

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva

**A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE ARACAJU**

ARACAJU
Agosto – 2012

Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva

**A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE ARACAJU**

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente na área de concentração Saúde e Ambiente.

Orientador: Francisco Prado Reis, D.Sc.

Sônia Oliveira Lima, D.Sc.

ARACAJU

Agosto – 2012

S586s Silva, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento

A Síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária em saúde de Aracaju. / Salvyana Carla Palmeira Sarmiento; orientadora : Francisco Prado Reis, Sônia Oliveira Lima. – Aracaju, 2012.

73p. : il
Inclui bibliografia.

Dissertação de mestrado (Saúde e Ambiente). – Universidade Tiradentes, 2013

1. Burnout. 2. Atenção primária em saúde. 3. Saúde do trabalhador. I. Reis, Francisco Prado. (orient.) II. Lima, Sônia Oliveira. (orient.) III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 504:614

Salvyana Carla Palmeira Sarmiento Silva

**A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE ARACAJU**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada em 31/08/2012 por:

Francisco Prado Reis, D.Sc.
Orientador - UNIT

Sônia Oliveira Lima, D.Sc..
Orientadora - UNIT

Marco Antonio Prado Nunes D.Sc.
1º Examinador - UFS

Cristiane Costa da Cunha Oliveira D.Sc.
2º Examinador - UNIT

Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior, D.Sc
Suplente - UNIT

ARACAJU

Agosto – 2012

AGRADECIMENTOS

A Deus que se revela fonte de segurança e fortaleza em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais, Sálvia e Sarmento por tudo que representam para mim, meu eterno amor e gratidão.

Ao meu esposo, Joaécio companheiro de todas as horas, meu amor e admiração.

As minhas jóias preciosas a Ana Letícia e Ana Beatriz, fontes de alegria e felicidade em nossa família! Amo tanto vocês!

Aos meus irmãos-amigos, Polyana e Sarmentinho, sempre devotados e prontos para o auxílio, são os melhores irmãos que alguém poderia ter! Meu coração é de vocês!

Aos meus tios Arnaldo e Sílvia que como médicos são modelos para mim.

Não me atrevo a fazer poesia, mas no agradecimento que ora principia, Gostaria de lembrar com alegria e com carinho admirar:

Professor Francisco com sua risada inconfundível, de quem aprendeu a bem viver!

Professora Sônia, sempre jovial com seu estilo especial, segurança seu referencial!

Professora Cristiane, pequena notável! Admirável sua forma amorosa de nos corrigir! Mais professores assim deveriam existir!

Aos demais professores do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, equipe competente que nos mostrou ser possível ir sempre em frente!

Aos companheiros desta jornada:

Marx você é meu irmão
estará sempre em meu coração!
Obrigada por tudo e mais ainda,
por tantas idas e vindas!
Com ou sem emoção!

Gleide que é uma Gatta, se casou
com um nobre, e com seu jeito bem pop
Me deu dois afilhados! Vocês são abençoados!
Uma família para mim. A todos vocês, meu carinho sem
fim!

Aos colegas, amigos e incentivadores da Universidade Federal de Sergipe:

Marco sua paciência não tem limite!
O cirurgião mais “saúde pública” que existe!
A medicina precisa de você!

Enaldo sempre muito atarefado!
Inteligente, competente e comprometido!
Sem você, não teria conseguido!

Edméa não nos encontramos por acaso
Tudo na vida tem um porquê
Ela me trouxe você!
Prá apontar um caminho!
Obrigada por seu carinho!

Rosinha Bragança pessoa especial!
Acreditou no meu potencial!
Chega junto e vai até o fim!
Sua amizade é um grande presente para mim!

Maria Auxiliadora faz jus ao nome que tem!
Na vida só faz o bem!

Na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, gostaria de agradecer:

A Maria Ângela
Benção em meu caminho!
Seu convite para o CEPS
Me recebendo com carinho
Mudou minha trajetória!
A você também, dedico esta vitória!

Aos amigos e colegas da Estratégia Saúde da Família

Que na luta diária pela vida
Acolhem com dedicação
O povo sofrido de pé no chão.

As minhas amigas irmãs e companheiras de todas as horas:

Tiziane, nossa amizade não é deste tempo!
Quem sabe de outra vida?
Minha amiga querida!
Seu nome é movimento!

Tânia exemplo de força e coragem
Como eu nunca vi igual!
Prá mim é uma mãe-irmã
Muito mais que especial!

Marta a quem tanto admiro
Modelo a ser seguido
De quem venceu na vida
Competência sem medida!

