

UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO – UNIAN/SP  
MESTRADO PROFISSIONAL  
REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL E INCLUSÃO SOCIAL

ELIANE MALHEIRO FERRAZ DE CARVALHO

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E SAÚDE GERAL EM PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DE PRONTO SOCORRO UNIVERSITÁRIO**

SÃO PAULO  
2014

UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO – UNIAN/SP  
MESTRADO PROFISSIONAL  
REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO CORPORAL E INCLUSÃO SOCIAL

ELIANE MALHEIRO FERRAZ DE CARVALHO

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E SAÚDE GERAL EM PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DE PRONTO SOCORRO UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade Anhanguera de São Paulo como exigência  
para obtenção do Título de Mestre em Reabilitação do  
Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

Orientadora: Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso  
Coorientadora: Profa. Dra. Célia Aparecida Paulino

SÃO PAULO  
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico,  
para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação  
Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal  
e Inclusão Social  
Universidade Anhanguera de São Paulo

C322s

Carvalho, Eliane Malheiro Ferraz de

Síndrome de Burnout e saúde geral em profissionais de saúde de pronto socorro universitário. / Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho. – São Paulo, 2014.

101 f ; il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado, Área de concentração: Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social) – Coordenadoria de Pós- graduação, Universidade Anhanguera de São Paulo, 2014.

Orientadora: Professora Dra. Érica de Toledo Piza Peluso  
Coorientadora: Professora Dra. Célia Aparecida Paulino

1. Burnout. 2. Saúde. 3. Profissional de saúde. I. Título. II. Universidade Anhanguera de São Paulo. III. Peluso, Érica de Toledo Piza.

CDD 615.82

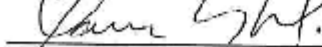
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**  
**Pós-graduanda Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho**

Às quatorze horas do dia dezanove de agosto de dois mil e quatorze, reuniu-se na Rua Maria Cândida, 1813 – 4º andar / Bloco G, no Campus Maria Cândida, da Universidade Anhanguera de São Paulo, a comissão Examinadora assim constituída: **Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso**, Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica; **Profa. Dra. Vanessa Albuquerque Cítero**, Doutora em Ciências; **Profa. Dra. Cristiane Akemi Kasse**, Doutora em Ciências, para proceder ao julgamento da Banca de Defesa da Dissertação intitulada “*Síndrome de burnout e saúde geral em profissionais de saúde de um pronto socorro universitário*”, apresentada pela pós-graduanda **Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho** para obtenção do título de Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, desta Universidade. Iniciados os trabalhos, a Presidente da Comissão Examinadora **Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso** concedeu a palavra a candidata **Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho**, para uma breve exposição de seu trabalho. A seguir, a Sra. Presidente concedeu a palavra, pela ordem e sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante um prazo máximo de 30 minutos, assegurando igual tempo para resposta a cada examinador. Ultimada a arguição, a Comissão, em sessão secreta, passou aos trabalhos de Julgamento, tendo considerado o candidato APROVADO.

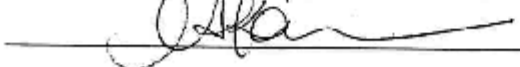
**Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso** (Presidente)



**Profa. Dra. Vanessa Albuquerque Cítero** - UNIFESP (1º Membro Titular Externo)



**Profa. Dra. Cristiane Akemi Kasse** – UNIAN/SP (2º Membro Titular Interno)



À minha família, principalmente aos meus filhos queridos que me incentivam sempre, Agda, Bruno e Caio, e suas escolhas, João, Ana e Bruna. Ao amado Tomás e ao Rui com quem realizei o desejo de constituir família. E juntos, vamos a mais uma possibilidade de concretizar um sonho!

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Érica de Toledo Piza Peluso, minha orientadora, a quem, naturalmente aprendi a respeitar e admirar, que com sua competência, clareza, praticidade, incentivo, prontidão, sem nenhum “estresse” – me manteve no foco e com quem tenho o prazer de compartilhar esta conquista.

À professora Célia Aparecida Paulino, que com o seu olhar e suas observações durante a seleção para esta empreitada, me “assinalou” que seria possível, e que durante o processo auxiliou na concretização deste trabalho.

À minha querida filha Agda. Orgulho de tê-la sempre ao meu lado. E claro, em mais esta jornada, bem antes de começar, no processo, na fase final, com sua colaboração, principalmente, na revisão de texto, sempre demonstrando boa vontade, precisão e incentivo. Espero poder retribuir, sempre, e o farei com o maior prazer.

Aos professores do mestrado, Maria Rita Aprile, Cristiane Kasse, Flávia Doná, Juliana Gazzola, Vagner Raso e Naira Dutra Lemos.

Aos colegas de curso, em especial Adalberto, Denise e Cris. Às secretárias, particularmente, Anália, Renata e Juliana.

Naira, a quem tenho admiração e orgulho de compartilhar “nossos dias de assistente social” e quem me incentivou para mais esta etapa de vida.

À Natália Fortunato, sem você não teria conseguido no tempo recorde para entrega e recebimento dos documentos desta pesquisa. E não vou esquecer o momento de emoção, quando conferi os registros do questionário MBI para verificar quem era a única participante sem nenhum estresse e 100% realizada profissionalmente: esta pessoa e profissional sem igual, você!

À Daniela Jubran, com seu equilíbrio, carinho, bom senso e bom humor. Dany Guimarães pela solidariedade.

Aos colegas de trabalho pela colaboração, principalmente às assistentes sociais que participaram desta pesquisa, espero que possamos ter dias menos estressantes.

Luciana Morita, com seu jeito calmo e profissional, muito obrigada!

Aos meus amados pais que se empenharam para que eu fosse em busca de meus sonhos: Lourdes e Carlos. E aos queridos que torceram por mim!

## RESUMO

CARVALHO, E. M. F. **Síndrome de *burnout* e saúde geral em profissionais de saúde de pronto socorro universitário**. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social. Universidade Anhanguera de São Paulo, São Paulo, 2014.

Profissionais de saúde estão entre os trabalhadores mais propensos a apresentar estresse ocupacional. Quando este estresse torna-se crônico pode resultar na síndrome de *burnout* ou síndrome de esgotamento profissional. Este trabalho teve como objetivo investigar a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro e avaliar sua saúde geral. Foi realizado estudo de corte transversal em um hospital universitário público da cidade de São Paulo. Os instrumentos utilizados foram: questionário para informações sociodemográficas, ocupacionais, de saúde geral e hábitos de vida dos profissionais e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), versão HSS (*Human Services Survey*). Participaram do estudo 156 profissionais (61 médicos, 58 enfermeiros e 37 de outras áreas), sendo a maioria do gênero feminino (69%), solteiros (48%) e com idade média de 36,6 anos (desvio padrão = 9,9). Grande parte atua no Hospital (45,2%) e no mesmo Pronto Socorro (50,3%) há 5 anos ou menos, com carga horária de 40h diárias (36%), sendo que 64% atuam no período diurno e 39% têm dupla jornada de trabalho. A saúde foi considerada boa por 56% dos profissionais. Os problemas de saúde mais frequentemente relatados foram ansiedade (48,7%), insônia e problemas de sono (39,7%), problemas de memória e concentração (37,8%), tontura (37%) e enxaqueca (34%). Em 7,1% da amostra foi evidenciada a presença da síndrome de *burnout*. Em relação às subescalas do MBI, em 26,3% da amostra foi observada alta Exaustão Emocional (EE), em 26,9% alta Despersonalização (DP) e em 28,8% baixa Realização Profissional (RP). Não houve associação estatisticamente significativa entre a síndrome de *burnout* e as variáveis avaliadas. Em relação às subescalas do MBI, houve associação estatisticamente significativa entre possuir maior escore de EE e ser mulher, não praticar atividade física regular e relatar depressão, problemas com sono, ansiedade, enxaqueca, dores crônicas, dificuldade de concentração e memória prejudicada e tontura. Houve associação

estatisticamente significativa entre possuir maior escore de DP e realizar de 1 a 2 refeições ao dia, consumir álcool, não praticar atividade física regular e relatar depressão, problemas com sono, ansiedade, enxaqueca, dores crônicas, dificuldade de concentração, memória prejudicada e tontura. Menor escore de DP foi encontrado entre os que possuem mais de um vínculo de trabalho. Houve associação estatisticamente significativa entre possuir maior escore de RP e ser viúvo ou separado, possuir mais de um vínculo de trabalho, realizar de 3 ou mais refeições ao dia. Os enfermeiros e os profissionais que referiram depressão, problemas com sono, ansiedade, dificuldade de concentração, memória prejudicada e tontura, apresentaram menor RP. Verificou-se que grande parte dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário apresentam problemas de saúde. Por outro lado, poucos profissionais desenvolveram a síndrome de *burnout*.

Palavras-chave: *Burnout*. Saúde. Profissional de Saúde. Urgência e Emergência. Hospital Universitário.



## ABSTRACT

CARVALHO, E. M. F. **Burnout syndrome and general health in university emergency room health professionals**. 2014. 101 f. Dissertation (Master's) – Professional Master's Program in Body Balance and Social Inclusion. Universidade Anhanguera de São Paulo, São Paulo, 2014.

Health professionals are workers who are more liable to show occupational stress. When this stress becomes chronic, it can result in the burnout syndrome or professional wearing out syndrome. This study aims at investigating the prevalence of the burnout syndrome in graduate health professionals who work in emergency room and evaluate their general health. A cross-sectional study was carried out in a public university hospital in São Paulo. Instruments used were a questionnaire including socio-demographical, occupational, general health and life habit information and the *Maslach Burnout Inventory* (MBI), version HSS (*Human Services Survey*). 156 professionals took part of the study (61 doctors, 58 nurses and 37 professionals from other areas), being most of them female (69%), single (48%) and the average age was 36.6 (Standard Deviation=9.9). Most of them have worked in the hospital (45.2%) and in the same emergency room (50.3%) for 5 years or less. The majority (36%) work 40h a week, 64% during the day and 39% have double shifts. Health was considered good by 56% of the professionals. The most frequent health problems reported were anxiety (48.7%), insomnia and problems to sleep (39.7%), memory and concentration problems (37.8%), dizziness (37%) and migraine headaches (34%). The burnout syndrome was found in 7.1% of the group. High level of Emotional Exhaustion (EE) was found in 26.3%, high level of depersonalization (DP) in 26.9% and 28.8% had low professional achievement (PA). There was no statistical association between burnout syndrome and the variables evaluated. The main factors associated with the dimensions of the MBI were: higher EE was associated with being female, not perform physical activity, to have depression, problems to sleep, anxiety, concentration difficulties, impaired memory, dizziness and migraine. DP was associated with having more than one job. Widowed and divorced participants, those who has more than one job and who has 3 or more meals a day showed greater scores of PA. To be a nurse, to have depression, problems to sleep, anxiety, concentration difficulties, impaired memory, and dizziness were factors associated with lower PA. It was found that most of the health professionals working

at the emergency room in the university present health problems. On the other hand, few professionals developed the burnout syndrome.

Key words: Burnout. Health. Health Professionals. Urgency and Emergency. University Hospital.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas de profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	46
<b>Tabela 2-</b>	Frequências absolutas e relativas das características ocupacionais dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	47
<b>Tabela 3-</b>	Frequências absolutas e relativas aos problemas de saúde referidos pelos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário, contempladas no questionário de pesquisa (n=156).....	49
<b>Tabela 4-</b>	Frequências absolutas e relativas aos hábitos de vida informados pelos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	51
<b>Tabela 5-</b>	Valores das subescalas do MBI de profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	52
<b>Tabela 6-</b>	Distribuição dos escores das subescalas do MBI dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	53
<b>Tabela 7-</b>	Médias das subescalas do MBI de acordo com as variáveis sócio-demográficas dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	55
<b>Tabela 8-</b>	Médias das subescalas do MBI de acordo com variáveis ocupacionais dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	56

<b>Tabela 9-</b>	Médias das subescalas do MBI de acordo com os hábitos de vida dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	57
<b>Tabela 10-</b>	Médias das subescalas do MBI de acordo com as doenças e outros problemas de saúde relatados por profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS

CC	Centro Cirúrgico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DP	Despersonalização
EE	Exaustão Emocional
EUA	Estados Unidos da América
HSS	<i>Human Services Survey</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
ILO	Organização Internacional do Trabalho
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MS	Ministério da Saúde
NIOSH	Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS	Pronto Socorro
RP	Realização Profissional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	18
2.1	ESTRESSE E ESTRESSE OCUPACIONAL	18
2.1.1	Estresse ocupacional em profissionais de saúde	22
2.2	SAÚDE GERAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	25
2.3	SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	26
2.3.1	Síndrome de <i>burnout</i> em profissionais de saúde	31
2.3.1.1	Enfermagem	31
2.3.1.2	Médicos	33
2.3.1.3	Diversos profissionais de saúde	34
2.3.2	Síndrome de <i>burnout</i> em profissionais de saúde que atuam em Pronto Socorro	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	39
3.1	OBJETIVO GERAL	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	40
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	40
4.2	TIPO DE ESTUDO	40
4.3	LOCAL DO ESTUDO	40
4.4	AMOSTRA	41
4.4.1	Seleção da amostra	41
4.4.2	Critérios de Inclusão	41
4.4.3	Critérios de Exclusão	42
4.5	INSTRUMENTOS	42
4.6	PROCEDIMENTOS	43
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	43
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	45
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS	45
5.2	SAÚDE GERAL	48

5.3	HÁBITOS DE VIDA	50
5.4	RESULTADOS DO MASLACH <i>BURNOUT</i> INVENTORY (MBI)	51
5.5	FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	53
5.6	FATORES ASSOCIADOS ÀS SUBESCALAS DO MBI	54
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAS</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sociedade atual tem sofrido alterações em seus padrões de vida através da modernização e do desenvolvimento tecnológico. Evidências desse processo são as consequências degradativas sobre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Uma das principais manifestações de tais consequências é o estresse. Quando relacionado à vida moderna, é caracterizado por um conjunto de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas de nosso organismo, em resposta aos aspectos prejudiciais do ambiente, de sua organização social e de nossa função desempenhada (VILARTA et al., 2007).

Do ponto de vista psicológico e emocional, o estresse excessivo leva a uma série de reações deletérias que, ao se prolongarem, afetam o sistema imunológico com queda na resistência, favorecendo o aparecimento de infecções, desencadeando doenças latentes, produzindo estados patológicos variáveis em intensidade e dano ao indivíduo (LIPP, 2003).

Há uma preocupação constante com o estresse na contemporaneidade e isto se deve ao fato dele afetar 90% da população mundial caracterizando uma pandemia com drásticas consequências para as populações segundo dados da Organização Mundial de Saúde (BAUER, 2002). Segundo Ferreira e Assmar (2008), no Brasil, pesquisas realizadas pela *International Stress Management Association – BR* (ISMA-BR) demonstram que pelo menos 70% dos trabalhadores sofrem de estresse no trabalho, enquanto 30% são acometidos de *burnout*, que é considerado a cronificação do estresse ocupacional.

O estresse ocupacional é decorrente de tensões associadas ao trabalho e à vida profissional. Quando se torna crônico pode resultar na Síndrome de *Burnout*, também conhecida como síndrome de esgotamento profissional (SANTINI, 2004). Esta síndrome caracteriza-se por exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal (MASLACH; JACKSON, 1986).

Entre as diversas categorias profissionais, os profissionais de saúde estão entre os que têm níveis mais elevados de estresse ocupacional e *burnout* (LAUTERT et al., 2005).



Entre estes, profissionais que atuam no cuidado de indivíduos em situações de emergência, como os que atuam em prontos socorros, podem ter maior risco de desenvolver esta síndrome, uma vez que estão expostos a condições e ritmos de trabalho cansativos, pois lidam diretamente com a imprevisibilidade, o sofrimento e a morte, situações estas passíveis de gerarem grande estresse profissional.

As consequências desta síndrome são importantes e diversas, afetando a nível institucional, social e pessoal (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Em relação aos profissionais afetados, diversas reações são associadas a esta síndrome: físicas, psíquicas, comportamentais e defensivas (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A relação entre estresse e diversos sintomas (físicos e psicológicos) e doenças tem sido amplamente documentada na literatura. Lipp (1996) refere que, entre as doenças psicofisiológicas que tem o estresse presente em sua etiogênese, como um fator contribuinte ou desencadeador, encontram-se: hipertensão arterial, úlceras, câncer, psoríase, vitiligo, retração de gengivas, depressão, pânico e surtos psicóticos.

Apesar da relevância deste tema, pouco se sabe sobre a prevalência da síndrome de *burnout* e outros problemas de saúde geral em profissionais de saúde que atuam em prontos socorros em nosso meio.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ESTRESSE E ESTRESSE OCUPACIONAL

O termo estresse vem do termo inglês *stress* e, segundo Selye (1956), foi usado inicialmente na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão. Este autor transpôs este termo para a medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras a sua vida e a seu equilíbrio interno.

O conceito de estresse foi definido nos anos 30 por Hans Selye (1907-1982), endocrinologista de origem austríaca. Segundo Selye:

O estresse é um processo vital e fundamental onde pode ser dividido em dois tipos, ou seja, quando passamos por mudanças boas, temos o estresse positivo e quando atravessamos alguma fase negativa, estamos vivenciando o estresse negativo (SEYLE, 1936, p.32).

Um nível de estresse é necessário e saudável para que possamos desempenhar nossas diferentes atividades, porém, é necessário estar atento para a sobrecarga de estresse, pois é quando este pode vir a tornar-se prejudicial (ROSSI, 2004).

As primeiras referências à palavra *stress*, com significado de “aflição” e “adversidade”, são do século XIV. No século XVII, o vocabulário de origem latina passou a ser utilizado em inglês para designar opressão, desconforto e adversidade (LIPP, 1996).

Santini et al. (2005) entendem que o estresse é um conjunto de funções que os seres vivos desencadeiam quando enfrentam modificações do ambiente físico ou psicológico as quais são percebidas como ameaças à sua integridade. É como um estabilizador interno que nos alerta sobre os perigos dos excessos e os sintomas indicam que o corpo necessita de cuidados.

Segundo Lipp (1996), o estresse pode ter origem em fontes internas e externas:

As fontes internas estão relacionadas com a maneira de ser do indivíduo, tipo de personalidade e seu modo típico de reagir à vida. Muitas vezes, não é o

acontecimento em si que se torna estressante, mas a maneira como é interpretado pela pessoa. Os estressores podem estar relacionados com as exigências do dia-a-dia do indivíduo (fontes externas) como os problemas de trabalho, familiares, sociais, morte ou doenças de um filho, perda de uma posição na empresa, não concessão de um objetivo de trabalho, perda de dinheiro ou dificuldades econômicas, notícias ameaçadoras, assaltos e violências das grandes cidades, entre outros. Muito frequentemente, o estresse ocorre em função dos diversos tipos de cargos, de ocupação que a pessoa exerce (LIPP, 1996, p.9).

