigidez, críspação, fraqueza e dores dos músculos das costas, pescoço, diafragma, coração e também do rosto e do sexo está escrita toda a sua história, do nascimento até hoje. (Bertherat, 1977, p. 11)

O que esta citação poderia nos dizer quando relacionadas às respostas somáticas do questionário? Que o indivíduo se declarar como portador de dores, desconfortos, dificuldades o tornaria menos apto para tratar o outro? Que revelar o seu mal-estar torna a pessoa propensa ao julgamento do outro, com base nas impressões que possa causar a ele?

Como a síndrome de *Burnout* fala nas três dimensões, quais sejam, cansaço emocional, despersonalização e realização profissional, mostrando que a duração e permanência nos fatores estressores desencadeiam a possibilidade de cronicidade dos sintomas, que gera um trânsito simultâneo nesta trilogia das dimensões, faz-se necessária a orientação para que as compensações tão aplicadas nas realizações profissionais não tornem essa pessoa vítima de suas necessidades compensatórias e afastada das suas reais necessidades físicas.

Farber e Heifetz (1982) descrevem pesquisa qualitativa envolvendo 60 profissionais de saúde. Esses profissionais foram selecionados nos Estados Unidos e incluíam psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais privados e públicos. Através de análises de conteúdo somativo de transcrições de entrevistas, Farber e Heifetz identificaram que mais de metade desses profissionais tinham *Burnout*. Eles descreveram os problemas relacionados aos seus clientes, incluindo: a atenção "não recíproca", a sensação de que apenas eles têm a oferecer aos clientes, ou seja, que não há uma relação, pois apenas um lado se doa e oferece ajuda e apoio, o que aumenta o senso de responsabilidade pessoal pelos clientes. Três quartos dos profissionais de saúde acreditavam que os resultados infrutíferos do cliente resultaram em estresse aumentado. Cerca de um quinto dos profissionais de saúde sugeriu que o excesso de trabalho resultou em seu desgaste.

Kettani e colaboradores (2017) realizaram um estudo descritivo transversal de uma amostra de 300 médicos do Hospital Universitário Ibn Rochd, Casablanca, que usaram questionário autoadministrado no período de 2013-2015. O total de 191 médicos participou do estudo (63,7%), com predominância feminina (79,1%) e idade média de 26,7 anos (N = 3). As médias de subdimensões do MBI (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) revelaram que, respectivamente, 31,8% dos participantes sofreram de *Burnout* severo.

Em estudo de 2011, publicado pela Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos, foi observado que 87% de mais de 2.000 médicos dos Estados Unidos reportaram que se sentiam severamente estressados e em *Burnout* num dia regular de trabalho (Rosestein, 2011).

Em Portugal, um estudo de Marcelino e colaboradores (2012), revelou que, numa amostra de 153 médicos de família distribuídos por todo o território nacional, a síndrome de *Burnout* variou de 4,1% a 32,4% dependendo da definição utilizada. A esse respeito, merece ser frisado que, embora a definição de *Burnout*, sustentada pelo modelo tridimensional (esgotamento profissional, despersonalização e a realização profissional), apareça em grande parte dos estudos com os profissionais de saúde, Gil-Monte (2005) considera não haver um consenso sobre o que é e como se processa a síndrome, denotando a possibilidade da existência de lacunas teóricas e conceituais sobre o assunto. Isto pode ser observado nos questionários aplicados, em que as respostas se misturam ao entendimento do entrevistado, o qual não é capaz de diferenciar sintomas somáticos e exaustão física, bem como acolhimento e dedicação. O profissional afirma que não sente dor nas costas, que sua pressão não se altera, mas, em contrapartida, ele diz que tem dificuldades para dormir ou para começar alguma atividade. As respostas ao questionário não conseguem ter um padrão, como se o entrevistado não conseguisse identificar o que sente, olhar para si e perceber que esses sintomas que ele nega ou que ele não entende podem ser um diferencial para as questões do esgotamento.

Este trabalho inicialmente identificaria a Síndrome de *Burnout* e suas dimensões (Realização Pessoal, Cansaço Emocional e Despersonalização) no Hospital Universitário de Vassouras, mas a mera detecção não é suficiente, pois nenhuma das dimensões está isenta de um trabalho integrado e priorizado.

Assim, é preciso que a Instituição entenda que priorizar a qualidade de repouso, de acolhimento desses profissionais vai modificar, a médio ou a longo prazo, toda a questão da atenção dos profissionais em relação a si mesmos e em relação ao próprio serviço.