Carla Núbia “xuxuzinho”
Longe de mim pela geografia
Meu caminho pela geriatria
Começou com você!
Não tenho palavras prá dizer
Como é importante para mim
Nossa amizade não tem fim!

Tia Vivy é um anjo na terra
Com que posso contar sempre
Amiga dedicada e competente
Obrigada por se fazer presente!

Vou ficando por aqui
E se de alguém me esqueci
Não foi por mal não!
Talvez seja pela grande emoção
Que trago no coração!

RESUMO

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RACAJU.

Salvyana Carla Palmeira Sarmiento Silva

A Síndrome de Burnout caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal sendo reconhecida como um grande problema que afeta a qualidade de vida de profissionais principalmente da saúde, educação e serviços humanos. A Atenção Primária em saúde desenvolvida mediante trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados e que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância com exigência de atuar com o elevado grau de contato interpessoal, o que pode refletir em risco de desenvolvimento de Síndrome de Burnout. Este estudo objetivou verificar a prevalência de SB em profissionais de nível superior na Atenção Primária de Aracaju, conhecê-los sócio-demograficamente, levantar os fatores associados e averiguar se existe diferença da ocorrência de SB entre os profissionais. Foi um estudo epidemiológico transversal com abordagem quantitativa mediante a utilização de questionários individuais auto-aplicáveis: um para dados sócio-demográficos e o Inventário de Maslach para o *Burnout* para Pesquisa em Serviços de Saúde. Análise estatística utilizou frequências simples e relativas para as variáveis categóricas e as numéricas foram descritas como média, desvio padrão e intervalo de confiança para 95%. Para o teste de hipóteses, considerando as variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson. A comparação entre dois ou mais grupos (Elevado risco x Moderado risco x Reduzido risco) foi realizada através de ANOVA com um fator, seguido do pós-teste de Tukey para as variáveis quantitativas. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80 e os testes assumidos como bicaudais. Para os cálculos estatísticos empregou-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19.0 para teste. Resultados: idade média de $44,9 \pm 10,5$ anos, maioria enfermeiros (37%), feminino (83,5%), casados (65,5%), com filhos (70,6%) e pós-graduação (68%). A prevalência de SB variou de 6,7% a 10, 8%. Fatores associados: idade mais jovem, não ser casado, ter carga horária excessiva e insatisfação com a profissão. Não houve diferença significativa entre as quatro categorias profissionais pesquisadas. Conclusão: os profissionais

de saúde da Rede de Atenção Primária de Aracaju com Síndrome de Burnout, não foram a maioria, no entanto foi alto o índice dos que apresentaram predisposição para desenvolver esta síndrome chamando atenção para um processo vigente de adoecimento destes profissionais.

Palavras-chave: Burnout. Atenção Primária em Saúde. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

A BURNOUT SYNDROME IN PROFESSIONALS NETWORK OF PRIMARY HEALTH CARE ARACAJU.

Salvyana Carla Palmeira Sarmiento Silva

The Burnout Syndrome is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment being recognized as a major problem that affects the quality of life especially health professionals, education and human services. The Primary Health developed through teamwork, directed the populations of well-defined territories and that should solve the health problems of higher frequency and relevancy requirement to act with a high degree of interpersonal contact, which may reflect risk development of burnout syndrome. This study aimed to determine the prevalence of SB for top-level professionals in Primary Aracaju, knowing them socio-demographically, raising the risk factors and whether there is difference in the occurrence of SB among professionals. It was an epidemiological study with a quantitative approach by using self-administered individual questionnaires: one for socio-demographic data and the Inventory of Maslach Burnout for Research on Health Services. Statistical analysis used absolute and relative frequencies for categorical variables and numerical variables were described as mean, standard deviation and confidence interval for 95%. For hypothesis testing, whereas categorical variables, we applied the chi-square test. The comparison between two or more groups (High risk x Moderate risk x Reduced risk) was performed by one-factor ANOVA followed by Tukey post-test for quantitative variables. The confidence level was 0.05 for power and α error of 0.80 and two-tailed tests as assumed. For statistical calculations we used SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 19.0 for testing. Results: mean age 44.9 ± 10.5 years, most nurses (37%), female (83.5%), married (65.5%), with children (70.6%) and graduate (68%). The prevalence of SB ranged from 6.7% to 10.8%. Factors associated with: younger age, not being married, having excessive workload and dissatisfaction with the profession. There was no significant difference between the four professional categories surveyed. Conclusion: health professionals Network Primary Aracaju with Burnout Syndrome, were not most, however was top of the index that showed a

predisposition to develop this syndrome calling attention to a process of existing illness such professionals.