Em seus estudos, Selye observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor. Essas reações apresentam três fases ou estágios (apud SEGANTIN, MAIA 2007):

- A fase de Alarme consiste em uma fase muito rápida de orientação e identificação do perigo, preparando o corpo para a reação propriamente dita, ou seja, a fase de resistência. Muitas vezes essas sensações não se identificam como de estresse, é por isso que muitos não se dão conta de que estão neste estado.
- A fase de Resistência é uma fase que pode durar anos. É a maneira pela qual o corpo se adapta à nova situação. É parte do estresse total do indivíduo e se processa de dois modos básicos: sintóxico (tolerância e aceitação) e catotóxica (contra, não aceitação). Isto ocorre quando a pessoa tenta se adaptar à nova situação, restabelecendo o equilíbrio interno.
- A fase de Exaustão consiste em uma extinção da resistência, seja pelo desaparecimento do estressor, o agressor, seja pelo cansaço dos mecanismos de resistência. Então, é neste caso que o resultado será o da doença ou mesmo um colapso.

Segundo Vasconcellos (1992), cada uma dessas fases tem processos e reações biológicas e psicossociais específicas. A fase de alarme apresenta como sintomas característicos a taquicardia, pressão no peito, insônia, pesadelos, sensação de esgotamento, irritabilidade, fadiga crônica, músculos tensos, alterações de pressão, zumbido nos ouvidos, distúrbios gastrointestinais, dentre outros. Na fase de resistência os sintomas físicos desaparecem devido à mobilização ser

concentrada em um órgão. Contudo, como o estressor ainda permanece, os sintomas evidenciados são de natureza psicossocial como: ansiedade, depressão, isolamento social, medo, nervosismo, insegurança, impotência sexual temporária, oscilação de apetite, etc. Os sintomas da fase de exaustão são manifestados através do adoecimento do órgão mobilizado na fase da resistência, ou a morte súbita.

McEwen e Seeman (1999) referem que o estresse é conceitualmente entendido como um processo complexo e multidimensional, em que atuam estressores agudos ou crônicos dos tipos: ambientais (do trabalho, em casa), em eventos maiores (separação conjugal, desemprego, morte ou doença em família), trauma (ser vítima ou presenciar crimes, acidentes) e abuso ou negligência na infância e na velhice. Estes estressores são percebidos pelo indivíduo como ameaça e necessidade de ajuda ou alerta, disparando uma resposta que vise à adaptação à situação ameaçadora.

Em uma visão biopsicossocial, França e Rodrigues (1996) afirmam que o estresse constitui-se de uma relação particular entre pessoa, seu ambiente e as circunstâncias as quais está submetida, que é avaliada como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem estar.

O estresse na sociedade preocupa devido às suas consequências para a saúde, a qualidade de vida em nível pessoal e também devido às implicações que tem para as empresas e para a sociedade. O excesso de estresse pode causar um desgaste físico e/ou mental gerando envelhecimento precoce, uma série de doenças e até a morte (LIPP, 1998).

Vasconcellos (1992) define o estresse como “um processo psico-fisiológico - poderíamos até denominá-lo biopsicossocial - onde ambos os aspectos e elementos se inter-relacionam na busca da reação mais adequada e possível”. (p. 33). Segundo este autor existe profissões que são mais estressantes que outras. Tudo depende, no entanto, da frequência e da intensidade com que os fatores ocorrem na vida de uma pessoa.

Profissões como as que trabalham com atendimento a catástrofes (policiais, médicos de pronto socorro, bombeiros), as que atuam sob forte pressão de tempo (executivos, jornalistas, vestibulandos, motoristas de ambulância), outras sob forte pressão de competitividade (agentes da bolsa e atletas de alto nível) têm uma

probabilidade maior de desenvolver mais rapidamente sintomas de estresse (VASCONCELLOS, 1992).

A *International Stress Management Association* – ISMA, aponta o Brasil entre os países com o maior nível de estresse do mundo (BITTENCOURT, 2011). Em Porto Alegre, entre outubro de 2008 e abril de 2009, esta mesma Associação realizou uma pesquisa com 724 pessoas e apontou que 55% apresentavam nível de estresse entre regular e preocupante, sendo que o trabalho foi referido como a maior fonte de estresse (61%). Quanto aos sintomas físicos apresentados, 81% referiram dores musculares, incluindo dor de cabeça. A maioria (59%) aceita responsabilidades mesmo quando está sobrecarregada (VICILI, 2010).

Saviani (2007) afirma que o ato de agir sobre a natureza transformando-a conforme as necessidades humanas denomina-se “trabalho”. O autor pontua que a essência humana é o trabalho, ou seja, o ser humano se reconhece e é reconhecido pela sociedade pelo trabalho que desenvolve.

O indivíduo, ao se inserir na organização, cria outra variável que pode interferir nesta relação estresse/trabalho. Criam-se expectativas e motivações que se orientam por valores pessoais, que, muitas vezes, poderão entrar em conflito com os valores organizacionais. A consequência disto é a diminuição desta motivação inicial e a falta de cooperação e comprometimento com as demandas da organização (SADIR; LIPP, 2009).

Para Almeida (2007), o conhecimento dos fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o trabalho num sentido mais prazeroso e colaborativo.

De acordo com Arroba e James (1988), o estresse ocupacional refere - se à ocorrência de pressão no âmbito do trabalho, podendo ser identificado em três dimensões: pessoal, grupal e organizacional. Como o estresse ocupacional é manifestado num sistema social, uma parte do sistema estressado exerce pressão nas outras partes desse sistema e vice - versa: um indivíduo estressado pressiona sua equipe de trabalho, quando toma decisões inadequadas que afetam não só sua equipe, mas também a organização, como um todo. Uma equipe de trabalho que enfrenta pressões pode ter como consequências problemas de relacionamento entre seus membros, interferências no desenvolvimento dos trabalhos, podendo afetar toda a empresa se, as decisões necessárias não forem tomadas. Uma organização estressada exerce pressão nos seus integrantes e grupos de trabalho, os quais

podem reagir recusando e evitando tomar decisões estratégicas, gerando problemas para os grupos que trabalham numa cadeia produtiva e também para os indivíduos. Assim, através de uma reação em cadeia, o estresse é transmitido em todo o sistema, afetando todas as partes deste (apud REGIS 1996).

Areias e Comandule (2008) referem que, desde 1985, a Associação Americana de Psicologia (APA) e o Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional (NIOSH) têm trabalhado juntos para promover pesquisas e treinamentos para prevenir estresse no local de trabalho e relatam os diversos estudos que apontam a relação entre estresse ocupacional e uma grande variedade de doenças, tais como: distúrbio do sono, problemas estomacais, cefaleias e dor lombar. Nos EUA, os resultados de diversas pesquisas sugerem que de 1/4 a 1/3 da força de trabalho experimenta altos níveis de estresse no trabalho. Algumas análises econômicas apontam para um aumento de 50% nos gastos com saúde para esses trabalhadores, e próximo de 200% para os trabalhadores que relatam altos níveis de estresse associados à depressão.

O relatório "*Safety in numbers: pointers for a global safety culture at work*", publicado pela Organização Internacional do Trabalho (ILO), em 2003, não abre espaço para hesitações: a maior causa de acidentes e doenças do trabalho é o estresse (ALEVATO, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (MS), o estresse atualmente é considerado como uma das principais patologias do século XXI, sendo a maior epidemia mundial. Para Organização Internacional do Trabalho (ILO), estresse ocupacional tem como definição um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por esse motivo, pode afetar sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

### 2.1.1 Estresse ocupacional em profissionais de saúde

Vários pesquisadores têm se preocupado em avaliar a relação entre atividades de profissionais da saúde e o estresse, principalmente entre os que atuam em áreas consideradas fechadas, como pronto socorro, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e as específicas como, por exemplo, as unidades de internação de pacientes oncológicos.

Segundo Lautert et al. (2005), os estudos de estresse brasileiros apontam que algumas categorias profissionais estão mais propensas ao estresse ocupacional. Os trabalhadores da saúde ocupam posições de destaque em matéria de estresse no ambiente de trabalho, estando atrás apenas dos profissionais controladores de vôos, motoristas de ônibus, policiais e seguranças privados, respectivamente.

Lautert et al. (1999) avaliaram 207 enfermeiros em um hospital universitário na cidade de Porto Alegre (RS) procurando avaliar fontes de estresse e presença de sintomas de estresse. Os resultados demonstraram que 48% apresentavam tais sintomas. A sobrecarga de trabalho foi a fonte que determinou a maior estimativa de risco relativo de estresse (6,1%).

Lentine, Sonoda e Biazin (2003) avaliaram 429 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Londrina (PR) com o objetivo de analisar os níveis de estresse nos profissionais. Os resultados mostraram que grande parte dos profissionais referiu nível médio de estresse em seu local de trabalho, sendo 62% dos enfermeiros, 61% dos médicos e 62% dos auxiliares de enfermagem. A grande maioria dos profissionais considera seu trabalho estressante.

Um estudo desenvolvido em hospital geral, filantrópico e de médio porte de Belo Horizonte, por Carvalho et al. (2004), com o objetivo de determinar o nível de estresse de trabalhadores de enfermagem que atuam em setores fechados (n=31), detectou que 9,7% apresentaram altos níveis de estresse.

Di Martino e Misko (2004) desenvolveram uma pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (SP), com o objetivo de analisar as variáveis psicológicas de 70 enfermeiros que trabalhavam sob o regime de 6 e 12 horas diárias, em atividades desenvolvidas no Centro Cirúrgico (CC), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade Coronariana (UCO) e Pronto Socorro (PS). Os resultados permitiram constatar que o perfil emocional dos enfermeiros sofre alterações no decorrer do plantão, o que pode ser creditado ao desgaste e ao estresse próprios da atividade de prestar assistência, sobretudo nas unidades, onde há exigência de alto nível de habilidades e necessidade de respostas imediatas em emergências.

Um estudo que objetivou investigar a ocorrência de estresse nos trabalhadores de cinco núcleos de Saúde da Família, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP), utilizando o Inventário de Sintomas Stress para Adultos, de Lipp, constatou a presença de sintomas de estresse em 62% dos trabalhadores.

Houve predominância de sintomas psicológicos em 48% dos sujeitos, de sintomas físicos, em 39%, e igualdade de sintomas, em 13% desse grupo de trabalhadores. O sintoma físico mais apontado pelos sujeitos, relativos à fase de resistência, foi a sensação de desgaste físico constante, estando presente em 83% dos sujeitos com estresse. (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Batista e Bianchi (2006) avaliaram 73 enfermeiros de unidades de emergência de instituição hospitalar pública e particular em São Paulo, com o objetivo de determinar o nível de estresse desses profissionais. Os resultados indicaram que as áreas de investigação denominadas Condições de Trabalho para o Desempenho das Atividades e as Atividades Relacionadas à Administração de Pessoal, apresentaram os maiores escores, com um indicativo para alto nível de estresse.

Silva (2006) realizou uma pesquisa com o objetivo de verificar a percepção de estresse e suas fontes no trabalho do fisioterapeuta na cidade de Goiânia (GO). Os dados indicaram que o fisioterapeuta convive com inúmeros estressores no seu contexto ocupacional. Fontes de estresse comuns são: baixos salários, sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional. Elas estão ligadas às questões do ambiente de trabalho e não à própria execução do mesmo. Os sintomas psicológicos mais frequentes do estresse ocupacional são: ansiedade, incapacidade de se desligar do trabalho e distúrbios de atenção. Os sintomas físicos mais frequentes nestes profissionais são dores e cansaço.

Carvalho e Malagris (2007) entrevistaram 31 profissionais de saúde de nível superior atuantes em um Posto de Assistência Médica no Rio de Janeiro (RJ), com o objetivo de detectar presença de estresse. Concluíram que 58% apresentavam sintomas relacionados a estresse, sendo que 94% estavam na fase da resistência e em 56% houve predominância de sintomas físicos. Profissionais de Serviço Social, Enfermagem e Medicina apresentaram maior prevalência de sintomas de estresse.

Preto e Pedrão (2009) entrevistaram 21 enfermeiros de 5 hospitais com o objetivo de verificar a presença de estresse entre eles. Os resultados mostraram que 57,1% dos enfermeiros avaliados consideraram a UTI um local estressante e 23,8% deles apresentaram um escore elevado, indicando a presença de sintomas de estresse.

Revisão bibliográfica realizada por Ferreira e Moura (2012) encontrou dez pesquisas que mostravam que o atendimento a pacientes em unidade de urgência e emergência expõe o profissional enfermeiro a situações extremamente estressantes



e desgastantes. Além de lidar com o sofrimento e morte, trabalham, normalmente, em condições longe de ideais. Os autores dos artigos pesquisados chegaram à conclusão que a estrutura organizacional da instituição hospitalar tem responsabilidade no nível de estresse dos enfermeiros de pronto socorro.

## 2.2 SAÚDE GERAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Diversos estudos foram realizados com profissionais de saúde a fim de verificar a saúde física e psicológica destes profissionais e sua relação com o estresse ocupacional.

Com a finalidade de determinar o nível de estresse e depressão entre os médicos de emergência e a decisão de deixar esta especialidade, Gallery et al. (1992), entrevistaram 763 médicos do Colégio Americano de Emergência (EUA). Embora a grande maioria tenha relatado níveis normais de estresse, um número desproporcional relatou altos níveis de depressão e planeja deixar a especialidade da medicina de emergência. Dos que pretendem deixar a atividade na área de emergência, 12,4% pretendem fazê-lo dentro de um ano; 26,7% planejam sair nos próximos cinco anos e menos de metade (42,9%) em dez anos.

As alterações cardiovasculares foram as que tiveram maior prevalência no levantamento realizado por Lautert et al. (1999) com 207 enfermeiros de um hospital universitário na cidade de Porto Alegre (RS). No entanto, as alterações gastrintestinais estiveram relacionadas com um risco maior para estresse. As alterações imunitárias foram as que mais se correlacionaram com as fontes de estresse. Os resultados sugerem que o estresse gerado pela atividade gerencial do enfermeiro desencadeia alterações na saúde.

Cantos et al. (2004), na pesquisa sobre prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária com 54 funcionários de hospital universitário e sua relação com estresse psicológico, concluíram que 73,1% eram estressados e que o estresse psicológico deve ser considerado na avaliação dos diferentes fatores de risco para doença arterial coronária.

Cavalheiro et al. (2008) entrevistaram 75 enfermeiros que pertenciam à Unidades de Terapia Intensiva e faziam parte de um hospital há mais de 6 meses.

Neste estudo, os sintomas que apresentaram maior associação com os níveis de estresse foram os cardiovasculares, alterações do aparelho digestivo e alterações musculoesqueléticas.

Dalri et al. (2010) avaliaram os riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho em Unidades Públicas de Urgência e Emergência e as alterações de saúde apresentadas por 64 trabalhadores de enfermagem em Minas Gerais. Os mais citados foram os riscos psicossociais e as alterações de saúde mais encontradas foram algias, cansaço mental e estresse, distúrbios do sono, alterações cardiovasculares e processos infecciosos que em sua maioria podem ter sido provocados pelos riscos identificados.

Sintomas como cefaleia, sensação de fadiga, dores nas pernas e taquicardia, relacionados ao estresse emocional ou após atendimentos emergenciais, foram informados por profissionais de enfermagem que atuam em Pronto Atendimento de um Hospital Geral no Vale do Paraíba (SP), em uma pesquisa realizada por Farias et al. (2011). Estes pesquisadores concluíram que há presença de estresse nestes profissionais e sugerem que possa existir, por parte dos entrevistados, uma dificuldade em separar o estresse físico do psíquico.

### 2.3 SÍNDROME DE *BURNOUT*

O termo *burnout* foi inicialmente utilizado em 1953 em uma publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como “Miss Jones”. Neste, é descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho. Em 1960, outra publicação foi realizada por Graham Greene, denominada de “A Burn Out Case”, sendo relatado o caso de um arquiteto que abandonou sua profissão devido a sentimentos de desilusão com a profissão. Os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais são os que se conhece hoje como *burnout* (apud CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

*Burnout* é uma composição de *burn* = queima e *out* = exterior, sugerindo assim que a pessoa afetada consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço. A expressão *burnout* em inglês, entretanto, significa aquilo que deixou de funcionar por completa falta de energia,

por ter sua energia totalmente esgotada, metaforicamente, aquilo que chegou ao seu limite máximo (BALLONE, 2009).

A síndrome de *burnout* começou a ser pesquisada, inicialmente nos Estados Unidos, passando a disseminar-se por todo o mundo.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), apesar de ser atribuído a Freudenberger o primeiro artigo versando sobre *burn-out*, Bradley, em 1969, já havia publicado um artigo em que se utilizava da expressão *staff burn-out*, referindo-se ao desgaste de profissionais e propondo medidas organizacionais de enfrentamento. Entretanto, deve-se a Freudenberger e posteriormente a Maslach e Jackson (1981) a difusão e o interesse que se seguiu a partir de seus estudos (apud SEGANTIN; MAIA, 2007).

A definição mais aceita atualmente sobre a síndrome de *burnout* fundamenta-se na perspectiva social-psicológica (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; LEITER, 1997; MASLACH; GOLBERG, 1998). Esta perspectiva considera a síndrome como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas.

É um construto formado por três dimensões relacionadas, mas independentes. A primeira delas é a exaustão emocional, caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. É possível somarem-se sentimentos de frustração e tensão, pois os trabalhadores podem perceber que já não tem condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas, como faziam antes. A segunda dimensão é a despersonalização, situação em que o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos. Os trabalhadores podem desenvolver uma insensibilidade emocional. A terceira dimensão é a baixa realização pessoal no trabalho, definida como uma tendência do trabalhador a se autoavaliar de forma negativa. As pessoas se sentem infelizes consigo mesmas e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. Também experimentam um declínio de sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros (CARLOTTO; CÂMARA, 2004).

Maslach e Jackson (1986) também referiram que o *burnout* é a maneira encontrada de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do

estresse ocupacional. Sobrevêm quando falham outras estratégias para lidar com o estresse.