Buscar-se-á uma justificativa para a origem desta síndrome de múltiplas compensações, correlacionando-a às respostas físicas e emocionais que o profissional vivencia durante a sua atividade laborativa. A falta de realização profissional/pessoal, em que o indivíduo afetado avalia negativamente o seu desempenho profissional, está associada ao sentimento de incompetência no trabalho (Maslach, 1993; Maslach et al., 2001). Isso pode ser associado à inexperiência presente nos profissionais que iniciam a carreira, transparecendo certa frustração quando percebem que aquela profissão não atinge os seus anseios.

Verifica-se que a compensação pela exaustão e pelo adoecimento emocional baseia-se no pensamento e no ato de que “tudo posso” e que me premiar é o meu maior e melhor pagamento. Um sentimento de que “sou demasiadamente humano”, mas com a sensação que posso ser “super-humano”. Assim, o esgotamento profissional realiza os sonhos de consumo e, muitas vezes, representa a sua aceitação social.

De acordo com a pergunta 19 do questionário Maslach 91% dos entrevistados responderam que nunca trataram os seus pacientes como se fossem objetos e, comparando com a resposta 21 de que 84% se preocuparam realmente com o que acontece com eles é possível perceber que 7% destes profissionais apesar de não tratarem esses pacientes como objeto, nunca se preocuparam realmente com o que acontece a eles. Desta forma, profissionais com insatisfação com os níveis de QVT (Qualidade de Vida no Trabalho) possuem forte predisposição para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. E, se arrastarmos a resposta de número 17 para este questionamento, poderíamos refletir no seguinte sentido: então, mesmo o profissional não se preocupando realmente com o que ocorre com eles (pacientes), tem conseguido muitas realizações com a sua profissão? Aqui estamos falando de um projeto profissional de satisfação com a realização profissional, porém com um não envolvimento emocional. Complementando a análise através da observação de que 64% sentiram-se realizados profissionalmente fica demonstrado que a satisfação pessoal é

a finalidade individual do profissional e, assim, percebendo que o cinismo tão frequente na despersonalização é o resultado deste “burn-out”.

Na verdade, grande parte das escolhas não é examinada- ela é inconsciente e surge de hábitos de comportamento e pensamentos. A escolha pode ser influenciada por pressões sociais, limitada pela aceitação das expectativas de nossa sociedade, por nossos papéis, nossa idade e nossa educação. Com bastante frequência, as preferências são determinadas por nossos sentimentos, medos, desejos e tendências. O desejo de conforto ou o de evitar o que nos parece doloroso é determinante na motivação da escolha. (Remen,1993,p. 151)

Esta afirmativa mostra que, apesar de adoecer pela exaustão física e emocional, o prazer por ter a oportunidade de escolher pela realização que a profissão pode proporcionar promoverá uma ausência na livre-escolha, abrindo mais tarde um diálogo silencioso consigo mesmo: “Eu sabia que estava adoecendo, mas não pude resistir!”

Entrando, numa outra dimensão da síndrome, ainda com o foco de perceber a relação com o outro e com o local de atuação, é que surge a necessidade de se falar sobre a despersonalização (fazer como um autômato), através da qual o sujeito, distancia-se de si mesmo, desvalorizando o seu sentir e, por extensão, o sentir do outro.

Dentre as dimensões do MBI está a despersonalização, que se caracteriza pelo distanciamento emocional em relação aos colegas de trabalho e às pessoas a quem o profissional deve prestar assistência. Tem como principais características o desenvolvimento de atitudes negativas de dureza, irritação, cinismo e insensibilidade. Nos questionários respondidos, 100% dos entrevistados tiveram um nível alto de Despersonalização (desordem dissociativa que apresenta como características essenciais episódios persistentes ou recorrentes de um sentimento de distanciamento ou estranhamento de si próprio). O indivíduo pode sentir-se como um autômato ou como se estivesse em um sonho ou em um filme.

A despersonalização é o resultado do desenvolvimento de sentimentos e principalmente atitudes negativas, por vezes indiferentes e cínicas em torno daquelas pessoas que entram em contato direto com o profissional, que são sua demanda e objeto de trabalho.

Vale ressaltar que, num primeiro momento, é um fator de proteção, mas pode representar um risco de desumanização, constituindo a dimensão interpessoal de *Burnout*.

A despersonalização é em muitos casos um sub-produto da ansiedade, uma vez que as pessoas engrenam por um caminho de preocupações, medos, receios e constante vigília sobre aquilo que pensam, sentem ou fazem. Seu foco passa a ser em si mesmo e na forma como deverá se proteger para continuar atuando profissionalmente. Sua emoção é de constante preocupação consigo mesmo. E o cinismo torna-se um mecanismo de defesa para continuar lidando com as situações limítrofes que, ao mesmo tempo que provocam desconforto, oferecem um prazer neste distanciamento (“é com o outro e não comigo”).