Keywords: Burnout. Primary Health. Workers health.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB), 2001. 32
- Quadro 2-** Valores da escala MBI e Alto risco para SB com duas dimensões alteradas. 36
- Quadro 3-** Valores da escala MBI e Moderado risco para SB com uma dimensão alterada. 36
- Quadro 4-** Valores da escala MBI e Reduzido Risco para SB, sem dimensões alteradas. 36

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Características sócio-demográficas de profissionais da Rede de Atenção Primária em Saúde, Aracaju-SE, 2012. 70
- Tabela 2 - Distribuição de frequência, segundo o grau de Exaustão Emocional, Despersonalização, Eficácia Profissional e respectivos IC em profissionais da Rede de Atenção Primária em Saúde, Aracaju-SE, 2012. 71
- Tabela 3- Frequência de risco de Síndrome de *Burnout* e respectivos IC 95% em profissionais da Rede de Atenção Primária em Saúde, Aracaju-SE, 2012. 71
- Tabela 4 – Distribuição de frequência dos profissionais segundo o grupo de risco *Burnout* de acordo com as variáveis sócio-demográficas. 72
- Tabela 5 – Distribuição de frequência dos profissionais da Rede de Atenção Primária, segundo o risco *Burnout* de acordo com sentimentos em relação ao trabalho e aspectos da saúde. 73

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AE	Atenção Especializada.
ANOVA	Análise de Variância.
APS	Atenção Primária em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DE	Despersonalização
EE	Exaustão Emocional
EP	Eficácia Profissional
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
MBI HSS	Inventário de Maslach para o Burnout para pesquisa em Serviços de Saúde
NEPABS	Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de Burnout do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.
REAP	Rede de Atenção Primária
SB	Síndrome de Burnout
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho.
SM	Salários mínimos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences.</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
UFS	Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE TABELAS	xiii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	xiv
CAPITULO I	17
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo Geral	19
2.2. Objetivo Específico	19
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1. ESTRESSE E A SÍNDROME DE BURNOUT	20
3.2. A SAÚDE DO TRABALHADOR E A SÍNDROME DE BURNOUT	27
4. MATERIAIS E MÉTODOS	33
5. REFERÊNCIAS	38
CAPITULO II – ARTIGO: A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RACAJU	44
RESUMO	45
ABSTRACT	46
INTRODUÇÃO	47

MATERIAIS E METODOS	48
RESULTADOS	50
DISCUSSÃO	51
CONCLUSÃO	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERENCIAS	54
INSERÇÃO DO TEMA NO PROGRAMA DE PESQUISA	56
ANEXOS	57
APENDICES	70

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

O impacto do trabalho na saúde física e mental dos profissionais tem sido considerado importante nos últimos anos. A atividade laboral pode ocupar grande parte do tempo e da vida dos profissionais que, de um modo geral, dedicam oito horas diárias por um período médio de trinta e cinco anos ao trabalho. (BENEVIDES- PEREIRA, 2010).

Djours (1992) relata que nem sempre o trabalho é fonte de realização profissional, podendo muitas vezes gerar problemas de insatisfação e exaustão o que pode afetar a qualidade dos serviços prestados.

A Síndrome de Burnout (SB) ou “do Esgotamento Profissional” é uma Síndrome Psicológica decorrente da tensão emocional crônica vivenciada pelo trabalhador, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode acometer profissionais cujo trabalho requer contato direto com o público, especialmente quando envolve cuidados e atividades assistenciais, (TIRONI, 2009). A SB é reconhecida mundialmente como um dos grandes problemas psicossociais que afetam a qualidade de vida de profissionais de diversas áreas, principalmente naquelas que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. (SOUSA, 2009).

De acordo com Moreira *et al.*, (2009) não acomete apenas os trabalhadores da saúde e profissionais de educação ocorre em indivíduos cujas profissões os expõem à tensão e estresse intensos, como policiais, contadores, corretores de bolsa, diretores ou executivos de empresas, controladores de tráfego aéreo, treinadores e desportistas. A SB é uma importante questão ocupacional e social. Segundo o Ministério da Previdência Social, em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que em 3.852 tiveram diagnóstico de SB. (JODAS, 2008).

Na Europa e EUA, a SB é considerada como uma das principais doenças, ao lado das doenças cardiovasculares e diabetes. A SB contribui com implicações financeiras negativas, pois tem sido associado a aposentadorias precoces, absenteísmo e rotatividade de trabalhadores. Em enfermeiros do Canadá, foram evidenciadas altas taxas de licenças médicas relacionadas à SB, ao estresse induzido pelo trabalho e a lesões musculoesqueléticas. (TRIGO, 2010).