Maslach e Schaufeli (1993) pontuam que as definições já propostas para a síndrome de *burnout*, embora com algumas questões divergentes, ressaltam, no mínimo, cinco elementos comuns: a) a predominância de sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; b) ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos; c) os sintomas são relacionados ao trabalho; d) manifestação em pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome; e) diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho decorrente de atitudes e comportamentos negativos (apud CARLOTTO, CÂMARA, 2008).

A criação de um instrumento de aferição *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996) viabiliza o estudo epidemiológico do *burnout* e, rapidamente, o conceito de Maslach torna-se o mais conhecido e adotado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a síndrome de *burnout* como um risco ocupacional, classificada no grupo V do Código Internacional de Doenças (CID 10). Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1989), o *burnout* figura como síndrome de esgotamento profissional dentro de um grupo de classificação que tem como título "problemas relacionados à organização de seu modo de vida".

No Brasil, segundo o decreto 3.048 de 6 de maio de 1999, que fala sobre agentes patogênicos causadores de doenças ocupacionais, a síndrome de *burnout* está classificada junto aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, manifestando-se com a sensação de estar acabado. Neste caso, a síndrome de *burnout* aparece como sinônimo de síndrome de esgotamento profissional (BRASIL, 1999). A Portaria Federal nº 1.339/GM-MS, de 18 de novembro de 1999, que institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, mantém esta mesma redação. No ano de 2001, surge a publicação "Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde" / Brasil que aborda o tema de maneira mais ampla, incluindo fatores de risco, diagnóstico e tratamento (MAIA et al., 2011).

Para Benevides-Pereira (2002), o termo "*burnout*" é mantido na língua portuguesa por não haver uma palavra em português que sintetize adequadamente o conceito desta síndrome. Dentre os termos em português utilizados por vários

autores, estes não parecem acrescentar uma melhora substancial à denominação empregada. Apresentam conotação parcial ou que pode levar a equívocos, não encontrando necessidade em acrescentar à já tão ampla gama de nomenclaturas existentes, o que mais tem levado a dificuldades do que a esclarecimentos.

Quais seriam os fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout*? Características do ambiente de trabalho associadas a características do trabalhador propiciam o desenvolvimento dos fatores que compõem a síndrome.

De acordo com revisão realizada por Trigo, Teng e Hallak (2007), diversos fatores individuais estão relacionados com alto nível de *burnout*: padrão de personalidade, superenvolvimento, indivíduos controladores, perfeccionistas, entre outros.

Segundo Cordes e Dougherty (1993), alta expectativa ou expectativas não atingidas com relação a desafios no trabalho, a recompensas, ao reconhecimento, ao avanço na carreira entre outros aspectos laborais podem gerar estresse e *burnout*. As expectativas dos empregados acerca da profissão, da organização e da sua própria eficácia pessoal podem ter também uma contribuição significativa para o *burnout*.

Apesar de estudos indicarem que as características dos contatos com os doentes aumentam as exigências a nível psicológico da atividade dos profissionais de saúde, é possível que muitos desenvolvam mecanismos adaptativos para lidar com os fatores de natureza sócioemocionais, prevenindo a ocorrência de estresse crônico e de *burnout* (SCHAUFELI, 1999).

No entanto, fatores individuais, como a personalidade ou os mecanismos preferenciais de *coping*, poderão influenciar a sua avaliação como verdadeiras ameaças em alguns profissionais de saúde (SACADURA-LEITE; SOUSA-UVA, 2007). *Coping*, do verbo inglês *to cope*, é um processo pelo qual o indivíduo administra as demandas de relação pessoal / ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram (GRAZZIANO, 2008).

Em particular nos enfermeiros, a expectativa que eles têm do investimento relacional com os pacientes, pode ser uma fonte de estresse ocupacional, em que esperam uma espécie de recompensa como a gratidão, em troca do carinho, empatia e atenção que demonstraram aos pacientes (apud PACHECO, 2005).

Satisfação no trabalho e conflito de papéis também são fatores de risco para a manifestação de *burnout*. Profissionais de saúde (n=201) de dois grandes

hospitais em Szeged, Hungria participaram de uma pesquisa para investigar *burnout*, satisfação no trabalho, conflito de papéis e sintomas psicossomáticos. Os resultados mostraram altos índices para exaustão e despersonalização e baixo para realização profissional. *Burnout*, particularmente a exaustão, estava fortemente relacionado com a insatisfação com o trabalho. Enquanto a satisfação no trabalho foi um preditor negativo de cada tipo de subescala de *burnout*, conflito de papel foi um fator que contribui positivamente para exaustão emocional e despersonalização. Estes indicadores de clima psicossocial influenciam a frequência de sintomas psicossomáticos nos entrevistados (PIKO, 2006).

Outro fator importante como desencadeador de *burnout* é a carga horária trabalhada. Segundo pesquisas, mudanças de turnos e muitas horas seguidas podem causar riscos para a saúde, como alterações de sono, disfunções gastrointestinais e redução da atividade do sistema imunitário (BALLONE, 2005).

As consequências do *burnout* afetam os níveis institucional, pessoal e social (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). No nível pessoal, de acordo com Benevides-Pereira (2002), diversas reações são associadas à síndrome: físicas, psíquicas, comportamentais e defensivas. Estas reações comprometem a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

As reações emocionais mais frequentes mencionadas por Benevides-Pereira (2002) e por Trigo, Teng e Hallak (2007) como consequências do *burnout* incluem falta de concentração; alterações de memória, lentificação do pensamento; sentimento de solidão; impaciência; sentimento de impotência; labilidade emocional; baixa autoestima; desânimo. Entre os sintomas físicos apresentados pelos profissionais, destacam-se fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares; distúrbios do sono; cefaleias, enxaquecas; perturbações gastrointestinais (gastrites até úlceras); imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes, com afecções na pele; transtornos cardiovasculares; distúrbios do sistema respiratório e disfunções sexuais.

Benevides-Pereira (2002) ressalta que a síndrome de *burnout* não traz consequências nocivas apenas para o indivíduo que a padece. Com a perda na qualidade do trabalho executado, as constantes faltas, as atitudes negativas para com os que o cercam, assim como outras características peculiares, estas acabam por atingir também os que dependem dos serviços deste profissional, os colegas de trabalho e a instituição. Os transtornos devido à rotatividade, o absenteísmo, os

afastamentos por doença além dos custos com a contratação e treinamento de novos empregados, oneram a folha de pagamento, além da queda de produtividade e de qualidade que acabam por denegrir a imagem da empresa.

### 2.3.1 Síndrome de *burnout* em profissionais de saúde

Diversos estudos têm abordado esta síndrome em vários países, enfatizando a alta prevalência em profissionais de saúde (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Em nosso meio, alguns estudos foram realizados, especialmente entre trabalhadores de enfermagem.

#### 2.3.1.1 Enfermagem

O resultado de estudo comparativo dos níveis de *burnout* realizado com 39 enfermeiros espanhóis e 105 holandeses utilizando o MBI mostrou que os espanhóis apresentam maior nível de *burnout* do que os holandeses e que as diferenças foram significativas na subescala de exaustão emocional. Na subescala despersonalização, os homens pontuaram significativamente mais que as mulheres, em ambas as amostras. Na realização profissional, as diferenças significantes foram em relação ao gênero, sendo que os homens espanhóis obtiveram maior índice de realização profissional do que as mulheres espanholas (GIL-MONTE; SCHAUFELI, 1992).

Chamon et al. (2006) desenvolveram pesquisa com 96 profissionais de enfermagem de um hospital privado na cidade de São Paulo com o objetivo de identificar o estresse ocupacional e suas manifestações, conhecer as estratégias de enfrentamento dessa população e avaliar os níveis de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal para identificação da síndrome de *burnout*. Os resultados apontaram que 13,5% dos sujeitos estavam com níveis altos de *burnout* e 53,1% com níveis moderados. Verificou-se ainda que

24% dos sujeitos apresentam níveis de estresse acima dos valores médios da escala e que 34% estão acima dos valores médios da população brasileira.

Poncet et al. (2007) em um trabalho com o objetivo de identificar a síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) entrevistaram 2.392 profissionais na França utilizando o Inventário de *Burnout* de Maslach. Foi constatado que 33% dos entrevistados apresentavam *burnout*.

Investigando a inter-relação entre o *burnout*, estresse ocupacional e características de personalidade em uma amostra de 120 enfermeiros empregados no departamento de doenças infecciosas e no departamento de oncologia clínica de dois grandes hospitais em Messina, Itália, Fenga et al. (2007) demonstraram uma diferença estatística significativa em relação aos níveis de *burnout* nos dois grupos em estudo, com um maior nível de *burnout* na equipe de oncologia em relação à equipe de doenças infecciosas. Algumas características de personalidade foram preditores para a síndrome de *burnout*, na equipe de oncologia.

No Japão, 5.956 enfermeiras de 19 hospitais de atendimento de urgência, responderam ao MBI e o resultado mostrou que 56% estavam com *burnout* (KANAI-PAK et al., 2008).

Pesquisa realizada por Fascina et al. (2009) com equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de um hospital geral teve como objetivo avaliar o nível da síndrome de *burnout* e a relação com a rotina de trabalho. Os autores mostraram que 65,5% dos participantes apresentaram alto índice de Exaustão Emocional (EE), 10,34% alto índice para Despersonalização (DP) e 17,25% alto para reduzida Realização Profissional (RP). Consideraram que esta população estudada apresenta alto índice da síndrome de *burnout*.

Gomes et al. (2009) avaliou as fontes de estresse, o *burnout*, os problemas de saúde física, a satisfação e a realização profissional de profissionais de saúde portugueses. Os resultados apontaram 30% de enfermeiros com experiências significativas de estresse e 15% com problemas de exaustão emocional.

Abushaikha e Saca-Hazboun (2009) em uma amostra de 152 enfermeiras palestinas, de hospitais privados, constataram presença moderada de *burnout* e de satisfação com o trabalho.

Na Arábia Saudita, 198 enfermeiras de várias nacionalidades de um hospital de atendimento de alta complexidade, responderam ao MBI e o resultado foi que



45% apresentaram alta Exaustão Emocional, 42% alta Despersonalização e 71,5% baixa Realização Profissional (AL-TURKI, 2010).

Estudo realizado por França et al. (2012), com o objetivo de identificar a prevalência da síndrome de *burnout* e avaliar sua relação com os aspectos laborais em 141 profissionais de enfermagem de dois hospitais de médio porte de Cáceres (MT), concluíram que 13 profissionais apresentaram esta síndrome.

Ahmadi et al. (2014) avaliaram a presença de *burnout* em 100 enfermeiros hospitalares no Irã e concluíram que os valores médios de *burnout* no trabalho na ala de emergência e UTI eram significativamente maiores do que aqueles trabalhando em ortopedia e enfermarias de diálise.

### 2.3.1.2 Médicos

Uma pesquisa conduzida por Grunfeld et al. (2000) sobre a prevalência de *burnout*, realizada com 1.016 profissionais em um hospital oncológico em Ontário, Canadá, indicou que a Exaustão Emocional é significativamente mais elevada nos médicos (53,3%) do que nos outros profissionais de saúde (37,1%), o mesmo se aplicando à Despersonalização. A baixa Realização Profissional foi referida por 48,4% dos médicos e por 54,0% dos outros profissionais, mas é a maioria dos médicos que pensa deixar aquele trabalho (42,6%).

Trabalho desenvolvido por Tucunduva et al. (2006) com 136 membros da Sociedade Brasileira de Cancerologia, utilizando o inventário de Maslach, constatou níveis moderados ou graves nas três dimensões do MBI em 15,7% dos médicos. Para Exaustão Emocional, 55,8% apresentaram os níveis moderado ou grave. Para Despersonalização, esse número foi de 96,1% e, para Realização Profissional, 23,4%.

Magalhães e Glina (2006) em estudo com 76 médicos de um hospital na cidade de São Paulo utilizando o MBI encontraram 11% dos médicos com síndrome de *burnout*. Este estudo também demonstrou que uma grande porcentagem de médicos está a ponto de apresentar a síndrome, dado os elevados índices de Exaustão Emocional e Despersonalização (perto de 80% entre moderado e alto), o que só não ocorreu ainda devido ao alto índice de Realização Profissional.

Barros et al. (2008) avaliaram o perfil de médicos plantonistas de UTIs (n=297) em Salvador (BA) e os fatores associados à presença de síndrome de *burnout*. A maioria foi composta por homens (70%), com média de idade de 34,2 anos e com 9 anos, em média, de tempo de formado. Níveis elevados de Exaustão Emocional, Despersonalização e ineficácia (Realização Profissional) foram encontrados em 47,5%, 24,6% e 28,3% dos plantonistas respectivamente.

Leiter, Frank e Matheson (2009) realizaram estudo com uma amostra aleatória de 8.100 médicos canadenses com o objetivo de verificar os níveis de *burnout*, utilizando o MBI. Os autores demonstraram que estes médicos têm um nível moderado de *burnout*, com resultado positivo para Exaustão Emocional, médio em Despersonalização e baixa pontuação na Realização Profissional. Concluíram que a sobrecarga de trabalho contribui para o aparecimento de exaustão e despersonalização e que as crises de valores profissionais contribuem para o aparecimento da exaustão, despersonalização e baixa realização profissional.

Tironi et al. (2009) avaliaram a prevalência da síndrome de *burnout* em 297 médicos intensivistas de Salvador (BA), associando-a a dados demográficos e aspectos da situação de trabalho, demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Verificou-se elevada sobrecarga de trabalho e de trabalho em regime de plantão. A prevalência da síndrome de *burnout* foi de 7,4% e estava mais fortemente associada com aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos intensivistas.

Pesquisadores da Universidade do Porto (Portugal) realizaram estudo com 88 médicos de diferentes hospitais para conhecer a prevalência do *burnout* e caracterizar o seu estado emocional. Em relação às dimensões de *burnout*, os médicos apresentaram níveis moderados de Exaustão Emocional, baixo de Despersonalização e elevado de Realização Profissional. Os médicos mais realizados profissionalmente exibiram níveis mais elevados de bem-estar e humor. A motivação com o momento atual na profissão relacionou-se negativamente com o *burnout*. Os autores concluíram que emoções positivas, satisfação e motivação profissionais são fatores protetores no desenvolvimento do *burnout* (OLIVEIRA; QUEIRÓS, 2009).

### 2.3.1.3 Diversos profissionais de saúde

Souza e Silva (2002) realizaram estudo com 239 profissionais da área de saúde, de nível superior: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e enfermeiros. Os participantes eram trabalhadores de instituição pública, privada, autônomos ou empregadores e exerciam suas funções em ambulatórios, enfermarias, emergências, ou ainda, prestavam atendimento domiciliar. O padrão de personalidade tipo A mostrou-se um preditor significativo do *burnout* total, da exaustão emocional e da despersonalização. Constatou-se que o traço de ansiedade é um preditor significativo do *burnout* e todas as suas dimensões, exceto a realização pessoal com o trabalho.

Dias, Queirós e Carlotto (2010) compararam a prevalência e os fatores associados à síndrome de *burnout* em uma amostra de 224 profissionais da saúde (112 brasileiros e 112 portugueses), utilizando o MBI. Os resultados evidenciaram prevalências semelhantes e não foram identificadas diferenças significantes quanto às dimensões do *burnout*. Foram identificadas diferenças entre os países nas associações entre as três dimensões da síndrome com as variáveis sócio-demográficas, laborais e psicossociais.

### 2.3.2 Síndrome de *burnout* em profissionais de saúde que atuam em pronto socorro

Profissionais que atuam no cuidado de indivíduos em situações de emergência, como os que atuam em prontos socorros, podem ter maior risco de desenvolver esta síndrome, uma vez que estão expostos a condições e ritmos de trabalho cansativos, pois lidam diretamente com a imprevisibilidade, o sofrimento e a morte, situações estas passíveis de gerarem grande estresse profissional.

Doan-Wiggins et al. (1995) entrevistaram 1.317 médicos do Conselho Americano de Medicina de Emergência (ABEM). Os resultados apontaram que 25,2% estavam com níveis elevados de *burnout*. *Burnout* foi associado com problemas psiquiátricos, uso de drogas, alcoolismo. Dos entrevistados, 23,1% planejam deixar a prática na emergência em cinco anos.

Goldberg et al. (1996) entrevistaram 1.272 médicos, que atuam na emergência, com a finalidade de medir o grau de *burnout*, utilizando o Maslach *Burnout Inventory*. Concluíram que 60% apresentaram índices moderados a altos e

que a taxa de abandono do trabalho na área previsto nos 5 e 10 anos parece ser maior do que a média nesta especialidade médica.

Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005) em pesquisa qualitativa, procuraram conhecer os sentimentos de profissionais dos serviços de pronto socorro pediátrico diante das situações de trabalho, tendo como foco os componentes do *burnout*: exaustão emocional, falta de envolvimento pessoal e de despersonalização. Os resultados apontaram sentimentos de cansaço, esgotamento, angústia e revolta pela sobrecarga e limitações dos recursos frente às situações que envolvem risco de vida, permeados pela satisfação de gostar do que fazem e reconhecimento da própria utilidade; temor de cometer enganos fatais; desqualificação profissional quando comparam remuneração com responsabilidade e esforço empregado; exposição ao risco de agressão e indiciamento judicial alimentando desesperança e vulnerabilidade e vínculo afetivo com trabalho.

Escriba-Agu et al. (2006) analisando a relação entre o ambiente de trabalho e síndrome de *burnout* em 945 profissionais médicos e de enfermagem atuantes em serviços de emergência na Espanha, obtiveram como resposta que a presença de fatores de risco derivado de organização do trabalho dentro do local de trabalho (fatores de risco psicossociais) aumenta a probabilidade de apresentar a síndrome de *burnout* e, acima de tudo, exaustão emocional.

Pesquisas que mostram baixo índice de *burnout* também têm sido publicadas. Benetti et al. (2009) entrevistaram 31 profissionais de uma Unidade de Emergência de um hospital no Rio Grande do Sul para identificar e comparar variáveis que caracterizam a síndrome de *burnout*. Os resultados indicaram baixo nível de *burnout* nestes profissionais. Comparativamente, a equipe médica apresentou média mais alta no desgaste emocional do que a enfermagem.

Jodas e Haddad (2009) conduziram uma pesquisa com o objetivo de investigar *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um PS de Hospital Universitário em Londrina (Paraná). Os resultados mostraram que, dos 61 trabalhadores avaliados, 8,2% apresentavam manifestações de *burnout*, sendo todos do sexo feminino, 54,1% possuíam alto risco para manifestação de *burnout* e 37,7% eram de baixo risco.