Embora os estudos empíricos de despersonalização venham sendo desenvolvidos recentemente, seria importante ressaltar que é na ansiedade que este sintoma da síndrome estará sustentado.

O que é uma conversação? É muito mais do que trocar palavras, o que pode ser um mero falatório, ou do que comunicação, que não precisa ser nada além de transmissão de informação para um público passivo. A conversação é alimentação compartilhada, recíproca, que permite aos homens criar e trocar confiança, sabedoria, coragem e amizade. Sempre que, no passado, seres humanos quiseram mudar sua maneira de viver ou pensar, eles mudaram o tema e os métodos de sua conversação. A conversação está assumindo um papel decisivo tanto na vida pessoal quanto na profissional e está se tornando moeda tão importante quanto o dinheiro, enriquecendo ambos os lados com o que o dinheiro não pode comprar. (Krznaric, 2015, p. 144)

Vale ressaltar que essa ausência de preocupação com os fatores de autorreflexão tornam a despersonalização o cerne do distanciamento humano. Se o profissional não reflete sobre ele mesmo, responde que se preocupa com o outro sem realmente senti-lo? As respostas emocionais sempre terão uma condução de potencialização do que “eu posso” e “nada me afeta”. O profissional se percebe como um ser incapaz de se colocar no lugar do outro, o que leva a crer que, para ele, a empatia é apenas uma palavra, e não uma forma de relação. A redução ou a completa ausência de sensações corporais é muitas vezes descrita "como se eu fosse um corpo fantasma"; “minhas mãos parecem não pertencer a mim”, bem como são reduzidas ou exacerbadas a intensidade de fome, sede, dor física, atividades físicas e o prazer

sexual. Como bem leciona Bertherat (1981, p. 11) [...] *A gente não fica doente de uma hora para outra; a gente vai pouco a pouco se deixando ficar doente (donde a necessidade de tomar consciência do próprio corpo enquanto ele está relativamente sadio).*

A despersonalização poderá trazer muitos desconfortos nas relações de afeto, pois a preocupação com o bem-estar do outro é pautada pela indiferença e sua relação com as outras duas dimensões da síndrome (cansaço emocional e a realização profissional) possivelmente dará a estrutura da intensidade do acometimento por parte deste profissional.

Percebe-se, assim, a necessidade de se propor medidas preventivas a fim de que seja possível identificar, precocemente, nos profissionais atuantes em UTI e Pronto-Socorro, a existência da Síndrome de *Burnout* e, dessa forma, busque-se reduzir os fortes impactos gerados pelo adoecimento destes profissionais, promovendo ações modificadoras que irão influir tanto no bem-estar quanto na prevenção e no surgimento de doenças.

5 PRODUTO

5.1 APLICABILIDADE

Como trabalho de conclusão do curso de mestrado, após vários cafés e várias ideias sobre o produto, que, no projeto inicial, seria uma cartilha de orientação sobre a Síndrome de *Burnout*, chega-se à conclusão, de acordo com os desejos dos entrevistados no HUV, que o melhor resultado seria a criação de uma célula de bem-estar, onde médicos e enfermeiros pudessem, no momento de repouso, permanecer em um local com menos elementos estressores, ao qual resolvemos denominar MED-SPA.

O produto idealizado seria uma sala com TV, sofá, água, café, acesso à internet, decorada com elementos de orientação para os sinais da Síndrome de *Burnout*, tais como: quadro para cartazes informativos e objetos acolhedores (copos temáticos, itens de decoração) para humanizar o ambiente. A sala estaria localizada no Hospital Universitário de Vassouras e o seu uso seria destinado exclusivamente aos profissionais que estivessem trabalhando naquele dia, nos setores em que o questionário foi aplicado (Pronto-Socorro e UTI).

O produto foi escolhido a partir da análise das queixas dos entrevistados que responderam ao questionário. O melhor local para a sua instalação seria a sala dos residentes que fica próxima à emergência e que também é frequentada pelos médicos do UTI. O espaço desta sala já existente (fotos em anexo) é completamente estéril, com paredes pintadas da mesma cor, sem móveis e sem qualquer tipo de adorno que transmitam o mínimo de conforto na hora do repouso. É necessário, portanto, aplicar uma maquiagem nesse espaço já existente, de modo que ele seja composto por elementos que ofereçam algum conforto para os médicos e, a partir de autorização da Direção do HUV, para enfermeiros graduados também, pelo menos garantindo a sua frequência e permanência na área de estar, onde estão o sofá, algumas poltronas, a televisão, para que todos possam ali relaxar um pouco e se alimentar. Outro