SEGUNDO Vieira (2006) a prevalência em profissionais de saúde mostra taxas de ocorrência variando entre 30 e 47%. Na Finlândia essa taxa chegou a 27,6%. No Brasil a ocorrência é de 10%, segundo Vieira, (2006). Estudo realizado com médicos de família, portugueses que atuam em Centros de Atenção Primária à Saúde (APS), sugere que um percentual significativo, na faixa de 4,1% a 32,4% destes profissionais, apresenta SB (MARCELINO, 2012).

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem: a promoção, a proteção, a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A APS utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

De acordo com Duncan (2006) é a forma de organização dos serviços de saúde voltada para responder às necessidades de saúde da população. Deve ser a porta preferencial de entrada do sistema de saúde e responsável pela condução do cuidado ao longo do tempo.

Diante dessa realidade, o presente estudo propõe avaliar a prevalência de SB e fatores associados em profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais do município de Aracaju, vinculados à Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP). A partir da análise dos resultados obtidos, pretende-se apresentar sugestões para melhoria do ambiente de trabalho dessas equipes, mediante devolutiva aos gestores do SUS local, para que possam adotar medidas preventivas e de cuidados aos profissionais, o que poderá refletir em mais qualidade na prestação dos serviços à população que tanto necessita dos estabelecimentos de saúde pública.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Verificar a prevalência da SB em profissionais de nível superior da REAP em Saúde de Aracaju.

2.2. Específicos

- Avaliar a ocorrência e os fatores associados à SB;

- Conhecer as características sócio-demográficas dos profissionais de saúde pesquisados;

- Verificar a diferença de ocorrência de SB entre as categorias profissionais estudadas.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Estresse e a Síndrome de Burnout

De acordo com Schmidt e Schwabe (2012) o termo estresse foi utilizado pela primeira vez pelo médico Hans Selye (1936) ao descrever uma “Síndrome produzida por vários fatores nocivos”, decorrente de um evento que exige esforço do indivíduo em termos de adaptação. A origem da palavra vem do latim, no jargão popular *districtia* que significa aperto, angústia ou aflição.

Como resultado do processo de globalização, desenvolvimento tecnológico e sócio cultural temos, além dos inegáveis benefícios alcançados na atualidade, grandes transformações no comportamento humano que interferem diretamente na qualidade de vida da população, podendo ser fonte de estresse e doenças psicossomáticas (JODAS, 2009).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o estresse ocorre quando os recursos disponíveis são menores que as demandas. Quando aquilo que é exigido da pessoa, física, emocional ou socialmente, está além de suas capacidades. De acordo com Sarafino (1994) o estresse resulta da interação entre o indivíduo e o ambiente quando a pessoa percebe uma desproporção, real ou não, entre as demandas situacionais e seus recursos psicológicos, biológicos ou sociais.

Mudanças nos processos de trabalho, tanto em nível de produção quanto de organização, têm ocasionado maiores exigências na qualidade do serviço prestado e conseqüentemente, necessidade de desenvolvimento de novas habilidades por parte do trabalhador de diversos setores. Tal fenômeno ocorre notadamente nos serviços de saúde que trazem, pela especificidade do cuidado em situações de sofrimento, uma carga ainda maior de competências interpessoais que precisam ser alcançadas pelos profissionais (SANTOS, 2010).

O estímulo ou agente Estressante é um elemento que interfere no equilíbrio homeostático do organismo e o estresse é a resposta a este estímulo, isto é, a necessidade de aumentar o ajuste adaptativo para retornar ao estado de equilíbrio. Assim, o estresse tem a função de ajustar a homeostase e de melhorar a capacidade do indivíduo para garantir-lhe a sobrevivência ou a sobrevida (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Os agentes estressantes podem ser classificados como: físicos ou psicossociais. Os estímulos físicos vêm do ambiente e incluem: luz, calor, frio, odor, fumaças, drogas em geral,

lesões corporais, agentes infecciosos e esforços físicos. Já os psicossociais incluem eventos que podem alterar o curso de nossas vidas, como a morte de um parente próximo, a separação, o encarceramento, a aposentadoria, o casamento, os problemas no trabalho, as provas escolares ou mesmo as mudanças de hábitos em geral (NAHAS, 2001).

Segundo Perkins (1995) a forma como nos relacionamos com o estresse pode estabelecer a diferença entre saúde e doença, vida e morte e desta forma estudos enfatizam a importância vital no controle do bem estar físico e psicológico.