No Rio Grande do Sul, Ritter et al. (2012), realizaram levantamento com 38 profissionais com o objetivo de caracterizar profissionais da saúde que atuam em Unidade de Emergência de um hospital, bem como verificar variáveis associadas à

síndrome de *burnout*, utilizando o MBI. Os resultados foram escores baixos para Desgaste Emocional, Despersonalização e Incompetência, demonstrando baixo nível de *burnout*.

Na Espanha, García-Izquierdo e Ríos-Rísquez (2012), entrevistaram profissionais de enfermagem que atuam em emergência de três hospitais, utilizando o MBI. As variáveis consideradas como preditores da dimensão Exaustão Emocional foram a carga de trabalho excessiva e falta de apoio emocional. Estas duas variáveis explicaram 19,4% da variância em Exaustão Emocional. Quanto à Despersonalização, houve quatro preditores que explicaram 25,8% da variância: conflitos interpessoais, falta de apoio social, carga de trabalho excessiva e tipo de contrato. A variabilidade na dimensão da Realização Profissional foi prevista por três variáveis: conflitos interpessoais, falta de apoio social, bem como o tipo de turno trabalhado, o que explicou 10,4% da variância.

Um estudo longitudinal foi realizado por Adriaenssens, De Gucht e Maes (2013) com enfermeiros de 15 serviços de emergência de hospitais gerais belgas em 2008 e 18 meses mais tarde (n = 170). O objetivo do estudo foi examinar a influência das mudanças ao longo do tempo no trabalho e características organizacionais sobre satisfação no trabalho, envolvimento de trabalho, contrato de trabalho, exaustão emocional, intenção de rotatividade e angústia psicossomática em enfermeiros de sala de emergência. Concluíram que intervenções relacionadas com o trabalho são importantes para melhorar a saúde ocupacional em enfermeiros de sala de emergência e que estas devem centrar-se na redução de demanda de trabalho, aumentando o controle do trabalho, na melhora do apoio social e em um sistema de recompensa bem equilibrado.

Mion, Libert e Journois (2013) avaliaram médicos e enfermeiros franceses da especialidade de anestesia, atuantes em emergência e cuidados intensivos, vinculados a hospitais universitários e privados (n= 1.603). O objetivo foi avaliar fatores relacionados ao estresse e presença de *burnout*, utilizando o MBI. Os resultados mostraram que 38,7% estavam com depressão; 10,6% faziam uso de drogas e possuíam dependência de álcool. Entre eles, 62,3% estavam em *burnout*. O *burnout* estava associado, principalmente, ao sono fragmentado, conflitos interpessoais, ideação suicidas, depressão, consumo de álcool e drogas e acidentes após o turno da noite.

Revisão da literatura efetuada por equipe australiana (Arora et al., 2013) avaliou *burnout* entre médicos da medicina de emergência, sendo que a maioria dos estudos usou o Inventário de *Burnout* de Maslach para quantificar o *burnout*. Concluíram que medicina de emergência tem níveis de *burnout* superiores em comparação com os médicos em geral.

### 3 OBJETIVO

#### 3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de síndrome de *burnout* e outros problemas de saúde geral em profissionais de saúde de nível superior que atuam em Pronto Socorro de Hospital Universitário.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar os profissionais de acordo com os dados sociodemográficos e ocupacionais.

3.2.2 Caracterizar os hábitos de vida dos profissionais.

3.2.3 Verificar a associação de síndrome de *burnout* e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e problemas de saúde.

3.2.4 Verificar a associação das dimensões da síndrome de *burnout* e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e problemas de saúde.

## 4 MÉTODO

### 4.1. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Anhanguera de São Paulo (APÊNDICE A). A realização do estudo no Pronto Socorro do Hospital São Paulo foi autorizada pela Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário / Hospital São Paulo (APÊNDICE B).

Todos os participantes da pesquisa leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e receberam uma cópia deste Termo.

### 4.2. TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, de corte transversal.

### 4.3. LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados no Pronto Socorro do Hospital São Paulo, em São Paulo.

O Hospital São Paulo (HSP), hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atende a todas as especialidades médicas, com vocação para procedimentos de alta complexidade. Mensalmente, são realizadas mais de 90 mil consultas, 2.600 internações, 1.600 cirurgias e cerca de 290 mil exames laboratoriais. Diariamente, são atendidos cerca de 5 mil pacientes. Sua representatividade para os gestores estadual e municipal o torna responsável, na Grande São Paulo, pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes, além de atender pacientes de outros Estados. Oferece tecnologia avançada e a sua expansão ocorreu com o crescimento da medicina atendendo a



grande demanda de pacientes que necessitam de serviços, tais como: transplantes, especialidades clínicas, cirúrgicas, pediátricas, materno-infantil, oncológicas, saúde mental. O Pronto Socorro Adulto/Pediátrico conta com os setores de Acolhimento e Classificação de Risco, Pronto Atendimento em Acupuntura, Ortopedia, Oftalmologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Otorrinolaringologia e Psiquiatria. E é referência para Ortopedia e Neurocirurgia, Urgências Clínicas e Cirúrgicas.

Para esta pesquisa considerou-se como Pronto Socorro o Setor de Acolhimento, Pronto Atendimento, Emergências Clínicas e Cirúrgicas, Especialidades Médicas, Salas de Observações e Unidades de Internação.

#### 4.4. AMOSTRA

Os sujeitos entrevistados foram os servidores/funcionários da área da saúde de nível superior do quadro do Pronto Socorro do Hospital São Paulo.

##### 4.4.1. Seleção da amostra

O Pronto Socorro conta com 188 profissionais de nível superior. O levantamento foi realizado com os funcionários presentes na primeira semana de dezembro de 2013. Foram convidados os profissionais de nível superior presentes, em todos os turnos, no período de 15 dias seguidos, iniciado em uma segunda-feira para ter a oportunidade de acompanhar os profissionais de plantão de acordo com escala de trabalho/folga. Com esta proposta, os profissionais dos diferentes turnos, de diferentes cargas horárias e todos os dias da semana foram contemplados.

##### 4.4.2. Critérios de inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- funcionários contratados pelo Hospital ou concursados pela UNIFESP.
- profissionais que atuam no Pronto Socorro há mais de um ano.

#### 4.4.3 Critérios de exclusão

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- funcionários e servidores afastados.
- residentes médicos ou multiprofissionais.
- profissionais de apoio e nível médio.

#### 4.5. INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos, aplicados individualmente e autorespondidos:

- Questionário elaborado para levantar informações sociodemográficas, ocupacionais, de saúde geral e hábitos de vida dos profissionais (APÊNDICE D).

- *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, versão *HSS (Human Services Survey)*, destinado aos profissionais cujo trabalho tem caráter assistencial. O *MBI-HSS*, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1981, foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Lautert (1995). Neste estudo, foi utilizado o questionário adaptado pela mesma autora, em 1997, visando facilitar o preenchimento, conforme referido por Rodrigues (2006).

O *MBI-HSS* é um questionário autoaplicável, com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos em que se assinala zero para “nunca”, um para “algumas vezes ao ano”, dois para “algumas vezes ao mês”, três para “algumas vezes na semana” e quatro para “diariamente”. O instrumento é composto por 22 itens distribuídos em três subescalas: Exaustão Emocional (EE) formada pelos itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,

16 e 20; Despersonalização (DP) pelos itens 5, 10, 11, 15 e 22 e Realização Profissional (RP) composta pelos itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21. O manual de MBI traz como principal característica para o diagnóstico de *Burnout* a obtenção do nível alto para EE e DP e nível baixo para RP. A EE avalia os sentimentos do indivíduo com relação ao trabalho – caracterizado como sobrecarga emocional; a DP é a característica específica da síndrome, percebida por insensibilidade e desumanização no atendimento e a baixa RP corresponde à baixa eficiência e produtividade no trabalho (ANEXO A).

Como critérios de classificação/corte para cada uma das subescalas, foram utilizados os quartis, de acordo com autores como Lautert (1995; 1997), Grazziano (2008) e Trindade (2009). De acordo com esse critério, para cada uma das dimensões do MBI, os indivíduos com valores maiores ou iguais ao 3º Quartil foram classificados como “Alto”, os que ficaram com valores maiores que o 1º Quartil e menores que o 3º foram classificados como “Médio” e os que ficaram com valores Menores ou iguais ao 1º Quartil foram classificados como “Baixo”.

#### 4.6. PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do Comitê de Ética, os participantes foram contatados no Pronto Socorro diretamente pelo pesquisador e convidados a participar da pesquisa. Os questionários foram autorespondidos e devolvidos à pesquisadora.

#### 4.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foi realizada análise descritiva incluindo frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e apresentação de médias e desvios padrão para variáveis contínuas.

A análise inferencial foi realizada em duas etapas. A primeira para verificar a associação da síndrome de *burnout* (variável dependente) e variáveis

sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e problemas de saúde (variáveis independentes). Os testes estatísticos utilizados nestas análises foram o *Mann-Whitney*, no caso de variáveis independentes contínuas e o Qui-quadrado ou o teste de Fisher, no caso de variáveis independentes categóricas.

A segunda etapa utilizou como variável dependente os escores médios de cada uma das três subescalas (EE, DP e RP) do instrumento MBI. Nestas análises, foram utilizados os testes não paramétricos de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*, dependendo do número de grupos da variável testada.

O nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5 RESULTADOS

Dos 188 profissionais de nível superior que atuam no Pronto Socorro do Hospital São Paulo, 156 participaram do estudo, o que corresponde a 82,9% do total. Os demais estavam afastados por doença, por férias ou haviam sido desligados. Não houve recusas em participar.

### 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OCUPACIONAIS

Entre os entrevistados, a maior parte é do sexo feminino (69,9%) e solteiros (48,7%). A idade média é de 36,6 anos e o desvio padrão é de 9,9 anos. Em relação à profissão, 61 (39%) são médicos, 58 (37%) enfermeiros, 14 (9%) fisioterapeutas, 13 (8,3%) assistentes sociais, 4 (2,5%) nutricionistas, 3 (2%) psicólogos, 2 (1,3%) fonoaudiólogo e 1 (0,6%) farmacêutico. Mais da metade (55,8%) têm titulação de especialista, 10,2% de mestre e 9% concluíram o doutorado.

Para a análise estatística, os profissionais foram divididos em 3 grupos (médicos, enfermeiros e outros profissionais). Houve diferença estatisticamente significativa entre os três grupos profissionais quanto à distribuição por gênero, estado civil, faixa etária e escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas de profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

Características sociodemográficas	Médicos (n= 61)		Enfermeiros (n= 58)		Outros (n=37)		Total (n=156)		p (*)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	<b>Gênero</b>								
Feminino	24	39,3	50	86,2	35	94,6	109	69,9	
Masculino	37	60,7	8	13,8	2	5,4	47	30,1	
<b>Estado civil</b>									<b>&lt; 0,001</b>
Solteiros	18	30,0	36	63,2	21	56,8	75	48,7	
Casados	35	58,3	19	33,3	12	32,4	66	42,9	
Separados/viúvos	7	11,7	2	3,5	4	10,8	13	8,4	
<b>Faixa etária</b>									<b>&lt; 0,001</b>
Até 30 anos	7	11,5	25	43,1	15	40,5	47	30,1	
31 a 45 anos	30	49,2	23	39,7	12	32,5	65	41,7	
46 anos ou mais	20	32,8	4	6,9	8	21,6	32	20,5	
Não respondeu	4	6,5	6	10,3	2	5,4	12	7,7	
<b>Escolaridade</b>									<b>&lt;0,001</b>
Graduação	15	24,6	21	36,2	3	8,1	39	25,0	
Especialização	21	34,4	36	62,1	30	81,1	87	55,8	
Mestrado ou Doutorado	25	41,0	1	1,7	4	10,8	30	19,2	

(\*) teste Qui-Quadrado

As principais características ocupacionais dos profissionais entrevistados estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas das características ocupacionais dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

<b>Características ocupacionais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Contrato de trabalho</b>		
CLT	91	58,3
Concursado	65	41,7
<b>Coordenação</b>		
Sim	29	18,8
Não	125	81,2
<b>Atuação na profissão</b>		
De 1 a 05 anos	53	34,5
De 06 a 10 anos	27	17,5
11 anos ou mais	74	48,0
<b>Atuação no HU</b>		
De 1 a 05 anos	70	45,2
De 06 a 10 anos	27	17,4
11 anos ou mais	58	37,4
<b>No PS do HU</b>		
De 1 a 05 anos	78	50,3
De 06 a 10 anos	33	21,3
Mais de 11 anos	44	28,4
<b>Carga horária semanal no PS</b>		
De 6 a 24 horas	28	18,1
30 horas	31	20,0
35 e 36 horas	29	18,7
40 horas	57	36,8
41 ou mais	10	6,4
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	100	64,1
Noturno	47	30,1
Misto	09	5,8
<b>Dupla jornada de trabalho</b>		
Sim	62	39,7
Não	94	60,3

Dos entrevistados, 58,3% têm contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 41,7% são concursados pela Universidade.

Em relação ao cargo ocupado, 29 (18,8%) profissionais têm responsabilidade de coordenação.

Mais de um terço dos entrevistados (34,4%) atuam na profissão há 5 anos ou menos. Grande parte dos profissionais atuam no Hospital Universitário (HU) e no Pronto Socorro do HU há 5 anos ou menos.

Em relação à carga horária, 36,8% mantêm atividade semanal de trabalho no Pronto Socorro de 40 horas e 20,0% de 30 horas. O turno de trabalho com o maior número de profissionais é o diurno (64,1%). No turno noturno estão 30,1% dos profissionais. A dupla jornada de trabalho é realizada por 39,7%.

## 5.2. SAÚDE GERAL

Entre os entrevistados, 85 (55,9%) consideram que sua saúde é boa; 41 (27%) regular; 25 ótima (16,4%), e 1 (0,7%) ruim.

Doenças ou problemas de saúde nos últimos 3 meses foram referidos por 130 (83,3%) dos profissionais, com uma média de 2,2 doenças/problemas de saúde por profissional. Os problemas de saúde mais mencionados foram ansiedade (48,7%); insônia ou problemas de sono (39,7%) e problemas de memória e concentração (37,8%). Nenhum profissional referiu arteriosclerose, convulsões ou epilepsia, insuficiência cardíaca e infarto.

A tabela 3 apresenta as frequências dos problemas de saúde relatados.



Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas aos problemas de saúde referidos pelos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário, contempladas no questionário de pesquisa (n=156).

<b>Problemas de saúde referidos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ansiedade	76	48,7
Insônia ou outros problemas de sono	62	39,7
Problemas de memória/concentração	59	37,8
Tontura	57	37,0
Enxaqueca	53	34,0
Hipertensão arterial	22	14,1
Dores crônicas	19	12,2
Depressão	18	11,5
Problemas hormonais	15	9,6
Hipotensão arterial	9	5,8
Diabetes	3	1,9

Referências a outros problemas de saúde foram feitas por diversos profissionais: problemas respiratórios (21 profissionais); na coluna (hérnia de disco, lombalgia e outros) (12); problemas gástricos (12); problemas cardiológicos (8); problemas endocrinológicos (4); problemas relacionados ao labirinto (4); infecção urinária (3); problemas ortopédicos (3); problemas vasculares (3); problemas ginecológicos (2); oftalmológicos (2); dermatológicos (psoríase) (2); problema renal (1); reumatológico (1) e problema neurológico (esclerose múltipla) (1).

Dos entrevistados, 65 (41,6%) relataram fazer uso dos seguintes medicamentos: anti-hipertensivos (25 profissionais), anticoncepcionais (11), para tratamento da hipercolesterolemia (9), para tratamento de doenças respiratórias (7), hormônios tireoidianos (6), antidepressivos (6), para tratamento de diabetes (5), terapia de reposição ou suplementação hormonal (4), antiulcerosos (3), suplementos de vitamina D3 (2), para tratamento dos distúrbios do sistema vestibular (2), para tratamento da hiperplasia prostática (2), vitaminas (2), antiinflamatório (1), antiespasmódico (1), antiemético (1), relaxante muscular (1), antiácido (1), ansiolítico (1), analgésico (1) e medicamentos indicados para tratamento de: enxaqueca clássica ou comum (1), transtorno do humor (1), esclerose múltipla (1), insuficiência cardíaca (1) e hiperprolactinemia (1).

### 5.3. HÁBITOS DE VIDA

Em relação ao hábito de fumar cigarro comum, 88,5% relataram que não fazem uso e 3,8% o fazem de forma esporádica.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 71 (45,5%) consomem às vezes e o mesmo número não bebe. Não foi relatado uso de drogas ilícitas.

O consumo de chás, cafés e outras bebidas estimulantes foram relatados por 60,9% dos participantes com uso frequente e por 23,7% com uso esporádico.

Quanto à forma correta de se alimentar, 56 (35,9%) dos profissionais referem que se alimentam da forma correta, sendo que 64 (41,6%) fazem três refeições ao dia.

Grande parte dos profissionais (43,6%) faz algum tipo de atividade física regular, sendo que, destes, 31,8% praticam de 1 a 2 vezes na semana, 51,5% de 3 a 4 vezes na semana e 16,6% 5 ou mais vezes na semana.

Os esportes mais praticados são os exercícios aeróbicos (80,3%), como a corrida, caminhada, bicicleta, natação, dança, tênis, *badminton*. Os demais (19,7%) relatam que praticam atividades não aeróbicas como musculação, pilates, judô e yoga.

A tabela 4 apresenta as frequências dos hábitos de vida relatados.

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas dos hábitos de vida referidos pelos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

<b>Hábitos de vida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fumante de cigarro comum</b>		
Não	138	88,5
Sim	12	7,7
Às vezes	6	3,8
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Não	71	45,5
Sim	14	9
Às vezes	71	45,6
<b>Consumo de café/chá/bebidas estimulantes</b>		
Não	24	15,4
Sim	95	60,9
Às vezes	37	23,7
<b>Atividade física</b>		
Não	88	56,4
Sim	68	43,6
<b>Refeições principais</b>		
1 ao dia	15	9,6
2 ao dia	54	35,1
3 ao dia	64	41,6
4 ou mais ao dia	21	13,7

#### 5.4. RESULTADOS DO *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI)

Em relação à subescala EE, a pontuação média obtida pelos profissionais foi de 17,9, em relação à subescala DP, 6,5 e em relação à RP, 22,8.

A tabela 5 apresenta os valores das subescalas do MBI.