elemento humanizador escolhido para compor a sala são os quadros, com algumas frases sugestivas de bem-estar, que tragam impacto ao usuário do espaço, mexendo com a sua emoção, servindo como substitutos dos cartazes e folders informativos sobre Burnout. Pensou-se então na colocação de um quadro de cortiça, com algumas paisagens e frases, como: “Bom dia!”; “Como você se sentiu hoje?”; “O dia está sendo pesado?”; “Você deixou sua família bem em casa?”; “O que você faz quando não está trabalhando?”; “Atividade física faz parte da sua rotina?”; “Sua família é importante para você?”; “Você escuta com carinho cada pessoa que passa por você?”. Essas são frases que refletem sinais de comportamentos que o profissional pode estar abandonando para estar trabalhando naquele momento. Na parte da cozinha, a intenção é colocar um microondas e uma geladeira grande (pois na sala atualmente só existe um frigobar). Essa necessidade que surge da própria fala dos entrevistados, que relatam que levam para o trabalho a alimentação de casa, o que denota um cuidado familiar, dando a oportunidade de cada um comer o que quer. Na frente da geladeira, sugere-se a colocação de ímãs com “carinhas de emotions” que reflitam sentimentos variados e a frase “Diga não ao Burnout”.

Frisa-se que, uma vez criado um espaço de descanso mais adequado, se for observado que o profissional com frequência passa a sair do local de trabalho para permanecer mais tempo no local de repouso, isso significa que ele está negando os sinais de exaustão, buscando um ponto de fuga para se recompor de forma inconsciente, sendo possível, assim, pensar numa forma de orientação para que ele possa, então, de forma construída, internalizada, por meio de diálogo, entender que pode estar acometido pela Síndrome de *Burnout*. Ou seja, a sala serve, também, como um importante ponto de observação da saúde emocional do usuário.

No projeto, também são propostas algumas modificações nos quartos de repouso, como camas uniformes, armários com chave, tendo em vista que espaços organizados organizam o emocional. Assim, um espaço de acolhimento bem tratado vai consequentemente diminuir as queixas dos preditores e servirá para melhorar a saúde emocional desse usuário do

espaço, entendendo que se a sua exaustão for compensada possivelmente a recompensa fora dali não seja o maior preço que ele poderá pagar para novamente retornar ao trabalho.

5.2 IMPACTO PARA A SOCIEDADE

As descobertas do presente estudo podem beneficiar as práticas pessoais de uma variedade de profissionais de saúde. Ao estarem bem informados sobre os fatores de risco e os precursores do “burnout”, os profissionais de saúde podem adaptar seus estilos de trabalho para evitar a ocorrência desta síndrome e melhorar suas estratégias adaptativas de enfrentamento. Psicólogos e profissionais de saúde relacionados podem estar mais conscientes dos sinais e sintomas de alerta precoce de “burnout”. Os terapeutas podem estar melhor posicionados para tomar as ações apropriadas para evitar a gravidade do aumento de “burnout”. Os profissionais de saúde que estiverem sofrendo da síndrome, poderão ser ajudados a identificar barreiras ao tratamento e desta forma se permitirem procurar ajuda.

O bem-estar deste profissional poderá trazer benefícios para a Instituição, que, oportunizando a criação desse espaço, estará de forma concreta oferecendo uma forma de cuidado emocional para o seu profissional, minimizando uma das queixas desencadeantes da Síndrome que é o sentimento de desvalorização profissional.

O melhor desempenho deste profissional, com uma escuta mais atenta e empática, minimizando também outra característica da Síndrome que é a despersonalização, a qual, uma vez enfrentada, trará benefícios diretos para o público atendido.

Destarte, como o esgotamento emocional é a outra forma de manifestação, entenderemos que profissionais de saúde com um tratamento humanizado poderão oferecer, como resposta à sociedade, uma relação profissional/paciente bem mais humanizada.

CONCLUSÃO

O objetivo geral deste trabalho foi identificar a síndrome do esgotamento profissional em profissionais de saúde que trabalham no Pronto-Socorro e na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Vassouras no Município de Vassouras/RJ.

Procurou-se traçar o perfil sócio-demográfico deste profissional, se eles, através de respostas ao questionário, mensuravam os preditores, os sinais somáticos e o acometimento da Síndrome através do questionário MBI.

Para identificar qual produto poderia oferecer como finalização da dissertação buscou-se analisar a própria queixa do profissional e a sua necessidade mais imediata.

Este trabalho apresentou, num primeiro momento, uma inquietude a fim de descobrir se os profissionais de saúde sofriam por questões de pressões laborais e se, nesta dialética entre trabalho e repouso, apresentavam prazer tanto em trabalhar quanto em atividades livres e isentas de trabalho, bem assim se interagiam com outros meios (pessoas, atividades físicas). Desta forma, a maior preocupação que norteou a presente pesquisa foi a saúde física e emocional destes profissionais médicos e enfermeiros graduados do Hospital Universitário de Vassouras.