De acordo com Santos (2010) frente a um evento estressor de qualquer natureza, o organismo ativa-se e seguem-se três fases em resposta ao estresse:

Reação de Alarme ou alerta que prepara o indivíduo para luta ou fuga. Etapa de Resistência: a ativação do organismo permanece e este tende a se adaptar ao agente estressor, tentando restabelecer o equilíbrio interno mediante uma ação reparadora. A manutenção desta adaptação requer consumo de energia por parte do indivíduo. Etapa de Esgotamento ou Exaustão: ocorre quando persistindo o agente estressor, o mecanismo de adaptação se rompe, caracterizando o esgotamento físico e psicológico com aparecimento de sintomas e doenças pela deteriorização do organismo, podendo ser fatal.

Para Chrousos (2009) a homeostase, estado de equilíbrio complexo e dinâmico, é constantemente desafiada por força externas e internas chamadas estressores. O estresse ocorre quando a homeostase é ameaçada ou percebida como tal e para manter o equilíbrio, o organismo lança mão de várias respostas adaptativas fisiológicas e comportamentais. Hormônios neuroendócrinos têm papéis importantes na regulação da homeostase, nas respostas às ameaças estando envolvidos na patogênese de doenças. A resposta ao estresse é mediada pelo sistema neuroendócrino de estresse, parcialmente localizado no sistema nervoso central e, em parte, em órgãos periféricos. Os centros efetores interligados deste sistema incluem o hipotálamo e a glândula hipófise.

Ainda de acordo com Chrousos (2009) há secreção de hormônios, vasopressina, fator liberador de corticotropina (CRF) e pró-opiomelanocortina derivada. O *locus ceruleus* e centros de norepinefrina autonômicos do tronco encefálico também participam do processo. Alvos destes efetores incluem a função executiva e / ou cognitiva, sistemas de recompensa e medo, os centros de vigília-sono do cérebro, o crescimento, a reprodução, os eixos hormônio da tireóide, os sistemas gastrointestinal, cardio-respiratório, metabólico e imunitários.

Atividade ideal e capacidade de resposta do sistema de estresse é essencial para uma sensação de bem-estar, o bom desempenho das tarefas e apropriadas interações sociais. Ao contrário da atividade excessiva ou insuficiente na capacidade de resposta do sistema que pode prejudicar o crescimento, o desenvolvimento, a composição corporal e conduzir a uma série de comportamentos e condições patológicas.

O estresse, conforme Meleiro (2002) é uma reação perfeitamente normal do organismo e indispensável para a vida humana. Entretanto, de forma contrária, Jesus (2007) afirma que o estresse positivo ou eustresse é uma importante força motivadora.

O estresse saudável, afirma Dolan (2006), ativa o organismo para se adaptar aos desafios sendo seguido da sensação de realização e desativação. O problema ocorre quando há ativação crônica do organismo para se adaptar às situações de ameaça e que não se desativa, tornando-se perigoso. É o distresse ou estresse negativo.

De acordo com Rego (2000) os profissionais de saúde estão constantemente envolvidos em atividades desgastantes, atendendo pessoas física e psiquicamente doentes. Assim experimentam situações nas quais entram em contato com sentimentos contraditórios e intensos tais como: ansiedade, culpa, medo e piedade que fazem com que esses trabalhadores fiquem permanentemente em estado de alerta e adaptação aos eventos estressores.

Ronsein (2004) afirma que a importância de agentes estressores psicossomáticos é hoje amplamente reconhecida, sendo tão potentes quanto os microorganismos ou a insalubridade, no desencadeamento das doenças.

Apenas a presença do estressor não determina toda a resposta ao estresse que vai depender também da percepção e interpretação do indivíduo frente aquela situação (SANTOS, 2010). Assim, para Gil-Monte e Peiró (1997) a SB ocorre como consequência ao estresse crônico relacionado ao trabalho, desencadeada quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes.

De acordo com Trigo (2010) a utilização do jargão inglês *Burnouté* creditada ao psicólogo Herbert J. Freudenberger (1974) expressando aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. Ele criou a expressão *staff burnout* para descrever uma síndrome composta por exaustão, desilusão e isolamento que acometia trabalhadores da saúde mental como consequência a uma resposta ao estresse crônico relacionado ao trabalho.

Segundo Jodas (2009) a maioria dos autores aceita a perspectiva da SB como um processo multidimensional no qual a Exaustão Emocional (EE) representa o esgotamento dos recursos emocionais e ou físico do indivíduo. A EE é considerada o aspecto inicial da SB e ocorre principalmente pela sobrecarga e conflito nas relações interpessoais (TIRONI, 2009).