Tabela 5 – Valores das subescalas do MBI de profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Média por item</b>
<b>EE</b>	17,9	7,8	0	36	2,0
<b>DP</b>	6,5	4,5	0	18	1,3
<b>RP</b>	22,8	5,3	8	32	2,9

Para a classificação das médias das subescalas do MBI em alto/médio/baixo foram utilizados os valores dos quartis, que definiram os pontos de corte, conforme apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Valores em quartis das subescalas do MBI dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156)

<b>Subescala</b>	<b>Medida</b>	<b>Valor</b>
EE	1º Quartil	12,5
	3º Quartil	23
DP	1º Quartil	3
	3º Quartil	10
RP	1º Quartil	19
	3º Quartil	27

De acordo com estes valores, os pontos de corte utilizados para classificar cada subescala do MBI foram: nível de baixo a moderado – escores de 0 a 22 e nível alto – escores de 23 a 36 na subescala EE; nível baixo a moderado – escores de 0 a 9 e nível alto – escores de 10 a 18 em DP e na subescala da RP foi de nível baixo a moderado – escores de 0 a 26 e nível alto – escores de 27 a 32.

Os resultados da distribuição dos escores dos profissionais em cada uma das subescalas estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos escores das subescalas do MBI dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

Subescala	Classificação	n	%
EE	Alto	41	26,3
	Médio – Baixo	115	73,7
DP	Alto	42	26,9
	Médio - Baixo	114	73,1
RP	Alto	41	26,3
	Médio - Baixo	115	73,7

Constatou-se que 26,3% dos profissionais apresentam escores altos para EE, 26,9% escores altos para DP e 28,8% apresentam escores baixos para RP (44,9% médio e 28,8% baixo), características que definem a presença de síndrome de *burnout*.

De acordo com esse critério, 11 (7,1%) profissionais são considerados com *burnout* por apresentarem simultaneamente valores altos nas duas primeiras subescalas e valores baixos para RP.

## 5.5 FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE *BURNOUT*

Na análise das variáveis sociodemográficas associadas à síndrome de *burnout* não houve associação entre esta síndrome e gênero ( $p = 0,31$ ). Apesar de haver um percentual maior de profissionais com *burnout* nos grupos de faixa etária mais jovem, também não houve associação estatisticamente significativa entre síndrome de *burnout* e faixa etária ( $p = 0,88$ ). Considerando o estado civil, também não foi verificada associação ( $p = 1,00$ ).

Também não houve associação entre síndrome de *burnout* e as profissões dos participantes do estudo (Médicos, Enfermeiros e Outros) ( $p = 0,86$ ), assim como cargo de coordenação ( $p = 0,69$ ). Quanto à distribuição de anos de trabalho dos grupos com e sem *burnout* ( $p = 0,18$ ), não houve diferença significativa, assim como

nas distribuições de anos de trabalho no pronto socorro dos grupos com e sem *burnout* ( $p = 0,45$ ).

Em relação à carga horária semanal de trabalho não houve diferença significativa entre os grupos com e sem *burnout* ( $p = 0,47$ ) e também em relação à dupla jornada de trabalho ( $p = 0,21$ ). Quanto à associação entre síndrome de *burnout* e o turno de trabalho ( $p = 1,00$ ), também não houve associação.

Em relação às variáveis relacionadas à saúde geral, não houve associação estatisticamente significativa entre a síndrome de *burnout* e ansiedade ( $p = 0,12$ ); insônia e outros problemas relacionados ao sono ( $p = 0,12$ ); problemas de memória e concentração ( $p = 0,75$ ), enxaqueca ( $p = 1,00$ ) e tontura ( $p = 0,75$ ). Também não foi possível verificar associação do uso de medicamentos e a síndrome de *burnout* ( $p = 1,00$ ).

Em relação ao número de problemas de saúde relatados pelos grupos tanto com ou sem *burnout* ( $p = 0,05$ ), houve associação com tendência a ser significativa.

Quanto aos hábitos de vida, não houve associação significativa do *burnout* com uso de cigarro ( $p = 0,37$ ); com o consumo de bebidas alcoólicas ( $p = 0,51$ ); prática de atividade física ( $p = 0,35$ ), e com a forma de alimentação ( $p = 0,21$ ).

## 5.6 FATORES ASSOCIADOS ÀS SUBESCALAS DO MBI

Quanto às variáveis sociodemográficas, há diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, sendo que as mulheres apresentam maior EE que os homens. Para estado civil, observou-se que os separados/viúvos têm maior RP que os solteiros e casados. Não houve diferença significativa para nenhuma das subescalas em relação às faixas etárias dos profissionais.

Não foi observada diferença significativa entre os escores médios de Enfermeiros, Médicos e Outros Profissionais para as subescalas EE e DP, mas foi observada diferença significativa em relação à RP, sendo que os enfermeiros apresentaram menor RP que os demais grupos.

A tabela 7 apresenta as médias das subescalas do MBI de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Tabela 7 – Médias das subescalas do MBI de acordo com as variáveis sócio-demográficas dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

	EE	DP	RP
<b>Gênero</b>			
Feminino	18,8	6,7	22,6
Masculino	15,8	5,9	23,2
p-valor	0,010(*)	0,190	0,502
<b>Estado civil</b>			
Casado	18,2	6,6	22,5
Solteiro	17,9	6,6	22,4
Viúvo/sep.	16,5	5,2	26,3
p-valor	0,645	0,469	0,043(*)
<b>Idade</b>			
20-30	19,3	7,6	22,7
31-45	17,4	6,2	22,2
46 ou mais	16,3	5,6	24,7
p-valor	0,133	0,092	0,076
<b>Profissão</b>			
Médicos	17,1	6,2	23,6
Enfermeiros	18,8	7,0	21,4
Outros	17,6	6,0	23,7
p-valor	0,178	0,336	0,018(*)

(\*) diferença significativa. Teste de *Kruskal-Wallis*

Considerando as variáveis ocupacionais, não foi encontrada diferença significativa entre os escores médios dos profissionais de acordo com o turno de trabalho, carga horária de trabalho e o tempo de atuação no PS do Hospital.

Os profissionais com mais de um vínculo não apresentam diferença quanto à EE em relação aos que possuem apenas um vínculo profissional, mas apresentam menor DP e maior RP.

As médias das subescalas do MBI de acordo com variáveis ocupacionais dos profissionais de saúde estão demonstradas na tabela 8.

Tabela 8 – Médias das subescalas do MBI de acordo com variáveis ocupacionais dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

	EE	DP	RP
<b>Tempo de atuação no pronto socorro</b>			
0 - 5 anos	18,7	7,0	22,4
6 - 10 anos	18,5	7,1	22,0
11 ou mais	16,1	5,3	23,9
p-valor	0,114	0,066	0,209
<b>Turno de trabalho</b>			
Diurno	18,2	6,3	22,7
Noturno	18,3	7,4	21,3
Outros (intermediário e final de semana)	17,0	6,1	24,1
p-valor	0,379	0,349	0,073
<b>Carga horária</b>			
Até 30 horas	17,8	8,1	22,4
35 a 40 horas	17,5	6,8	22,0
Mais de 40 horas	18,4	5,9	23,5
p-valor	0,918	0,104	0,192
<b>Duplo vínculo</b>			
Sim	17,7	5,7	23,6
Não	18,1	7,3	21,9
p-valor	0,553	0,019(*)	0,022(*)

(\*) diferença significativa. Teste de *Kruskal-Wallis*

Em relação aos hábitos de vida, os profissionais que não praticam atividades físicas regulares têm maior EE. Observou-se também que os profissionais que realizam 1 a 2 refeições ao dia apresentam maior DP do que os que se alimentam mais vezes (3 ou mais refeições principais por dia). A alimentação correta e equilibrada tem relação com as três subescalas, de forma que quanto pior a alimentação, maior é a EE e a DP e menor é a RP.

Em relação ao uso ou não de cigarro, álcool e bebidas estimulantes, verificou-se que há diferença significativa apenas na subescala DP em relação ao consumo de álcool. Os profissionais que consomem álcool apresentam maior DP que os profissionais que não consomem ou consomem às vezes.



Na tabela 9 estão apresentadas as médias das subescalas do MBI, de acordo com os hábitos de vida.

Tabela 9 – Médias das subescalas do MBI de acordo com os hábitos de vida dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

	EE	DP	RP
<b>Atividade física regular</b>			
Sim	16,3	6,0	23,4
Não	19,1	6,8	22,4
p-valor	0,025 <sup>(*)</sup>	0,211	0,298
<b>Alimentação equilibrada e correta</b>			
Sim	15,0	5,0	24,6
Às vezes	18,7	6,9	21,6
Não	20,4	7,7	21,9
p-valor	0,002 <sup>(*)</sup>	0,006 <sup>(*)</sup>	0,010 <sup>(*)</sup>
<b>Refeições</b>			
De 1 a 2	19,1	7,5	22,4
3 ou mais	16,8	5,6	23,2
p-valor	0,063	0,009 <sup>(*)</sup>	0,373
<b>Cigarro</b>			
Não/Às vezes	18	6,5	22,6
Sim	17	6,1	24,9
p-valor	0,61	0,641	0,137
<b>Álcool</b>			
Não/Às vezes	17,5	6,2	22,7
Sim	21,8	8,8	23,4
p-valor	0,106	0,072 <sup>(^)</sup>	0,766
<b>Café, chá e bebidas estimulantes</b>			
Não/Às vezes	17,4	5,9	23
Sim	18,2	6,8	22,6
p-valor	0,707	0,245	0,728

(\*) diferença significativa. Testes de *Kruskal-Wallis* ou *Mann-Whitney*

Em relação à saúde geral, há maior EE e DP entre os profissionais que relataram depressão, insônia e outros problemas de sono, ansiedade, enxaqueca, dores crônicas, problemas de memória/concentração e tontura.

Em relação à RP, os profissionais que relataram depressão, insônia ou outros problemas de sono, ansiedade, problemas de memória/concentração e tontura apresentaram, em geral, menor escore nesta subescala.

Não há diferença quanto aos escores de cada subescala entre os profissionais que relataram ter hipertensão, hipotensão e problemas hormonais.

Não foi possível realizar teste estatístico em relação à doença diabetes devido ao baixo número de indivíduos que relataram ter esse problema.

As médias das subescalas do MBI, de acordo com problemas de saúde, estão apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 – Médias das subescalas do MBI de acordo com problemas de saúde relatados por profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário (n=156).

<b>Doenças e outros problemas de saúde</b>	<b>EE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>
<b>Ansiedade</b>			
Sim	22,1	8,1	21,8
Não	13,9	4,9	23,8
p-valor	< 0,001 <sup>(*)</sup>	< 0,001 <sup>(*)</sup>	0,011 <sup>(*)</sup>
<b>Insônia ou outros problemas de sono</b>			
Sim	21,8	8,7	21,5
Não	15,3	5	23,6
p-valor	< 0,001 <sup>(*)</sup>	< 0,001 <sup>(*)</sup>	0,008 <sup>(*)</sup>
<b>Problemas de memória/concentração</b>			
Sim	22,4	8,1	21,3
Não	15,1	5,5	23,7
p-valor	< 0,001 <sup>(*)</sup>	< 0,001 <sup>(*)</sup>	0,005 <sup>(*)</sup>
<b>Tontura</b>			
Sim	21	7,2	21,4
Não	16,1	6,1	23,6
p-valor	< 0,001 <sup>(*)</sup>	0,087	0,013 <sup>(*)</sup>
<b>Hipertensão arterial</b>			
Sim	18,8	7,4	22,8
Não	17,7	6,3	22,8
p-valor	0,683	0,35	0,822
<b>Dores crônicas</b>			
Sim	22,4	8,4	23,7
Não	17,2	6,2	22,7
p-valor	0,013 <sup>(*)</sup>	0,086	0,365
<b>Depressão</b>			
Sim	25,1	9,6	20,8
Não	16,9	6	23,1
p-valor	< 0,001 <sup>(*)</sup>	0,005 <sup>(*)</sup>	0,051 <sup>(*)</sup>
<b>Problemas hormonais</b>			
Sim	21	7,3	22
Não	17,6	6,4	22,9
p-valor	0,072	0,307	0,453
<b>Hipotensão arterial</b>			
Sim	21,9	6,9	21,2
Não	17,6	6,4	22,9
p-valor	0,154	0,658	0,428
<b>Diabetes</b>			
Sim	29,3	10,7	18,3
Não	17,7	6,4	22,9
p-valor	-	-	-

(\*) diferença significativa. Testes de *Kruskal-Wallis* ou *Mann-Whitney*

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a prevalência de *burnout* e problemas de saúde geral em 156 profissionais de saúde de nível superior, que atuam em pronto socorro de um hospital universitário.

Em relação aos dados sociodemográficos, houve predomínio do gênero feminino (69,9%), das faixas etárias mais jovens (71,8% até 45 anos) e de profissionais solteiros (48,7%).

A predominância de mulheres foi observada principalmente entre enfermeiros e outros profissionais de saúde entrevistados, com exceção dos médicos, que tiveram predominância do gênero masculino. Entre os enfermeiros, os dados são semelhantes a estudos nacionais e internacionais que apontam esta profissão de predominância feminina (LAUTERT, 1995; GIL-MONTE, 2002; GRAZZIANO, 2008; FASCINA et al., 2009; JODAS; HADDAD, 2009). Profissionais da saúde que não são da área de enfermagem como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas também apresentam esta tendência, como apontam Souza e Silva (2002) e Dias, Queirós e Carlotto (2010).

O fato de haver mais médicos homens (60,7%) que mulheres (39,3%) nesta pesquisa reflete dados do levantamento do Conselho Federal de Medicina - CFM e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP (2013), demonstrando que o perfil populacional de médicos inscritos apresenta predominância masculina, mas que está em curso uma transformação histórica, pois a partir de 2011 as mulheres passaram a ser maioria dentro do grupo de médicos com 29 anos ou menos.

Em relação à faixa etária e estado civil observa-se um percentual maior de jovens e solteiros neste estudo, principalmente entre os enfermeiros (43,1% e 63,2% respectivamente). Perfil diferente das demais categorias profissionais foi encontrado entre os médicos, no qual predomina a faixa etária acima dos 31 anos e a maioria é casada.

A idade média geral dos médicos brasileiros é de 46,16 anos e o grupo de até 39 anos representa 40,59% do total de profissionais na ativa, de acordo com o levantamento do CFM e CREMESP (2013). No presente estudo, 11,5% têm até 30 anos e de 31 anos ou mais, 82%. O fato dos profissionais médicos serem casados

(58,3%), provavelmente está relacionado à idade, são mais velhos que os demais profissionais que participaram desta pesquisa, portanto já fizeram a escolha de ter um parceiro, de constituir família. Acredita-se que ser casado é um fator que pode proporcionar um nível de bem-estar, inclusive relacionado à felicidade e à satisfação, produzindo um bom impacto na vida de pessoas, juntamente com bons níveis de relações familiares e engajamento social (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010).

Outros pesquisadores no Brasil também identificaram profissionais jovens atuando em Unidades de Emergência (BENETTI et al., 2009; RITTER et al., 2009; JODAS; HADDAD, 2009).

Em relação ao estado civil, o presente estudo difere de outras pesquisas com profissionais de saúde realizadas em Unidades de Urgência e Emergência hospitalares. Os achados demonstram que os profissionais que atuam em PS são, de forma geral, casados (RITTER et al., 2009; JODAS; HADDAD, 2009; BENETTI et al., 2009).

O investimento dos profissionais de nível superior em pós-graduação destacou-se nesta pesquisa. Mais da metade dos entrevistados (55,8%) são especialistas. Além disso, cerca de 20% realizaram mestrado e doutorado.

Estes dados podem refletir o perfil de profissionais de um hospital universitário, pois os mesmos se veem motivados na busca de um aprimoramento, de especialização em área de seu interesse, na medida em que interagem o tempo todo com especializandos dos diversos programas de residência médica e multiprofissional, com pesquisadores de diferentes formações universitárias e diferentes áreas de pesquisa e com os docentes. Além do incentivo proporcionado na melhora de salário, em função de plano de carreira oferecido aos servidores concursados. No estudo de Benetti et al. (2009), 48,4% dos profissionais referiram ter se especializado e no estudo de Ritter et al. (2009), 27% dos entrevistados.

A maioria dos participantes deste estudo trabalha no Hospital e no PS há menos de 10 anos, sendo que 45,2% há cinco anos ou menos no Hospital e 50,3% no PS neste mesmo período. Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos. Na pesquisa realizada por Ritter et al. (2009), 55,3% dos profissionais atuam de 3 a 5 anos no PS. No estudo de Benetti et al. (2009), a maior parte dos profissionais (83,4%) possuía experiência entre 1 a 10 anos na emergência.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar este achado.

Profissionais, principalmente os jovens, ganham bastante experiência em pronto socorro. O pronto socorro, por ser um setor com uma dinamicidade específica, com grande demanda de pacientes, rotinas diferenciadas de outras áreas, requerer atitudes e tomada de decisões constantemente, constitui-se um espaço não único, mas de grande oportunidade de aprendizado e conseqüentemente amadurecimento pessoal e profissional.

Por outro lado, outra hipótese para explicar a presença de profissionais mais jovens no pronto socorro é que exista rotatividade elevada entre os profissionais. O tipo de contrato de trabalho de 58,3% destes profissionais é pela CLT, que permite troca por outro profissional sem aguardar concurso público.

Outra hipótese relativa ao pouco tempo no PS pode estar relacionada à insatisfação com as condições de trabalho e os baixos salários, praticados no serviço público.

A carga horária semanal de 40 horas, no turno diurno, foi a mais frequentemente encontrada entre os profissionais deste estudo. Ainda assim, grande parte destes profissionais (39,7%) têm mais de uma jornada de trabalho. Estes resultados são semelhantes aos disponíveis na literatura avaliando profissionais de saúde, que apresentam, com frequência, jornada prolongada de trabalho e multiempregos (PIMENTEL, 2005; RITTER et al., 2009).

A dupla, às vezes tripla, jornada de trabalho é resultante das condições de trabalho na área da saúde no Brasil, especialmente no setor público, caracterizada por baixos salários, falta de investimentos e condições de trabalho precárias. Reforçando este panorama, uma realidade que permeia os hospitais públicos com mais de uma instituição contratante de trabalhadores, pode gerar uma quebra da equidade, pela convivência em um único ambiente de vários regimes de trabalho, incentivando os profissionais de saúde a assumirem mais de um posto de atuação profissional.

Em relação à avaliação de sua saúde, 55,9% dos profissionais consideraram ter boa saúde e 16,4% ter ótima saúde. Estes achados são inferiores aos de outros estudos realizados com profissionais de saúde, como o de Assunção et al. (2010). Para estes autores, 43,1% dos profissionais de enfermagem das Unidades de Pronto Socorro de um hospital universitário consideraram que a sua saúde estava "boa" e 39,2% "muito boa".