Para que o despertar para humanizar e se aproximar da auto-humanização aconteça, serão necessárias ações significativas e diretas que possam contribuir neste processo de prática do trabalho e do olhar para si mesmo.

Por esse motivo, criou-se como produto deste trabalho, a partir dos “desejos comuns” identificados nas respostas dos entrevistados, uma célula de bem-estar que foi denominada de SPA (espaço) e que tem como proposta repaginar espaços já existentes no hospital. Como ponto inicial, foi indicado o local destinado à residência médica, que poderá, após a concretização do projeto/produto, ser renomeada como SPA-MED.

Desta forma, o caminho percorrido por este estudo foi o de criar um produto que pudesse minimizar os efeitos produzidos pela Síndrome de *Burnout*, que traz no silêncio dos profissionais o tamanho do seu adoecimento, de modo que essas pequenas medidas, principalmente de valorização do “eu” de cada profissional, possam desdobrar em melhoras significativas para o próprio usuário do produto, refletindo-se no aperfeiçoamento de suas atividades laborais.

O objetivo deste estudo só poderá ser atingido se este projeto for viabilizado, isto é, sair do papel, a fim de que os profissionais possam efetivamente usufruir deste produto, que servirá para recarregar o profissional positivamente, diminuindo suas queixas, tão expostas nos preditores.

Os custos para elaboração deste espaço poderão vir da própria Instituição, tratando-se, na verdade, de um investimento, uma vez que se beneficiará com a melhora psico e somática destes profissionais. O custeio também pode advir de algum parceiro que se interessasse, através de sua marca, a patrocinar a implantação do local e, como resposta a esse patrocínio, poderia ser oferecida alguma forma de incentivo à divulgação e utilização de seus produtos. Decerto, essa negociação ficaria a cargo do setor administrativo e financeiro da própria Instituição.

Vale ressaltar que, tendo o produto da pesquisa boa aceitação por parte dos profissionais e sendo bem avaliado poderá, num futuro próximo, ser replicado em outros segmentos, não só hospitalares, mas também acadêmicos, aumentando, assim, sensação de bem-estar físico e emocional dos usuários.

Em perspectiva futura, este trabalho poderá também ser reavaliado e servir como base para mensurar o comportamento, o absenteísmo, o presenteísmo e a elaboração de trabalhos científicos que possam conceber, ou não, sua eficiência.

REFERÊNCIAS

- ACKERLEY, Gary D.; BURNELL, Juliann; HOLDER, Dale C.; KURDEK, Lawrence A. (1988). *Burnout among licensed psychologists*. Professional Psychology Research and Practice, 1988. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/232574922_Burnout_Among_Licensed_Psychologists>
- AGHILINEJAD, Mashaallah; ZARGHAM, Sadeghi; ABDULLAH, Amer; SAREBANHA, Shimaa; BAHRAMI-AHMADI, Amir. *Role of occupational stress and Burnout in prevalence of musculoskeletal disorders among embassy personnel of foreign countries in Iran*. Iran Red Crescent Med J., 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082528/>>
- AHOLA, K.; GOULD, R.; VIRTANEN, M.; HONKONEN, T.; AROMAA, A.; LÖNNQVIST, J. *Occupational Burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study*. Occup Environ Med, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19017706>>
- AHOLA, K.; HONKONEN, T.; ISOMETSÄ, E.; KALIMO, R.; NYKYRI, E.; AROMAA, A.; *et al.* *The relationship between jobrelated Burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study*. J Affect Disord., 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16038984>>
- AHOLA, K.; HONKONEN, T.; PIKOLA, S.; ISOMETSÄ, E.; KALIMO, R.; NYKYRI, E.; *et al.* *Alcohol dependence in relation to Burnout among the Finnish working population*. Addiction, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968345>>
- AHOLA, K.; PULKKI-RÄBACK, L.; KOUVONEN, A.; ROSSI, H.; AROMAA, A.; LÖNNQVIST, J. *Burnout and behavior-related health risk factors: results from the population-based Finnish Health 2000 study*. J Occup Environ Med., 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22157806>>
- AHOLA, K.; TOPPINEN-TANNER, S.; HUUHTANEN, P.; KOSKINEN, A.; VÄÄNÄNEN, A. *Occupational Burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers*. J Affect Disord, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945493>>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5a ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013. Disponível em: <<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596?code=dsm-site>>
- ARMON, G. *Do Burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control–support (JDC–S) model?* Stress and Health, 2009.