Segundo Lopes (2012) a Despersonalização (DE) ou cinismo se refere ao tratamento que o profissional dá a pessoas e organizações tratando-os como se fossem objetos, sem afetividade. Tironi (2009) afirma que os trabalhadores passam a tratar colegas e pacientes de forma fria e impessoal. De acordo com Moreira *et al.*, (2009) pode evoluir com prevalência de condutas cínicas e de dissimulação afetiva, sendo uma reação que ocorre após a instalação do cansaço, como mecanismo de proteção a este. Para Sousa (2009) o sujeito apresenta desligamento, ou seja, indiferença ao que pode vir a acontecer com os demais e perde o idealismo. Os trabalhadores deixam de dar o melhor de si e passam a fazer o estritamente necessário para sua sobrevivência no trabalho.

A reduzida Realização Profissional (rRp) ou ineficácia (I), que neste trabalho será referida como Eficácia Profissional (EP), diz respeito à sensação de incompetência, à falta de realização e produtividade no trabalho (Sousa, 2009). Segundo Benevides-Pereira (2010) o sentimento de insuficiência, fracasso profissional, desmotivação e baixa autoestima no trabalho pode levar o profissional a apresentar ímpetos de abandonar o emprego.

Assim, a Exaustão Emocional pode ser um preditor da Despersonalização que por sua vez pode desencadear a reduzida Eficácia Profissional (TRIGO, 2010).

De acordo com Leal (2012) o pesquisador Freudenberg (1974) descreveu a SB como um processo longo que se desenvolve em doze estágios que podem se alternar, acontecer simultaneamente ou de forma sucessiva, são eles: necessidade de se afirmar, dedicação intensificada, descaso com as próprias necessidades, recalque de conflitos, reinterpretação dos valores, negação de problemas, recolhimento, mudanças evidentes de comportamento, despersonalização, vazio interior, depressão e síndrome do esgotamento profissional.

A SB pode manifestar-se através de quatro classes sintomatológicas: física, psíquica, comportamental e defensiva. (JODAS, 2009).

Benevides-Pereira (2010) descreve a sintomatologia física como: fadiga constante e progressiva, dores musculares, distúrbios do sono, cefaléias e enxaquecas, perturbações gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreias, alterações do apetite, gastrite e úlcera.

Imunodeficiência levando a resfriados de repetição, transtornos cardiovasculares como palpitações e hipertensão arterial, distúrbios respiratórios com sensação de dificuldade para respirar, suspiros profundos, asma e bronquite. Disfunções sexuais tais como redução da libido, impotência ou ejaculação precoce nos homens e nas mulheres dispareunia e anorgasmia, além de alterações menstruais como atrasos e amenorréia.

De acordo com Trigo (2010) os sintomas psíquicos podem se apresentar como falta de atenção e concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, impaciência, labilidade emocional, desânimo, baixa autoestima e sentimentos de solidão e de impotência.

Os Comportamentais elencados por Benevides-Pereira (2010) são: irritabilidade, incremento da agressividade, dificuldade na aceitação de mudanças, negligência ou escrúpulo excessivo e perda da iniciativa. Observa-se ainda a incapacidade para relaxar, aumento de consumo de substâncias tais como café, bebida alcoólica, tranquilizantes, tabaco e até substâncias ilícitas. Ocorre também comportamento de alto risco e suicídio, com maior incidência de casos de suicídio entre os profissionais da área da saúde, quando comparados à população geral. Os sintomas defensivos são: tendência ao isolamento, perda do interesse pelo trabalho ou até pelo lazer, sentimento de onipotência, ironia e cinismo. Ocorrem também ímpetos de abandonar o trabalho e absenteísmo.

Trigo (2010) ressalta que o trabalhador acometido pela SB pode apresentar sintomas de forma variada a depender da associação dos fatores de risco. Estes estão compreendidos em quatro dimensões:

1 - O indivíduo;

2 - O trabalho;

3 - A organização;

4 - A sociedade.