Apesar de avaliarem positivamente sua saúde, grande parte dos profissionais desta pesquisa (83,3%) referiu ter doenças ou problemas de saúde nos últimos três meses, com uma média de 2,2 doenças/problemas de saúde por profissional. E este dado chama a atenção, principalmente ao considerar uma amostra predominantemente jovem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Dentre os motivos, está o fato desses estarem adoecendo sistematicamente (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012). Os trabalhadores de saúde têm adoecido de modo sistemático e em um processo crescente. E mais, este é um fenômeno não apenas regional ou nacional, mas mundial (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007; ROLLO, 2007 apud BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012).

Brotto e Dalbello-Araujo (2012) defendem ainda que várias particularidades do trabalho em saúde ligadas a estratégias de gestão ou a características dos trabalhadores parecem impedir o aspecto socioafetivo do trabalho, propiciando adoecimento. Entre elas, o contato com o usuário em momentos críticos, propiciando violências e impelindo os trabalhadores a se distanciarem emocionalmente como forma de autoproteção; o caráter de urgência dentro de ambientes de trabalho em saúde; o fato de haver uma sensação de estarem os trabalhadores adoecendo, mas sem ninguém saber ao certo qual a dinâmica e as proporções reais do fenômeno; a sobrecarga de trabalho agravada por questões socioeconômicas que impelem os trabalhadores a buscarem mais um vínculo empregatício, comprometendo sua saúde; e a percepção de que muitos dos problemas de saúde trazidos aos serviços referem-se a questões socioeconômicas, políticas e estruturais enfrentadas pela comunidade atendida que escapam à alçada do setor saúde, impondo aos trabalhadores lidarem com situações para as quais nem sempre podem dar soluções definitivas, apenas paliativas.

Em uma pesquisa com profissionais de saúde de pronto socorro de um hospital universitário no sul do Brasil, Oliveira (2009) avaliou os fatores que interferem na saúde física e mental de trabalhadores como causadores de adoecimento. Esta autora considerou a realidade social do trabalho, as vivências dos trabalhadores e suas experiências. Revelou-se, por estes trabalhadores, uma trajetória de adoecimento marcada por uma excessiva carga de trabalho, causadora de cansaço e desgaste físico; desgaste mental decorrente da impossibilidade de

fazer todo o trabalho e fazer bem, causando angústia e ansiedade; bem como, por uma exposição ao risco constante de adquirir alguma doença.

Os problemas de saúde mais relatados pelos entrevistados (afetando ao menos um terço dos profissionais) foram ansiedade, insônia ou outros problemas de sono, problemas de memória e dificuldades de concentração, tontura, enxaqueca ou cefaléia.

Pimentel (2005) em pesquisa para averiguar o perfil e a saúde de várias categorias que trabalham com saúde identificou frequências ainda mais elevadas: 64% com sintomas depressivos; 60% ansiosos ou estressados com frequência; 50% com problemas de concentração e memória; 32% com dores de cabeça frequente; 26% dos profissionais participantes com alterações de pressão arterial e 20% com distúrbios do sono.

Os sintomas de ansiedade foram os mais relatados pelos profissionais de saúde deste estudo (48,7%). Rueter, Scaramella e Conger, 1999 (apud MARGIS et al., 2003) colocam que os sintomas prodrômicos de ansiedade podem surgir anos antes do surgimento de um transtorno definido e completo, em resposta a eventos estressores. Então, estressores desta natureza são corresponsáveis pelo surgimento de transtornos mentais a curto, médio e longo prazo, bem como podem precipitar a recorrência de quadros psiquiátricos.

Podemos levantar algumas hipóteses, para tentar explicar a elevada referência de ansiedade nestes profissionais. Uma hipótese é que estes profissionais já apresentavam traços de personalidade que predispõem à ansiedade. A exemplo dos indivíduos que tem padrão de personalidade tipo A, que possuem um forte senso de urgência, o que os leva a tentar realizar mais e mais tarefas em cada vez menos tempo, apresentam grande sentimento de hostilidade que se traduz por raiva e irritação e demonstram grande ambição e competitividade, pode ser um bom motivo para a ansiedade referida pelos profissionais, na medida de não ter suas necessidades atendidas (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Outro aspecto a ser considerado é que o ambiente de trabalho no pronto socorro exige um ritmo que por si só já “acelera” as pessoas e essas tentam responder a esta demanda, exigindo de si uma resposta que não condiz com sua personalidade. Fica aqui uma reflexão: o ambiente de trabalho ajuda a adoecer as pessoas ou elas já chegam doentes? Ou ambos?



Cabana et al. (2007) identificaram a emergência como o setor de maior prevalência de transtornos mentais comuns e com médicos vivenciando piores condições de trabalho. A maior concentração de jovens na emergência foi uma das justificativas, assim como o menor tempo de atuação no setor (menos de 5 anos) e multiempregos.

Insônia e problemas com sono foram informados por 39,7% dos entrevistados na presente pesquisa. Assunção et al. (2010) apresentaram achados semelhantes em pesquisa com profissionais de saúde vinculados ao serviço de emergência de hospital universitário, na qual somente 26,7% estavam satisfeitos com a qualidade de seu sono. Os resultados deste estudo, também são semelhantes aos de outros realizados em nosso meio com profissionais de saúde (SILVA et al., 2008; JODAS; HADDAD, 2009; DALRI et al., 2010; SANTOS et al., 2012).

Dificuldades de concentração e problemas de memória foram relatados por 37,8% nesta pesquisa, resultado inferior ao do estudo de Silva et al. (2008) realizado em pronto socorro de hospital no interior de São Paulo, no qual 60% apresentaram problemas relacionados à falta de memória e 50% dificuldade de concentração.

A tontura foi outro sintoma referido por mais de um terço dos entrevistados (37%). Não foram encontrados artigos que avaliaram a prevalência de tontura em profissionais de saúde de pronto socorro. Em pesquisa desenvolvida por Paulino et al. (2011) com pós-graduandos de diferentes áreas, entre elas a da saúde, com predomínio de enfermeiros, para conhecer a prevalência de queixas relacionadas ao equilíbrio corporal e à audição foram identificadas, com grande frequência, a cefaléia, as dores musculares e cervicais, redução da concentração e memória, tontura e redução da audição nestes profissionais.

Cefaleia ou enxaqueca foram referidas por 34% nesta amostra. Farias et al. (2011), em pesquisa para caracterizar os sintomas físicos de estresse em equipe de pronto atendimento, encontraram cefaléia em 85,7% dos enfermeiros avaliados.

Como explicar a elevada prevalência de problemas de saúde referidos por estes profissionais?

Uma das hipóteses é que estes problemas estejam relacionados ao estresse no trabalho. Estes sintomas físicos e psíquicos foram descritos por Benevides-Pereira (2002) como indicativos de desordens associadas ao estresse.

No modelo proposto por Selye (1956), o estresse produz reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor, podendo levar anos para o indivíduo perceber as consequências destas adaptações, chegando ao ponto de adoecer.

Os sintomas referidos nesta pesquisa são similares aos descritos por Seyle durante a Fase de Alarme, como a presença de insônia, alteração de pressão arterial, zumbido e outros. Já os sintomas de natureza psicológica como ansiedade e depressão, informam que o estressor permanece, caracterizando a Fase de Resistência. De acordo com esse modelo, os sintomas passam ou poderão passar de sintomas à doença propriamente dita, o que caracteriza a Fase de Exaustão.

Os problemas de saúde já podem ser o reflexo de uma situação de estresse em fase de resistência. O fato de relatarem diversos sintomas ou doenças chama a atenção para a necessidade de compreender melhor esta situação.

Se a resposta ao estresse é resultado da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo e interno e a percepção do indivíduo quanto a sua capacidade de resposta (MARGIS et al., 2003), uma hipótese para explicar os sintomas referidos pelos profissionais de saúde desta pesquisa, que atuam no pronto socorro, é de que são resultados de estresse vivenciado por eles. De fato, segundo Zuardi (2009), os fatores estressantes frequentes ou mantidos por longo tempo podem comprometer o equilíbrio do organismo gerando doenças.

As consequências dos problemas de saúde dos profissionais são diversas. Afetam não apenas o profissional, mas também o serviço e a instituição de saúde. Uma das principais consequências, a nível institucional são os afastamentos do trabalho, devido a licenças médicas.

Em pesquisa realizada com os profissionais de enfermagem atuantes no mesmo pronto socorro deste estudo, Fakhri et al. (2012) discutiram questões pertinentes aos problemas de saúde que afetam os mesmos. Quanto às investigações sobre ausências dos profissionais não previstas, e entre estas os afastamentos por motivo de doença, os resultados do levantamento do estudo apontaram que 732 ausências (25,3%) foram por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) inferiores a 15 dias e 1.127 (38,8%) por LTS superiores a 15 dias, durante do ano de 2009. Dos inferiores a 15 dias, 14,5% foram afastados por problemas osteomusculares; 13,5% foram afastamentos por transtornos mentais e comportamentais e 11,2% por problemas respiratórios. Superiores a 15 dias foram

pelos transtornos mentais e comportamentais, doença do sistema osteomuscular e gravidez. Ao todo, os transtornos mentais e comportamentais representaram 78,9% dos dias de afastamento.

No estudo de Gonçalves et al. (2005) em um hospital universitário em Campinas (SP), o setor que mais ocasionou afastamento por doença foi o pronto socorro de atendimento a adultos. Os diagnósticos médicos registrados, com maior incidência, foram as doenças osteomusculares, os transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho respiratório. Os profissionais que tinham de um a cinco anos de serviço se afastaram mais do que os que de maior tempo de serviço.

Oliveira (2009) também referiu dados sobre afastamento por doença de profissionais de saúde atuantes em pronto socorro de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, através do Projeto de Acompanhamento de LTS ao Servidor. Foram computando os anos de 2005 e 2006 com informações de 42% de episódios de depressão, 31% de episódios de afecções osteomusculares e 4% de episódios de infecções das vias superiores.

Outro dado importante é que grande parte dos profissionais de saúde (41,6%) desta pesquisa informaram uso de medicamentos contínuo ou frequente para diferentes problemas de saúde. O uso de medicamentos sugere que estes profissionais estejam mais doentes.

Pode-se pensar que, por um lado, o uso de medicamentos reflita um cuidado com a própria saúde. Neste sentido, constata-se que todos os hipertensos (14%) e diabéticos (2%) estão em uso de medicamentos recomendados para este fim, assim como um terço dos que apontaram depressão e doenças respiratórias.

Por outro lado, o uso de certos medicamentos, especialmente quando não receitados por médicos, uma prática bastante comum entre a população, pode aliviar sintomas, mas não trata as causas. É o caso dos analgésicos, por exemplo, referidos neste trabalho. O uso frequente deste tipo de medicamento pode gerar reações adversas, aumentar o risco de interações farmacológicas e seus efeitos (mais reações indesejáveis) e, portanto aumento de risco para a saúde.

Em relação aos hábitos de vida, observou-se baixo relato de uso de cigarro comum entre os pesquisados, abaixo da média entre a população brasileira que é de 14,8% (INCA, 2012) e de outros estudos com profissionais de saúde. Echer et al. (2011) encontraram 13,5% de fumantes entre os funcionários de um hospital

universitário no sul do Brasil, Moraes (2004) encontrou 14,2% de profissionais fumantes em hospital privado em São Paulo, enquanto Guazelli et al. (2005) encontraram 8,6% de fumantes entre médicos de três municípios da Grande São Paulo.

O uso de bebida alcoólica (frequente ou esporádico) foi informado por 54,5% dos profissionais. Não foi relatado uso de drogas ilícitas.

Alguns estudos relatam elevada frequência de problemas de álcool e drogas entre profissionais de saúde (Alves et al., 2005). Uma das hipóteses de não haver relato do uso de drogas ilícitas, é que, pelo fato da pesquisadora deste estudo fazer parte da instituição, os profissionais não tenham revelado estas informações. Por outro lado, por serem profissionais da saúde, talvez haja maior consciência sobre os riscos biológicos e psicossociais das drogas de abuso, incluindo riscos que podem afetar o desempenho profissional e levar a punições no ambiente de trabalho.

Em relação à atividade física 43,6% dos profissionais desta pesquisa, fazem exercícios físicos, de 3 a 4 vezes na semana, sendo a atividade aeróbica a mais praticada (80,3%).

Estes dados são semelhantes aos do estudo de Jodas e Haddad (2009). De acordo com estes autores, 47,6% dos profissionais pesquisados referiram praticar atividade física, sendo que 69% de frequência acima de dois dias na semana, sendo a caminhada relatada por 60% dos trabalhadores e 20% informaram praticar ginástica em academia.

A atividade física é essencial na prevenção de doenças e na promoção da saúde física e mental, melhorando a qualidade de vida pessoal e no trabalho, diminuindo a insônia e a tensão, e promovendo o bem estar físico e emocional, além de gerar benefícios cognitivos e sociais para qualquer indivíduo (CARNEIRO, 2010).

Quanto à forma de se alimentar, 44,8% da amostra fazem 1 ou 2 refeições ao dia. Este resultado sugere que a maior parte dos profissionais não se alimenta de acordo com as Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira (SICHIERI et al., 2000), que indica 4 refeições ao dia.

Hábitos de vida saudáveis (prática de atividades física regular, alimentação saudável, não fazer uso de bebidas estimulantes, álcool e drogas) são importantes para a redução do estresse e, desta forma, dificultam o desenvolvimento da síndrome de *burnout* e devem ser incentivados.

Em relação à prevalência da síndrome de *burnout*, foi utilizado o instrumento MBI, composto por três subescalas. A pontuação média obtida em relação às subescalas foi de 17,9 para EE, de 6,5 para DP e 22,8 para RP.

Os resultados desta pesquisa demonstram que 7,1% dos profissionais foram considerados com *burnout* por apresentarem simultaneamente valores altos nas subescalas EE e DP e valores baixos na RP.

No estudo de Trindade e Lautert (2010) com equipe de saúde multiprofissional, foi encontrado índices mais elevados para cada uma das subescalas: a média obtida para EE foi de 23,8, de DP foi 9 e RP 13,8, que indicou alta exaustão, moderada despersonalização e baixa realização profissional, portanto baixo índice de *burnout*.

Grazziano (2008), em pesquisa com enfermeiros hospitalares, encontrou índices menores (12,5 para EE, 4,1 em Despersonalização e 25,1 na RP). O fato dos trabalhadores desta pesquisa estarem com índice baixo em Exaustão Emocional e alto em Realização Profissional, indica que continuam motivados, estão satisfeitos consigo mesmo, experimentam um sentimento de valorização, melhor percepção sobre a sua eficácia profissional, com boa capacidade de interagir com os pacientes e colegas de trabalho.

Estudo de Magalhães e Glina (2006) em um Hospital Geral Público encontrou um índice de 11% dos médicos com síndrome de *burnout*, sendo 62% trabalhando no Pronto Socorro. Apesar de ser uma pequena parcela, estes médicos apresentaram elevados índices de Exaustão Emocional e Despersonalização (perto de 80% entre moderado e alto), porém elevada Realização Profissional.

Existem diferentes versões do MBI, cada uma utiliza um sistema de pontuação e de classificação dos escores das subescalas. Os resultados obtidos neste estudo apenas podem ser comparados diretamente com aqueles que utilizaram a mesma versão do instrumento, validada por Lautert (1995).

Os resultados desta pesquisa foram similares aos encontrados por Trindade e Lautert (2010), que demonstraram que 6,9% dos profissionais apresentavam *burnout*. Assim como Grazziano (2008) concluiu que o nível de *burnout* foi considerado entre baixo / moderado. Estes estudos também utilizaram a classificação por quartis, como a pesquisa atual.

Jodas e Haddad (2009) encontraram 8,2% dos trabalhadores de enfermagem atuantes em um Pronto Socorro do Paraná com *burnout*.

Outros trabalhos que também relataram baixos nível de *burnout* foram o de Ritter et al. (2009) em Unidade de Emergência de um hospital geral no Rio Grande do Sul e o de Benetti et al. (2009), na mesma região, em Unidade de Emergência de um hospital geral privado.

Em outros trabalhos referenciados na Revisão de Literatura percebe-se resultados com índice de *burnout* bastante alto, com profissionais de saúde atuando em estrutura de serviços que apresentam as mesmas dificuldades como falta de recursos humanos, materiais, com dados sociodemográficos e ocupacionais semelhantes. Como se explica isto? Uma das possibilidades é que, nos diversos estudos, haja diferenças metodológicas importantes para caracterizar o *burnout*. No Brasil, foram várias as tentativas de traduzir, adaptar e validar o MBI. Autores como Lautert (1995), Tamayo (1997) e Carlotto e Câmara (2004), desenvolveram pesquisas que utilizaram diferentes versões do instrumento, com formas distintas de identificar o *burnout*.

Outra possibilidade é que entre os profissionais avaliados neste estudo o *burnout* seja realmente pouco prevalente. Por se tratar de um processo, que se desenvolve a partir de estresse profissional crônico, é necessário certo tempo para que se desenvolva. Uma vez que grande parte dos profissionais deste estudo é jovem e tem pouco tempo de experiência profissional, pode ser que não tenham desenvolvido esta síndrome.

Embora os profissionais da presente pesquisa não tenham desenvolvido a síndrome, destaca-se o escore médio para a Exaustão Emocional e alto para Realização Profissional.

A Exaustão Emocional avalia os sentimentos do indivíduo com relação ao trabalho – caracterizado como sobrecarga emocional - e como o estressor ainda permanece, os sintomas evidenciados são de natureza psicossocial, podendo desenvolver a próxima etapa, ou seja, a despersonalização.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) defendem a ideia de que a ocorrência de uma dimensão precipita o desenvolvimento de outra. Nesta concepção, o processo se inicia com o desgaste emocional devido às demandas interpessoais e à carga de trabalho e progride para a despersonalização (causada pelas reações de defesa) em que o profissional busca o isolamento, levando à baixa realização profissional ou ineficácia.

Um dos fatores que faz com que a síndrome não seja caracterizada é a elevada Realização Profissional. Constata-se nesta pesquisa que os médicos e outros profissionais apresentaram um índice mais elevado que os enfermeiros para Realização Profissional.

Autores como Oliveira e Queirós (2009), Magalhães e Glina (2006), Moreno-Gimenez et al. (2006) e Schaufeli (1999) referem que os médicos tendem a experimentar níveis altos de Realização Profissional.

Feliciano et al. (2005), avaliando os sentimentos que advém da dinâmica institucional de um pronto socorro, concluíram que, ainda que à revelia das dificuldades, sofrimentos, tristezas, decepções e estresse, esses profissionais continuam tendo esperança e disponibilidade para a árdua tarefa de cuidar.