ARONSSON, G.; GUSTAFSSON, K. *Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research*. J Occup Environ Med, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155481>>

BARBOSA, Fabiano Timbó *et al.* *Correlação entre a carga horária semanal de trabalho com a síndrome de Burnout entre os médicos anesthesiologistas de Maceió* AL. Brazilian Journal of Anesthesiology, v. 67, n. 2, p. 115-121, 2017.

BERTHERAT, Thérèse Carol Bernstein. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

_____. *O correio do corpo: novas vias da antiginástica*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BORRITZ, M.; RUGULIES, R.; CHRISTENSEN, K.; VILLADSEN, E.; KRISTENSEN, T. S. *Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study*. Occup Environ Med. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078067/>>

BORRITZ, M.; CHRISTENSEN, K.B.; BÜLTMANN, U.; RUGULIES, R.; LUND, T.; ANDERSEN, I.; *et al.* *Impact of Burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence*. Prospective results of the Danish PUMA Study among human service workers. J Occup Environ Med. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20881631>>

BRAND, S.; BECK, J.; HATZINGER, M.; HARBAUGH, A.; RUCH, W.; HOLSBOER-TRACHSLER, E. *Associations between satisfaction with life, Burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints*. World J Biol Psychiatry. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331383>>

BRITO, Lucas C.; SILVA, Andressa H.; MEDEIROS, Flaviani S. B.; OBREGON, Sandra Leonara; LOPES, Luis Felipe D. *Análise de correspondência entre a abordagem biopsicossocial e organizacional da qvt com as dimensões da síndrome de Burnout*. Gestão & Regionalidade, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133442805003>>

CAMPOS, Eugenio Paes. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CHANDOLA, T.; BRITTON, A.; BRUNNER, E.; HEMINGWAY, H.; MALIK, M.; KUMARI, M.; *et al.* *Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?* Eur Heart J., 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18216031>>

COX, T.; TISSERAND, M.; TARIZ, T. *The conceptualization and measurement of Burnout: Questions and directions*. Work & Stress, 2005. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/2005-15347-001>>

CRESSWELL, S. L.; EKLUND, R. C. *The convergent and discriminant validity of Burnout measures in sport: a multi-trait/multi-method analysis*. J Sports Sci, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16368631>>

DANHOF-PONT, M. B.; VAN VEEN, T.; ZITMAN, F. G. *Biomarkers in Burnout: a systematic review*. J Psychosom Res., 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21624574>>

DEMEROUDI, Evangelia; PASCALE, M. Le Blanc; BAKKER, Arnould B.; SCHAUFELI, Wilmar B.; HOX Joop. *Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout*. Career Development International, 2009. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13620430910933574>>

EL KETTANI, A.; SERHIER, Z.; OTHMANI, M. B.; AGOUB, M.; BATTAS, O. *Evaluation of burnout syndrome among doctors in training at the Ibn Rochd University Hospital, Casablanca*. Pan Afr Med J., 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28979644>>

FERREIRA, Naiza do Nascimento; LUCCA, Sérgio Roberto de. *Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo*. Rev Bras Epidemiol, vol.18, n.1, pp.68-79. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000100068&script=sci_abstract>

GROSSI, Georgio; THOMTEN, Johanna; FANDINO-LOSADA, Andres; SOARES, Joaquim J. F. *Does Burnout predict changes in pain experiences among women living in Sweden? A longitudinal study*. Stress and Health, 2009. Disponível em: <<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A232830&dswid=article>>

HALLSTEN, L.; VOSS, M.; STARK, S.; JOSEPHSON, M. *Job Burnout and job wornout as risk factors for long-term sickness absence*. Work, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21297288>>

HARIZANOVA, Stanislava N.; MATEVA, Nonka G.; TARNOVSKA, Tanya C. *Adaptation and Validation of a Burnout Inventory in a Survey of the Staff of a Correctional Institution in Bulgaria*. Folia medica, v. 58, n. 4, p. 282-288, 2016.

JENSEN, R.; STOVNER, L. J. *Epidemiology and comorbidity of headache*. The Lancet Neurology, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18339350>>

KARAKOC, Ayten *et al. Burnout Syndrome Among Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Nurses*. Iranian journal of kidney diseases, v. 10, n. 6, p. 395-404, 2016.

KIM, H.; JI, J.; KAO, D. *Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study*. Soc Work, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848090>>

KITAOKA-HIGASHIGUCHI, K.; MORIKAWA, Y.; MIURA, K.; SAKURAI, M.; ISHIZAKI, M.; KIDO, T.; *et al. Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-*

up study. J Occup Health, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19212087>>

KRZNARIC, Roman. *O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

LEITER, Michael P.; DURUP Josette. *The discriminant validity of Burnout and depression: A confirmatory factor analytic study*. Anxiety Stress Coping, 1994. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/247496613_The_discriminant_validity_of_burnout_and_depression_A_confirmatory_factor_analytic_study>

MASLACH, C. *Burnout: The Cost of Caring*. Upper Saddle River, NJ: PrenticeHall, 1982.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. *Maslach Burnout Inventory: Research Edition Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981.