1 - Fatores associados a maior risco de SB: Individuais

Gênero: as mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional e os homens, em despersonalização. **Idade:** estudos observam maior incidência em mais jovens, sendo mais frequente naqueles que ainda não completaram 30 anos. **Nível educacional:** indivíduos com nível mais elevado apresentam maior índice. **Estado civil:** observa-se maior risco em

solteiros, viúvos ou divorciados, ou menor nível nos casados. **Padrão de personalidade competitiva:** no qual os indivíduos são competitivos, esforçados, impacientes, com excessiva necessidade de controle das situações e apresentam dificuldade em tolerar frustração. **Locus de controle externo:** quando consideram que suas possibilidades e acontecimentos de vida são consequentes à capacidade de outros, à sorte ou ao destino. **Superenvolvimento:** no qual os sujeitos são empáticos, sensíveis, humanos, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas e susceptíveis a se identificarem com os demais. **Indivíduos pessimistas:** costumam destacar os aspectos negativos, prevêm insucesso, sofrendo por antecipação. **Indivíduos perfeccionistas:** são bastante exigentes consigo mesmos e com os outros, não tolerando erros e dificilmente se satisfazendo com os resultados das tarefas realizadas. **Indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão:** podem deixar de ser realistas, tendo grandes chances de se decepcionarem. Se associado ao otimismo, pode levar a baixos índices de *Burnout*. **Indivíduos controladores:** são inseguros, preocupam-se, excessivamente, têm dificuldade em delegar tarefas e trabalhar em grupo. **Indivíduos passivos:** mantêm-se na defensiva e tendem à evitação diante das dificuldades.

2 – Fatores laborais (TRIGO, 2010):

O ambiente físico e seus riscos: incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até de vida que geram sentimentos de ansiedade, medo e impotência. **Sobrecarga:** quantidade ou qualidade excessiva de demandas que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura organizacional. A pressão no trabalho propicia, principalmente, o aparecimento de exaustão emocional. **Baixo nível de controle das atividades:** ou acontecimentos no próprio trabalho, baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais produzem pouca ou nenhuma satisfação do trabalhador pelo seu trabalho.

Expectativas profissionais: indivíduos com discrepâncias entre suas expectativas de desenvolvimento profissional e aspectos reais de seu trabalho. **Sentimentos de injustiça e de iniquidade:** nas relações laborais podem ser consequentes a carga de trabalho, salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colega sem merecimento. **Trabalho por turnos ou noturno:** chega a afetar cerca de 20% dos trabalhadores, acarretando transtornos físicos e psicológicos. Os mais propensos são aqueles que precisam efetuar mudanças em períodos de

tempo a cada 2 ou 3 dias, passando alternadamente do período diurno para o noturno e vice-versa.

Precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas: provocam pensamentos de não poder contar com ninguém; sentem-se desamparados, carentes de orientação e desrespeitados. O quadro piora na presença de indivíduos competitivos, distantes, excessivamente críticos ou preguiçosos. **Tipo de ocupação:** é maior em relação aos cuidadores em geral e quando há relação muito próxima e intensa do trabalhador com as pessoas a que deve atender, responsabilidade sobre a vida de outrem. Exemplos: cuidadores de deficientes mentais, de portadores do vírus HIV e Alzheimer. **Conflitos ou ambiguidade de papel:** onde papel é conjunto de funções, expectativas e condutas que uma pessoa deve desempenhar em seu trabalho. O conflito de papel ocorre quando há embate entre informações e expectativas do trabalhador sobre seu desempenho em um determinado cargo ou função na instituição. A ambiguidade de papel é vista quando normas, direitos, métodos e objetivos são pouco delimitados ou pouco claros por parte da organização.

3 - Fatores organizacionais (TRIGO, 2010):

A burocracia: ou excesso de normas que podem impedir a autonomia, a participação criativa e a tomada de decisões. As atividades são realizadas lentamente, demandando muito tempo e energia por parte da equipe e/ou indivíduo na sua manutenção. Exemplo: tempo gasto no preenchimento de formulários, relatórios e participação em reuniões administrativas. **Falta de autonomia:** impossibilidade de tomar decisões sem ter de consultar ou obter autorização de outrem, pode impossibilitar a liberdade de ação e independência dos profissionais. **Existência de normas institucionais rígidas:** podem impedir que o trabalhador tenha autonomia e faz com que ele possa se sentir sem o controle de suas tarefas.

Mudanças organizacionais frequentes: alterações repetidas de regras e normas podem gerar insegurança e predisposição a erro por parte dos trabalhadores. **Falta de confiança,** respeito e consideração entre os membros de uma equipe podem levar a um clima social prejudicial. **Comunicação ineficiente:** provocando distorções e atraso na disseminação da informação. **Impossibilidade de ascender na carreira,** de melhorar sua remuneração e de reconhecimento de seu trabalho, pode provocar grande desestímulo no trabalhador. Alguns outros fatores organizacionais identificados são: acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo e convívio com colegas afetados pela SB.