Na análise de associação, não foi possível verificar nenhuma variável associada à presença de *burnout*, possivelmente devido à baixa prevalência desta síndrome entre os profissionais, o que fez com que a análise não tivesse poder estatístico para detectar diferenças entre os grupos.

Por outro lado, na análise de associação com os escores das subescalas, foi possível verificar diversos fatores associados.

Em relação à Exaustão Emocional, as mulheres apresentaram maior índice que os homens. Este resultado confirma os de outros estudos (MELO SILVA; GOMES, 2009; BENETTI et al., 2009) e pode estar relacionado ao fato das mulheres, culturalmente, exercerem atividades concomitantes de trabalho, responsabilidades familiares, investir em melhoria na sua educação e formação acadêmica. Melo Silva e Gomes (2009) relatam que as mulheres tendem a experienciar maiores níveis de estresse ocupacional relacionados com as relações no trabalho, a carreira profissional, o excesso de trabalho, a remuneração auferida, a sensação de pouco poder e reconhecimento profissional e os maiores problemas familiares.

Nos estudos que indicam maior exaustão em mulheres, o entendimento também é de que esse resultado esteja relacionado a questões culturais. Para as mulheres, a combinação de trabalho e responsabilidades familiares pode exercer fortes pressões ao ponto de provocar efeitos desfavoráveis para sua saúde física e mental. A carreira profissional da mulher ainda é muito marcada pelo estresse devido aos vários papéis que tem de desempenhar paralelamente à sua vida

profissional (CARLOTTO, 2011 apud MARTÍNEZ; VERA; PATERNA; ALCÁZAR, 2002).

Ao contrário do esperado, os separados e viúvos apresentaram maior Realização Profissional. Este resultado difere de outros estudos que mostram que, para esta categoria (viúvos/ separados), o mais frequente é apresentar maior nível de Exaustão Emocional (QUEIRÓS, 2005; MICHELIN; SANTOS, 2009; SILVA; GOMES, 2009) entre os casados.

No presente estudo não houve associação de idade com nenhuma das subescalas. Esperava-se que quanto mais jovens os profissionais, maior seria a Exaustão Emocional, como foi identificado por Benetti et al. (2009) e Ritter et al. (2012).

Nesta pesquisa foi identificado que os enfermeiros apresentaram menor Realização Profissional que os demais grupos profissionais. Alguns estudos relatam que a falta de reconhecimento, sentimento de frustração pela desvalorização dos próprios colegas de trabalho e de outros profissionais e da não valorização das atividades que exerce, estão relacionados aos altos índices de insatisfação profissional do enfermeiro (ELIAS; NAVARRO, 2006; CARVALHO; LOPES, 2006).

Melo Silva e Gomes (2009) evidenciaram em estudo com médicos e enfermeiros portugueses que enfermeiros relataram mais experiências estressantes direcionadas ao ambiente de trabalho, carreira profissional, remuneração auferida e falta de reconhecimento e os médicos aos conflitos interpessoais no trabalho. Uma das razões apontadas deve-se às características da atividade laboral de ambos os grupos profissionais, uma vez que a falta de controle e poder poderá identificar mais a atividade de enfermeiros, levando-os a sentir que têm de aceitar o excesso de trabalho e a suportar as limitações situacionais impostas ao exercício das suas funções. Aos médicos, maior percepção de controle e poder que caracteriza a sua profissão.

Entre as variáveis ocupacionais, não houve associação das subescalas com turno de trabalho. O trabalho em turnos, como garantia da manutenção da assistência durante 24 horas afeta um contingente expressivo de trabalhadores e pode ser operacionalizado nas modalidades de turnos fixos de trabalho ou turnos alternantes, segundo determinação institucional. Estudos realizados (MENDES; DE MARTINO, 2012; MAGALHÃES et al., 2007) apontaram que a modalidade de rodízio de horários interfere negativamente sobre a saúde, o relacionamento familiar, social,



lazer e sono. No caso da presente pesquisa, a grande maioria trabalha em turno fixo, diurno ou noturno.

Os profissionais com mais de um vínculo apresentaram menor Despersonalização e maior Realização Pessoal. Este é outro ponto bastante discutido em vários estudos nacionais e internacionais. O mais frequente é encontrar profissionais com mais de um vínculo de trabalho com alto índice de Exaustão Emocional e maior Despersonalização (SPINDOLA; MARTINS, 2007).

Talvez em algum dos seus trabalhos ele encontre melhores condições de realização profissional, compensando seu sofrimento com o outro. E, também, isso talvez o leve a manter os dois vínculos profissionais.

De acordo com Spindola e Martins (2007) a dupla ou tripla jornada dos trabalhadores de enfermagem apresenta-se como fator desestabilizador de seu equilíbrio mental, ocasiona o sofrimento psíquico e gera desmotivação e insatisfação no trabalho. Encontraram em sua pesquisa que a despersonalização foi maior em profissionais com duplo vínculo e referiram, curiosamente, que a Realização Profissional no trabalho se manteve maior nos enfermeiros com duplo vínculo.

Em relação aos hábitos de vida, os profissionais que não praticam atividades físicas regulares apresentaram maior Exaustão Emocional. Esse resultado era esperado, uma vez que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (CARVALHO et al., 1996), pesquisas têm comprovado que os indivíduos fisicamente aptos e/ou treinados tendem a apresentar uma série de benefícios fisiológicos e psicológicos, o que contribuiria para lidar melhor com o estresse.

Os profissionais que realizam 1 a 2 refeições ao dia apresentaram maior Despersonalização do que os que se alimentam mais vezes. Além disso, a alimentação correta e equilibrada tem relação com as três subescalas, de forma que quanto pior a alimentação, maior é a Exaustão Emocional e a Despersonalização e menor é a Realização Pessoal.

Em relação à saúde geral, os resultados indicaram maior Exaustão Emocional e Despersonalização entre os profissionais que relataram depressão, problemas com sono, ansiedade, problemas de memória e concentração e tontura; e o inverso para a Realização Profissional, ou seja, menor Realização.

Estes resultados sugerem que os profissionais com problemas de saúde podem ter uma predisposição para o desenvolvimento de *burnout*.

Este estudo traz contribuições para o conhecimento do perfil sociodemográfico e ocupacional, dos hábitos de vida, da saúde geral e do *burnout* de profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário.

Algumas limitações do estudo necessitam ser apontadas.

A exclusão dos residentes médicos e multiprofissionais da amostra deste estudo pode estar relacionada ao baixo índice de *burnout* encontrado no Pronto Socorro. A inclusão dos residentes provavelmente teria um impacto nos resultados de *burnout*, uma vez que são estes profissionais, principalmente os médicos, que mais assumem a assistência direta ao paciente. Guido et al. (2012), utilizando o MBI, encontraram na Universidade Federal de Santa Maria – RS, 27% dos residentes com indicativo para síndrome de *burnout*.

A avaliação de problemas de saúde dos profissionais foi subjetiva, não houve uma avaliação objetiva sobre a saúde física e mental.

Não foram avaliados alguns fatores como os de personalidade, outros ligados ao ambiente de trabalho como baixos salários que poderiam estar associados ao *burnout*.

O uso do Inventário proposto por Maslach e Jackson, que avalia a síndrome de *burnout*, tem seu mérito para identificar profissionais acometidos por esta síndrome, mas é uma ferramenta que não explica a sua origem, tornando difícil um conhecimento mais profundo dos processos que levam ao desenvolvimento desta síndrome.

Novos estudos longitudinais devem ser realizados para verificar de que forma esta síndrome se desenvolve e quais seriam as melhores intervenções para evitar sua instalação.

Estudos para verificar a efetividade de intervenções destinadas a melhorar a saúde e os hábitos de vida dos profissionais que atuam em pronto socorro também são fundamentais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou que grande parte dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em pronto socorro universitário apresentam problemas de saúde. Por outro lado, poucos profissionais desenvolveram a síndrome de *burnout*.

Os problemas de saúde relatados mostraram-se associados a todas as dimensões da síndrome de *burnout*, indicando que existe possibilidade dos profissionais desta pesquisa estarem desenvolvendo um processo de estresse, que pode levá-los, no futuro, a desenvolver a síndrome.

Além dos problemas de saúde, observou-se moderado índice de Exaustão Emocional e que grande parte dos profissionais utiliza medicamentos com frequência, não realiza atividade física regularmente e não se alimenta de forma adequada.

Estes resultados sugerem que sejam desenvolvidas intervenções efetivas dirigidas aos profissionais que atuam em pronto socorro, visando minimização dos problemas de saúde e do estresse profissional e melhora dos hábitos de vida.

## REFERÊNCIAS

ABUSHAIKHA, L.; SACA-HAZBOUN, H. Job satisfaction and burnout among Palestinian nurses. **Eastern Mediterranean Health Journal**, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19469443>. Acesso em: 28 mai. 2014.

ADRIAENSSENS, J; DE GUCHT, V.; MAES, S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. **Journal of Nursing Management**, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24330154>. Acesso em: 17 mai. 2014.

AHMADI, O.; AZIZKHANI, R.; BASRAVI, M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. **Advanced Biomedical Research**. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3949345/>. Acesso em: 22 mai. 2013.

AL-TURKI et al. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. **African Medicine Society**. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20935422>. Acesso em: 21 abr. 2014.

ALEVATO, H. Diferentes estressores: diferentes formas de controle. **4º CONGRESSO DE STRESS DA ISMA**. Porto Alegre: Anais Eletrônicos, 2004. Disponível em: < [www.ismabrasil.com.br](http://www.ismabrasil.com.br) >. Acesso em: 18 abr. 2013.

ALMEIDA, P. J. S. **O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência**. 2007. 130f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ALVES, H. N. P. et al. Cuidando de Médicos com Dependência Química: Perfil Clínico e Demográfico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 139-143, 2005.

AREIAS, M. E. Q; COMANDULE, A. Q. **Qualidade de Vida, estresse no Trabalho e Síndrome de Burnout**. Campinas: Unicamp, 2008. Disponível em: [http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns\\_interdisciplinares\\_saude/fadiga/fadiga\\_cap13.pdf](http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/fadiga/fadiga_cap13.pdf). Acesso em: 19 jul. 2013.

ARORA, M. et al. Review article: burnout in emergency medicine physicians. **Emergency Medicine Australasia**, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118838>. Acesso em: 13 mai. 2014.

ASSUNÇÃO, H. B. et al. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem das unidades de pronto socorro de um hospital universitário. **Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 2010. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=00000001120100001&script=sci\\_issuetoc](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=00000001120100001&script=sci_issuetoc). Acesso em 14 mai. 2014.

BALLONE, G. J. **Síndrome de Burnout – 2009**. PsiqWeb. Disponível em: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br). Acesso em :25 jun. 2013.

BARROS, D. S. et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *burnout*. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.

BATISTA K. M., BIANCHI E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BAUER, M. E. Estresse: como ele abala as defesas do organismo. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 179, n. 3, p. 20-25, 2002.

BENETTI, E. R. R.; STUMM, E. M. F.; IZOLAN, F.; RAMOS, L. P.; KIRCHNER, R. M. Variáveis de *burnout* em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.14, n.2, p.269-277, 2009.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BITTENCOURT, F. Estresse: o mal do século. **Portal Ciência & Vida**. 2011. Disponível em: <http://psiquecienciaevida.uol.com.br/ESPS/edicoes/63/artigo211972-1.asp>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 7 de maio 1999. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>. Acesso em: 09 fev. 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho1.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf). Acesso em: 14 mai. 2014.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 37, n. 126, 2012.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 mai. 2014.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>. Acesso em 15 abr. 2014.

CANTOS, G. A et al. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 240-247, 2004.

CARLOTTO, M. S. (2011). Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 403-410, 2012.

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

---

Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008.

CARNEIRO, R. M. **Síndrome de burnout: um desafio para o trabalho do docente universitário centro universitário de Anápolis**. 2010. 100f. Dissertação (mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2010.

CARVALHO, D. V.; LIMA, F. C. A.; COSTA, T. M. P. F.; LIMA, E. D. R. P. Enfermagem em setor fechado: estresse. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.8, n. 2, p. 290-294, 2004.

CARVALHO, G.; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. **Arquivo Ciência e Saúde**; Umuarama, v. 13, n. 4, p. 215-219, 2006.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. **Estudo e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 570-582, 2007.

CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**. São Paulo, v. 2, n. 4, 1996.

CAVALHEIRO A. M.; JUNIOR D. F. M.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.1, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100005>. Acesso em: 11 mai. 2014.

CHAMON, E. M. Q. O.; MARINHO, R. C.; OLIVEIRA, A. L. N. Estresse Ocupacional, Estratégias de Enfrentamento e Síndrome de *Burnout*: Um Estudo com a Equipe de Enfermagem de um Hospital Privado do Estado de São Paulo. **ENANPAD** 2006. 30º Encontro da ANPAD, de 23 a 27 de setembro de 2006 – Salvador – BA – Brasil.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2013.

CORDES, C. L.; DOUGHERTY, T. W. A review and a integration of research on job burnout. **Academy of Management Review**, Nova York, n. 18, p.621-656, 1993.

DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y enfermería**, Concepción, v. 16, n. 2, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200008>. Acesso em 11 dez. 2013.

DI MARTINO; M. M. F.; MISKO, M. D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n.2, 2004.

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

DOAN-WIGGINS, L. et al. Practice satisfaction, occupational stress, and attrition of emergency physicians. **Academic Emergency Medicine.** Illinois, v. 2, n. 6, p.556-563, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7497060>. Acesso em: 22 mai. 2014.

ECHER, I. C. et al. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, 2011.

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. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

ESCRIBA-AGU, V. et al. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Nova York, v. 80, p. 127–133, 2006. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16710712>. Acesso em 09 mai. 2014.

FAKIH, F. T. et al. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25 n. 3. 2012.

FARIAS, S. M. C.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W.; OLIVEIRA, M. A. F.; PEREIRA, M. O. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45. n. 3, 2011.

FASCINA, L. P.; HIDAKA, K. S.; GUIMARÃES, C. P. A.; RESENDE, F.; MEKLER, P. L. Avaliação do nível da Síndrome de *Burnout* na equipe de enfermagem da UTI-Adulto. **XXXIII Encontro da ANPAD**. São Paulo: Anais, 2009.



FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o Burnout. **Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.

FENGA, C. et al. Burnout and occupational stress in nurses. **La Medicina del Trabajo**, v. 98, n. 1, p. 55-63, 2007. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17240646>. Acesso em 29 mai. 2014

FERREIRA, M. C; ASSMAR, E. M. L. Cultura organizacional. IN: SIQUEIRA, M. et al. **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico de gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERREIRA, M. M.; MOURA, H. Enfermagem nas Urgências e Emergências: O estresse do profissional enfermeiro na unidade e atendimento de urgências e emergências, uma revisão bibliográfica. **VI Congresso Multiprofissional em Saúde**. Londrina, Anais: 2012.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Editora Atlas; 1996.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R.; FERRARI, D. C.; ALVES, E. D. *Burnout* e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500019>. Acesso em 13 jun. 2013.

GALLERY, M. E. et al. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. **Academic Emergency Medicine**. Illinois, v. 21, n. 1, p. 58-64, 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1539889>. Acesso em: 23 mai. 2014.

GARCÍA-IZQUIERDO, M.; RÍOS-RÍSQUEZ, M. L. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. **Nurs Outlook**, v. 60, n. 5, p. 322-329, 2002.

GIL-MONTE, P. R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. **Instituto Nacional de Salud Publica**, Morelos, v. 44, p. 33-40, 2002.

GIL-MONTE, P. R.; SCHAUFELI, W. B. *Burnout* in nursing: A comparative Spanish – Dutch Study. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, Madrid, v. 7, p. 121-130, 1992.

GOLDBERG, R. et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. **Academic Emergency Medicine**, Illinois, v. 3, n. 12, p. 1156-1164, 1996. Disponível <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8959173>. Acesso em 24 mai. 2014.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 3, p.307-318, 2009.

GONÇALVES, J.R.S. et al. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de São Paulo. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, 2005.

GRAZZIANO, E. S. **Estratégia para redução do Stress e Burnout entre Enfermeiros Hospitalares**. 232f. Tese (doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

GRUNFELD E., WHELAN T. J., ZITZELSBERGER L., WILLAN A. R., MONTESANTO B., EVANS W. K.. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ** 2000, Ottawa, v. 9, p. 163-166, 2013.

GUAZZELLI A. C.; FILHO, M. T.; FISS, E. Tabagismo entre médicos de Região do ABC Paulista. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 31, n. 6, p. 516-522, 2005.

GUIDO L. A., SILVA R. M., GOULART C. T., BOLZAN M. E. O., LOPES L. F. D. Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, 2012

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

KANAI-PAK, M.; AIKEN., L. H.; SLOANE, D. M.; POGHOSYAN, L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. **Journal of Clinical Nursing**, Cambridge, v. 17, n. 24, p.3324-3329, 2008. Disponível <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146591>. Acesso em 15 mai. 2014.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca: 1995.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão de literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.133-44, 1997.

LAUTERT, L.; CHAVES, E; H. B.; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 6, n. 6, 1999.

LAUTERT, L.; CHAVES, ENAURA H. B.; MOURA, GISELA M. S. S. **Estresse ocupacional e enfermagem: abordagem em unidade de atenção à saúde mental**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v6n6/0968.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

LEITER, M. P.; FRANK, E.; MATHESON, T. J. Demands, Values & Burnout. **Canadian Family Physician**. Toronto, v. 55, n. 12, 2009, pp.1224-1225, 2009.

LENTINE, E. C.; SONODA, T. K.; BIAZIN, D. T. Estresse de profissionais de saúde das Unidades Básicas do Município de Londrina, **Terra e Cultura**, v. 19, n. 37, 2003.

LIPP, M. E. N. **Stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996.

LIPP, M. E. N. (Org.). **Como Enfrentar o Stress**. São Paulo: Ícone1998.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Perfil dos profissionais de enfermagem do turno noturno do hospital de clínicas de porto alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 16-20, 2007.

MAGALHÃES, R. A.; GLINA, D. M. – Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**. (2006). Vol. 11, n.o1/2.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 36 n. 123, p. 93-102, 2011.

MALLMANN, C. S.; PALAZZO, L. S.; Carlotto, M. S.; Aerts, D. R. G de C. Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 69-82, 2009.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 1 Porto Alegre, 2003.

MASLACH, C., JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, Washington, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH C, JACKSON S. Maslach Burnout Inventory, Manual. **Consulting Psychologists**. Palo Alto: University of California; 1986.