_____. *The measurement of experienced Burnout*. J. Occupat. Behav, 1981. Disponível em: <https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>

MASLACH, C.; LEITER, M. P. *Understanding the Burnout experience: recent research and its implications for psychiatry*. World Psychiatry, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27265691>>

_____. *The truth about Burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

MASLACH, C; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. R. *Job Burnout*. Annual Review of Psychology, 52, 397 - 422, 2001.

MARCELINO, G.; CERVEIRA, J.M.; CARVALHO, I.; COSTA, J.A.; LOPES M.; CALADO N.E. *et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey*. BMJ Open, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e001050>>

MARÔCO, J.; MARÔCO, A. L.; LEITE, E.; BASTOS, C.; VAZÃO, M. J.; CAMPOS, J. *Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional*. Acta Med Port, Jan 2016. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>>

MELAMED, Samuel. *Burnout and risk of regional musculoskeletal pain—a prospective study of apparently healthy employed adults*. Stress and Health, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/227929183_Burnout_and_risk_of_regional_musculoskeletal_pain-A_prospective_study_of_apparently_healthy_employed_adults>

MELAMED, S.; SHIROM, A.; TOKER, S.; BERLINER, S.; SHAPIRA, I. *Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions*. Psychol Bull., 2006. Disponível em: <Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions>

MELAMED, S.; SHIROM, A.; TOKER, S.; SHAPIRA, I. *Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons*. Psychosom Med, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17132837>>

MOHREN, D. C.; SWAEN, G. M.; KANT, I. J.; VAN AMELSVOORT, L. G.; BORM, P. J.; GALAMA, J. M. *Common infections and the role of Burnout in a Dutch working population*. J Psychosom Res., 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932792>>

PELLEGRINO, A. B. W.; DAVIS-MARTIN, R. E.; HOULE, T. T.; TURNER, D. P.; SMITHERMAN, T. A. *Perceived triggers of primary headache disorders: A meta-analysis*. Cephalgia: an international journal of headache. 2017. <Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825314>>

PRENDERGAST, Christina; KETTELER, Erika; EVANS, Gregory. *Burnout in the plastic surgeon: implications and interventions*. Aesthetic surgery journal, v. 37, n. 3, p. 363-368, 2017.

QUEIROS, C.; CARLOTTO, M. S.; KAISELER, M.; DIAS, S.; PEREIRA, A. M. *Predictors of Burnout among nurses: an interactionist approach*. Psicothema, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23910747>>

REMEN, Naomi. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus, 1993.

SALVAGIONI, Denise Albieri Jodas; MELANDA, Francine Nesello; MESAS, Arthur Eumann; GONZALEZ, Alberto Durán; GABANI, Flávia Lopes; ANDRADE, Selma Maffei de. *Physical, psychological and occupational consequences of job Burnout: A systematic review of prospective studies*. PLOS ONE, Out. 2017. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185781>>

SCHONFELD, I. S., BIANCHI, R. *Burnout and Depression: Two Entities or One?* J Clin Psychol, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26451877>>

SCLIAR, Moacyr. *O olhar médico: crônicas de medicina e saúde*. São Paulo: Ágora, 2005.

SHANAFELT, Tait D.; NOSEWORTHY, John H. *Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout*. In: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2017. p. 129-146.

SILVEIRA, A. L. P. da; COLLETA, T. C. D.; ONO, H. R.; WOITAS, L. R.; SOARES, S. H. *et al. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde*. Rev Bras Med Trab. 2016. Acesso 07 set 2016. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/121/pt-BR/sindrome-de-burnout--consequencias-e-implicacoes-de-uma-realidade-cada-vez-mais-prevalente-na-vida-dos-profissionais-de-saude>>

SIMÕES, Pedro. *Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal: um estudo de caso na Saúde 24 Porto*. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10362/9464>>

TAMAYO, Mauricio Robayo; TRÓCCOLI, Bartholomeu Tôres. *Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB)*. Natal: Estudos de Psicologia, vol.

14, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000300005>

TIRONI, Márcia Oliveira Staffa; NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; BARROS, Dalton de Souza; REIS, Eduardo José Farias Borges; MARQUES FILHO, Edson Silva; *et. al.* *Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador.* Revista da Associação Médica Brasileira, vol. 15, n. 6, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000600009>

WALDIE, Karen E.; BUCKLEY, Jude; BULL, Peter N.; POULTON, Richie. *Tension-type headache: A life-course review.* Headache Pain Manage, 2015. Disponível em: <<http://headache.imedpub.com/tension-type-headache-a-lifecourse-review.php?aid=7702>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>

Anexo 1

Modelo do Questionário para a identificação da Síndrome de *Burnout*

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Data: ___/___/___	Sexo: () F () M
	Data de nascimento: ___/___/___	Idade: ___
	Escolaridade: () Médio () Técnico () Universitário	
	Estado civil:	Filhos: () N () S, quantos: ___
	Nº de horas semanais: _____	Período: () M () T () N
DADOS PROFISSIONAIS	Você possui outro emprego? () N () S, quantos? ___	
	Quantas horas semanais, no total, você dedica ao trabalho? _____	
	Quantas faltas justificadas ou não você teve esse mês? ___	
	Mês/ano das últimas férias: ___/___	
	Você frequenta faculdade ou algum curso? () N () S, qual? _____	
LAZER	O que gosta de fazer nas horas vagas? _____	
	Pratica alguma atividade física? () N () S, qual? _____	
	E quantas vezes por semana? _____	

FATORES PREDITORES		PONTOS
1. As atividades que desempenho exigem mais tempo do que posso fazer em um dia de trabalho.		
2. Sinto que posso controlar os procedimentos e atendimentos para os quais sou designado na instituição que trabalho.		
3. A instituição onde atuo reconhece e recompensa os diagnósticos precisos, atendimentos e procedimentos realizados pelos seus funcionários.		
4. Percebo que a instituição onde atuo o profissional é sensível aos funcionários, isto é, valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido, assim como investe e incentiva o desenvolvimento profissional de seus funcionários.		
5. Percebo de forma evidente que existe respeito nas relações internas da instituição (na equipe de trabalho e em coordenação de seus funcionários).		
6. Na instituição onde atuo tenho oportunidade de realizar um trabalho que considero importante.		
PONTUE DE 0 - 6 OS ITENS A SEGUIR CONFORME SEUS SENTIMENTOS E SINTOMAS		
0 - nunca	4 - uma vez por semana	
1 - uma vez ao ano ou menos	5 - algumas vezes por semana	
2 - uma vez ao mês ou menos	6 - todos os dias	
3 - algumas vezes ao mês		

O QUE VOCÊ SENTE DECORRENTE DO TRABALHO? (SINTOMAS SOMÁTICOS)		PONTOS
1. Cefaléia.		
2. Irritabilidade fácil.		
3. Perda ou excesso de apetite.		
4. Pressão arterial alta.		
5. Dores nos ombros ou nuca.		
6. Dor no peito.		
7. Dificuldades com o sono.		
8. Sentimento de cansaço mental.		
9. Dificuldades sexuais.		
10. Pouco tempo para si mesmo.		
11. Fadiga generalizada.		
12. Pequenas infecções.		
13. Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas.		
14. Dificuldade de memória e concentração.		
15. Problemas gastrointestinais.		
16. Problemas alérgicos.		
17. Estado de aceitação contínuo.		
18. Sentir-se sem vontade de começar nada.		
19. Perda do senso de humor.		
20. Gripes e resfriados.		
21. Perda do desejo sexual.		
PONTUE DE 0 - 6 OS ITENS A SEGUIR CONFORME SEUS SENTIMENTOS E SINTOMAS		
0 - nunca	4 - uma vez por semana	
1 - uma vez ao ano ou menos	5 - algumas vezes por semana	
2 - uma vez ao mês ou menos	6 - todos os dias	
3 - algumas vezes ao mês		

MATCH BURNOUT INVENTORY (MBI)		PONTOS
Responda as questões a seguir utilizando a mesma pontuação.		
1. Sinto-me esgotado(a) ao final de um dia de trabalho.		
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite.		
3. Sinto-me emocionalmente exausto(a) com meu trabalho.		
4. Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.		
5. Sinto-me esgotado(a) com meu trabalho.		
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.		
7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado(a).		
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.		
9. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.		
10. Sinto-me cheio de energia.		
11. Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com os pacientes.		
12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.		
13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.		
14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.		
15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.		
16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.		
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.		
18. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.		
19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.		
20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.		
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.		
22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.		
PONTUE DE 0 - 6 OS ITENS A SEGUIR CONFORME SEUS SENTIMENTOS E SINTOMAS		
0 - nunca	4 - uma vez por semana	
1 - uma vez ao ano ou menos	5 - algumas vezes por semana	
2 - uma vez ao mês ou menos	6 - todos os dias	
3 - algumas vezes ao mês		

Anexo 2 - Produto