MASLACH, C., JACKSON, S.E., & LEITER, M.P. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto, University of California: **Consulting Psychologists**, 1996.

MASLACH C, GOLDBERG J. 1998. Prevention of burnout: new perspectives. **Applied and Preventive Psychology**, v. 63-74, 1998.

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.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 52, p.397-422, 2010.

MCEWEN, B. S., SEEMAN, T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. **Annals of the New York Academy of Sciences**, Nova York, v. 896, p. 30-47, 1999.

MELO SILVA, M. C.; GOMES, A. R. S. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 3, p. 239-248, 2009.

MICHELIN, J. A. R.; SANTOS, L. M. R. Avaliação da Frequência da Síndrome de Burnout em Enfermeiros. **UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 11, n.3, p.23-31, 2009.

MION, G.; LIBERT, N.; JOURNOIS, D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. **Annales francaises d' anesthesie et de reanimation**, v. 32 n. 3, p. 175-88, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23395149>. Acesso em 21 mai. 2014.

MORAES, M. A **Avaliação da implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz – São Paulo – Capital**. 2006. 201f. (Tese de doutorado em enfermagem) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2006.

MORENO-JIMÉNEZ, B. et al.. El burnout médico: La ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. **Ansiedad y Estrés**, Madri, v. 11, n. 1, p. 87-100, 2005.

MORENO-JIMÉNEZ, B. et al. Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico. **Atención primaria**. Madri, v. 38, n. 10, p. 544-549, 2006.

OLIVEIRA, N. T. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde**: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

OLIVEIRA, M; QUEIRÓS, C. **Burnout e estado emocional em médicos**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009.

PACHECO, J. E. P. **Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde**. 2005. 185f. (doutorado em Ciências Sociais) - Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Algarve, 2005. Disponível em: <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/738/1/tese%20doutoramento%20Jos%C3%A9%20Eus%C3%A9bio%20Palma%20Pacheco%20%202005.pdf>. Acesso em 1 jul. 2014.

PAULINO, C. A et al. Prevalência de queixas relacionadas ao equilíbrio corporal e à audição de uma população adulta - saúde coletiva. **ON-LINE**. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84216928003>> ISSN 1806-3365. Acesso em 23 jul. 2014.

PIMENTEL, D. M. M. **Saúde Mental dos profissionais de saúde**. 2005. 140f. Dissertação (mestrado em Ciências). Universidade Federal de Sergipe. Aracajú, 2005.

PONCET, M. C., TOULLIC, P.;PAPAZIAN, L. et al.: Burnout Syndrome and Nurses.. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, Nova York, v. 175, 2007.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009.

PIKO, B. F. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**. Elsevier, v. 43, n. ,p. 311-31, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964005>. Acesso em: 18 mai. 2014.

QUEIRÓS, P. J. **Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses**. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2005.

REGIS, L. M. O. **Stress ocupacional no executivo: relação entre os causadores de stress na vida profissional e estado de saúde**. 1996. 102f. Dissertação (mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1996.

RITTER, R. S. et al. Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgencia hospitalaria. **Enfermería Global**, Murcia,v.11, n.27, p.210-223, 2012.

RODRIGUES, A. B. **Burnout e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos**. 2006. 141f. Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP – São Paulo, 2006.

ROSSI, A. M. **Autocontrole: nova maneira de gerenciar o estresse**. Rio de Janeiro: Editora Best Seller, 2004.

SACADURA-LEITE, E.; UVA, A. S. Stress relacionado com o trabalho. **Saúde &**

**Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 25-42, 2007.

SADIR, M. A.; LIPP, M. E. N. As fontes de stress no trabalho. **Revista de Psicologia da IMED**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 114-126, 2009.

SANTINI, J. **Síndrome do Esgotamento Profissional**. Porto Alegre: Movimento, 2004.

SANTINI, A. M. et al. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. **Cogitare Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5388>. Acesso em: 05 mai. 2013.

SANTOS, N. A., ALVES, C. S., SOUZA, P. C., CASTANHO, W. Q. S. O médico e as condições de trabalho: o caso de um pronto-socorro do interior do estado de Mato Grosso. **Revista de Administração em Saúde**. Cuiabá, v. 14, n. 54 – Abril, 2012.

SAVIANI D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 12, n.34, p. 152-165, 2007.

SCHAUFELI, W. B. – Burnout. In FIRTH-COZENS, J., PAYNE, R. L. - **Stress in health professionals**. Chichester: John Wiley & Son, 1999.

SCORSOLINI-COMIN F.; SANTOS M. A. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421933025.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.

SEGANTIN, B. G. O.; MAIA, E. M. F. L. **Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde**. 2007. Monografia (Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família). Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Londrina.

SEYLE, H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. **Nature**, v. 138, p.32, 1936.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956.

SICHIERI, R. et al. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a

População Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metodologia**. São Paulo, v. 44, n. 3, 2000.

SILVA, P. L. A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta**. 2006. 128f. Dissertação (mestrado em fisioterapia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

SILVA, M.; GOMES, A.. Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 3, p. 239-248, 2009.

SILVA N. R.; MACAGNANI C. C.; KANO F. G. Estudo descritivo sobre as condições de trabalho em um serviço de emergência médica e a ocorrência de sintomas psicossociais. **Salusvita**, Bauru, v. 27, n. 2, p. 59-73, 2008.

SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 37-48, 2002.

SPINDOLA T., MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-219, 2007.

TAMAYO, R. M. **Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. 1997. 132 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Revista Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 6, p. 652-662, 2009.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da Equipe de Saúde da Família: implicações para a Saúde do Trabalhador**. 2009. 98f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da



Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

TUCUNDUVA, L. T. C. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006.

VASCONCELLOS, E. G.. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, L. **Psicologia e Odontologia**. São Paulo: Santos. 1992.

VICILI, M. O estresse não escolhe a vítima. **Revista da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 148, p. 6-9, 2010. Disponível em: <http://www.pucrs.br/revista/pdf/0148.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2013.

VILARTA, R. (org.). **Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida**. Campinas: IPES Editorial, 2007.

ZUARDI, A. W. Fisiologia do estresse e sua influência na saúde. **Psicmed**. Disponível em: < [rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf](http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf) >. Acesso em: 18 mar. 2014.

## ANEXO A

**Síndrome de esgotamento profissional**

**Não existem respostas melhores ou piores. A resposta a ser assinalada é aquela que expressa veridicamente sua própria experiência. Apenas uma alternativa deve ser assinalada em cada afirmativa.**

<b>COM QUE FREQUÊNCIA SENTE ISTO?</b>	<b>NUNCA</b>	<b>ALGUMAS VEZES AO ANO</b>	<b>ALGUMAS VEZES AO MÊS</b>	<b>ALGUMAS VEZES NA SEMANA</b>	<b>DIARIAMENTE</b>
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	0	1	2	3	4
2. Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado	0	1	2	3	4
3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado	0	1	2	3	4
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas	0	1	2	3	4
5. Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa	0	1	2	3	4
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender	0	1	2	3	4
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando	0	1	2	3	4
9. Sinto que estou influenciando positivamente as vidas das pessoas através do meu trabalho	0	1	2	3	4
10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho	0	1	2	3	4

11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente	0	1	2	3	4
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho	0	1	2	3	4
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho	0	1	2	3	4
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho	0	1	2	3	4
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente	0	1	2	3	4
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	0	1	2	3	4
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho	0	1	2	3	4
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender	0	1	2	3	4
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho	0	1	2	3	4
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades	0	1	2	3	4
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma	0	1	2	3	4
22. Parece-me que os receptores do meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas	0	1	2	3	4

**Muito obrigada!**

UNIVERSIDADE  
BANDEIRANTE ANHANGUERA-



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SÍNDROME DE BURNOUT E TONTURA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE PRONTO SOCORRO UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador:** Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22812813.7.0000.5493

**Instituição Proponente:** UNIBAN - UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SAO PAULO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 476.007

**Data da Relatoria:** 02/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

Este pesquisa é motivada pela ausência de trabalhos científicos que investigam as relações entre doenças vestibulares e a síndrome de burnout, ambas associadas com estresse. O estudo pretende investigar a tontura e a síndrome de burnout em 188 profissionais de saúde de um pronto socorro de um hospital universitário. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico. Dados serão coletados a partir da aplicação de três instrumentos: um questionário e elaborado para levantar informações sócio demográficas e ocupacionais dos participantes; um questionário sobre saúde geral e tontura; e o questionário de Maslach Burnout Inventory (MBI), que mede o estresse ocupacional.

**Critérios de inclusão:** profissionais que atuam no PS há mais de um ano, profissionais de saúde de nível superior, funcionários contratados ou concursados. **Critérios de exclusão:** funcionário e servidores afastados, residentes médicos ou multiprofissionais, profissionais de apoio e nível médio.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a presença de síndrome de burnout e tontura em profissionais de saúde que atuam em Pronto Socorro de Hospital Universitário, além de verificar a associação de tontura e síndrome de burnout. Verificar a associação de síndrome de burnout e variáveis sócio-demográficas e

**Endereço:** Rua Maria Cândida, 1813, 6o andar.

**Bairro:** Via Guilherme **CEP:** 02.071-013

**UF:** SP **Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)2967-9015 **Fax:** (11)2967-9083 **E-mail:** comissao.cep@ig.com.br

UNIVERSIDADE  
BANDEIRANTE ANHANGUERA-



Continuação do Parecer: 476.007

ocupacionais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora se mostra consciente sobre os riscos e benefícios associados aos procedimentos metodológicos, explicando que, embora nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade dos sujeitos entrevistados, pode haver risco de mobilização de questões emocionais. Neste caso, haverá orientação e encaminhamento para serviços especializados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa proposta poderá ter informações valiosas sobre o estresse ocupacional e a tontura em funcionários de Pronto Socorro. Os métodos parecem apropriados para atingir os objetivos propostos.

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

Os termos de apresentação obrigatória estão adequadamente apresentados. A folha de rosto foi adequadamente preenchida e devidamente assinada. O TCLE contém as informações necessárias aos sujeitos da pesquisa. A autorização do Pronto Socorro do HSP concordando com o estudo também foi apresentada.

**Recomendações:**

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

Todas as pendências citadas no parecer anterior foram corrigidas.

O atual projeto apresenta-se bem descrito e delineado, sem pendências éticas impeditivas de sua aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Maria Cândida, 1613, 6o andar.

**Bairro:** Vila Guilherme

**CEP:** 02.071-013

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)2967-9015

**Fax:** (11)2967-9083

**E-mail:** comissao.cep@ig.com.br

UNIVERSIDADE  
BANDEIRANTE ANHANGUERA- 

Continuação do Parecer: 476.007

SAO PAULO, 02 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:  
Roberta Caroline Bruschi Alonso  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Maria Cândida, 1613, 6o andar.  
**Bairro:** Vila Guilherme **CEP:** 02.071-013  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2967-9015 **Fax:** (11)2967-9083 **E-mail:** comissao.cep@ig.com.br



Coordenadoria de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Reinaldo Salomão  
Presidente

Prof. Dr. Ágostinho Soares de Melo  
Prof. Dr. João Bosco Júnior Pinheiro  
Prof. Dr. João Tavares Neto  
Dr. Leonardo Costa  
Prof. Dr. Hans Christian Andersen  
Prof. Dr. Henrique de Luz S. Pereira  
Prof. Dr. Roberto Adolfo da Fonseca  
Prof. Dr. Rui Nogueira de Carvalho

**Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário/  
Hospital São Paulo**  
Ofício Presidência da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa HU/HSP nº 80/2013

São Paulo, 19 de novembro de 2013.

A

Sra. Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho  
Serviço Social

**Assunto: Aprovação de Projeto de Pesquisa**

Prezada Senhora,

Venho por meio deste informar que o Projeto de Pesquisa com o tema "SÍNDROME DE BURNOUT E TONTURA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE PRONTO SOCORRO UNIVERSITÁRIO" foi aprovado pela Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU, pedimos que seja encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade, pois percebemos que é de grande importância para o nosso Hospital Universitário.

Colocamo-nos à disposição, procurando estar sempre à altura de suas exigências.

Prof. Dr. Reinaldo Salomão

Presidente da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **TÍTULO DA PESQUISA: SÍNDROME DE *BURNOUT* E TONTURA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE PRONTO SOCORRO UNIVERSITÁRIO**

Nome do (a) Pesquisador (a): Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho

Nome do (a) Orientador (a): Profa. Dra. Érica de Toledo Piza Peluso

O (A) Sr. (Sra.) está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa que tem como objetivo avaliar síndrome de esgotamento profissional (síndrome de *burnout*) e tontura em profissionais de saúde que atuam em Pronto Socorro de Hospital Universitário.

Sua participação consistirá em responder a três questionários: um com perguntas sobre dados sócio-demográficos e profissionais; outro com perguntas sobre sua saúde geral e tontura e outro para identificarmos a síndrome de esgotamento profissional (síndrome de *burnout*).

Riscos e desconforto: O risco de participação nesta pesquisa é mínimo. Pode haver risco de mobilização de questões emocionais. Neste caso, haverá orientação e encaminhamento para serviços especializados, quando necessário. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: todas as informações pessoais coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Benefícios: ao participar desta pesquisa o Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o estresse ocupacional e a tontura em funcionários de Pronto Socorro, de forma que possa contribuir para um melhor diagnóstico e tratamento. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos nos meios científicos.

Pagamento: o Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

O (a) Sr. (Sra.), pode se recusar a participar e em qualquer momento da pesquisa retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo à sua relação com o pesquisador ou mesmo a instituição responsável.

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador.



Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa da UNIBAN (11) 2972-9000, E-mail: [comissao.etica@uniban.br](mailto:comissao.etica@uniban.br) ou da UNIFESP (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar- cj. 14 – telefone: 5571-1062 - FAX: 5539-7162 – e-mail: [cepunifesp@unifesp.br](mailto:cepunifesp@unifesp.br).

Pesquisadora: Eliane Malheiro Ferraz de Carvalho

Telefone: 986773901.

RG. 7964086-2

Termo de consentimento:

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Informo que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

-----

Assinatura do (a) participante (sujeito da Pesquisa)

-----

Assinatura do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste servidor/funcionário.

Assinatura do responsável pelo estudo      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**APÊNDICE D****TÍTULO DA PESQUISA:**

SÍNDROME DE *BURNOUT* E TONTURA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE PRONTO SOCORRO UNIVERSITÁRIO

*Este questionário é parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar a síndrome de esgotamento profissional e presença de tontura em funcionários de nível superior de pronto socorro universitário. Por favor, leia e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante.*

**Parte 1: Dados sócios demográficos e profissionais:****1 – Idade:** \_\_\_\_\_**2 – Sexo:** masculino feminino**3 – Estado civil:** solteiro casado/união estável separado/divorciado viúvo**4 – Escolaridade:** Superior completo  especialização  mestrado  doutorado**5 - Profissão:** Médico (a) Fisioterapeuta Enfermeiro (a) Farmacêutico (a) Psicólogo (a) Fonoaudiólogo (a) Assistente social Nutricionista**6 - contrato de trabalho:** CLT/HSP Concursado/UNIFESP**7 – Tempo de atuação na profissão:** \_\_\_\_\_**8 – Tempo de atuação no Hospital São Paulo (HSP):** \_\_\_\_\_**9 – Tempo de atuação no PS do HSP:** \_\_\_\_\_

**10 – Horas semanais de trabalho no PS do HSP:**\_\_\_\_\_

**11 – Tem função de coordenação no PS do HSP:**  sim  não

**12 – Tem dupla jornada de trabalho (duplo vínculo)?**  sim  não

Se sim: **Obs. Não considerar APH**

HSP/UNIFESP  HSP e outra instituição  UNIFESP/ outra instituição

**13- Turno de trabalho no PS do HSP:**

diurno  noturno  intermediário  final de semana

1 dia/semana  2 dias/semana

**14. Tem mais de um vínculo empregatício ou atividade de consultório:**

sim  não

**15 - Carga total de trabalho na semana:**\_\_\_\_\_

## **2. Saúde geral – Tontura:**

**Em relação aos últimos três meses:**

**16. Você apresenta ou apresentou alguma destas doenças ou problemas?  
(pode assinalar mais de 1 opção):**

- |   |   |
|---|---|
| ( ) hipertensão                         | ( ) depressão                             |
| ( ) hipotensão                          | ( ) insuficiência cardíaca                |
| ( ) arteriosclerose                     | ( ) infarto                               |
| ( ) diabetes                            | ( ) enxaqueca                             |
| ( ) convulsões ou epilepsia             | ( ) dores crônicas                        |
| ( ) insônia ou outros problemas de sono | ( ) problemas hormonais                   |
| ( ) ansiedade                           | ( ) problemas de memória/<br>concentração |

**17 - Apresenta ou apresentou algum outro problema de saúde?**

sim  não

Se sim. Qual ou quais?\_\_\_\_\_

**18 - Toma medicações de uso contínuo?**  sim  não

Se sim, qual ou quais? \_\_\_\_\_

**19 - Como avalia sua saúde atualmente?**

ótima  boa  regular  ruim

**20 – quais hábitos fazem parte de sua vida nos últimos três meses?**

• **É fumante de cigarro comum?**  sim  não  às vezes

• **Consome bebida alcoólica?**  sim  não  às vezes

• **Consome café, chás ou outras bebidas estimulantes?**

sim  não  às vezes

• **Usa alguma droga ilícita?**  sim  não  às vezes

• **Pratica atividade física regularmente?**  não

sim – frequência: \_\_\_\_\_

Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

• **Quantas refeições principais você faz ao dia normalmente?** \_\_\_\_\_

• **Alimenta-se de forma correta e equilibrada?**

sim  não  às vezes

**21 – Apresenta ou apresentou tontura nos últimos 3 meses?**

sim  não

SE RESPONDER SIM, CONTINUE. SE RESPONDER NÃO PASSE PARA A PARTE 3.

**22 - Tipo de tontura:**  Rotatória  não rotatória

**23 – Frequência:**  Diária  semanal  mensal  esporádica

**24 – Duração:**    Segundos    minutos    horas    dias

**25 – Intensidade:**   Leve    moderada    acentuada

**26 - A tontura é acompanhada de:**

Zumbido:                    sim    não

Perda auditiva:            sim    não

Náusea:                     sim    não

Cefaleia:                    sim    não

Escurecimento da visão: sim    não

Vômito:                      sim    não

Taquicardia:               sim    não

Sintomas neurológicos: sim    não

(Ex: paralisia, alteração  
de sensibilidade ou  
coordenação motora,  
visão dupla)

Ansiedade:                 sim    não

**27 – Faz tratamento ou toma atualmente alguma medicação para a tontura?**

sim    não

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