4- Fatores Sociais (TRIGO, 2010):

Falta de suporte social e familiar: que impedem o indivíduo de contar com colegas, amigos de confiança e familiares. **Manutenção do prestígio social:** em oposição à baixa salarial que envolve determinada profissão. O indivíduo busca vários empregos, surgindo sobrecarga de trabalho, e conseqüentemente pouco tempo para descanso e lazer, para atualização profissional, levando-o à insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas. **Valores e normas culturais:** podem incrementar ou não o impacto dos agentes estressores no desencadeamento da SB.

A literatura sobre o estresse relacionado ao trabalho mostra um grande número de termos, tais como estresse profissional, estresse laboral (*work-related stress*), *staff burnout*, estresse ocupacional (*occupational stress*), *burnout* e *Síndrome de Quemarse por el Trabajo*, utilizados para significar o desgaste físico e emocional sofrido pelo indivíduo em razão do seu trabalho. Tal questão se mantém e há estudos que sugerem a utilização dos termos como sinônimos, enquanto outras linhas de pesquisa defendem a diferença entre estresse ocupacional e SB. No entanto, apesar da utilização dos diversos termos citados, a ocorrência da SB se dá no meio laboral em resposta ao estresse ocupacional crônico e que compromete o desempenho individual, profissional, social e familiar (GRAZZIANO, 2008).

3.2. A Saúde do Trabalhador e a Síndrome de Burnout

De acordo com Medronho (2011) a Saúde do Trabalhador é uma área que estuda as relações entre o trabalho e a saúde com o objetivo de promover e proteger esse aspecto dos trabalhadores. Tem como base o pressuposto do Campo da Saúde Coletiva que o nível de saúde de uma coletividade é contingenciado pelas relações de produção nela vigentes, que por sua vez submetem as pessoas ou grupos populacionais a situações ou fatores de risco diferenciados. Assim, no exercício do trabalho, os indivíduos podem estar expostos a fatores ou condições de risco que terminam por comprometer a sua saúde, levando ao surgimento das doenças relacionadas ao trabalho e também dos acidentes de trabalho. Neste contexto, risco em Saúde do Trabalhador significa toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar dano à saúde, seja através de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores, ou ainda da poluição ambiental.

Neste aspecto, segundo Dejours (1994) a organização do trabalho exerce sobre o homem um impacto no aparelho psíquico que, em certas condições emergem sofrimentos relacionados à sua história individual, portadora de esperanças, de desejos e uma organização de trabalho que o ignore.

Uma das consequências geradas ao aparelho psíquico dos trabalhadores resulta na SB que corresponde à resposta emocional às situações de estresse crônico em razão das relações intensas de trabalho com outras pessoas, ou de profissionais que apresentem grandes expectativas com relação ao seu desenvolvimento profissional e dedicação à profissão e não alcançam o retorno esperado (JODAS, 2009).

Atualmente o estresse ocupacional é uma epidemia e a SB afeta cada vez mais pessoas em todo o mundo. No Brasil a *International Stress Management Association* (Isma) revela que, dos brasileiros economicamente ativos, 80% sofrem com a sobrecarga profissional e com os excessos que a cercam. Segundo pesquisa realizada pela Isma, 62% em cada mil executivos estão insatisfeitos com o excesso de tempo dedicado ao trabalho e relatam que um dos maiores fatores de estresse é a preocupação em se manter no emprego (LEAL, 2012).

A World Health Organization (WHO, 2006) afirma que em nível mundial, os trabalhadores da saúde estão vivenciando o aumento da insegurança e do estresse, além disso, relata que os profissionais estão distribuídos de forma desigual internamente nos diversos países e também entre estas nações. No mundo existem mais de 59 milhões de trabalhadores de saúde, número considerado insuficiente. O déficit mundial desses trabalhadores é cerca de 4,3 milhões, entre médicos, enfermeiros e outros profissionais da área.

A SB é um importante problema psicossocial que afeta a qualidade de vida dos profissionais e, por conseguinte, conforme demonstram estudos, trás consequências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde descreve a SB como consequência da vivência profissional em situações sociais complexas que envolvem a representação que o profissional faz dos outros e de si mesmo (BRASIL, 2001).

O decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 aprovou no Brasil o regulamento da previdência social que em seu anexo II trata dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais. O item XII da tabela de transtornos mentais e do comportamento relacionados

ao trabalho prevê a “Sensação de Estar Acabado” e “Síndrome do Esgotamento Profissional” como sinônimos da SB (TRIGO, 2010).

O estudo dos fatores e condições de risco e dos agravos associados com o trabalho pode ser realizado na dimensão coletiva e individual, os estudos sobre a SB no Brasil ainda são escassos e muitos profissionais não conhecem esta síndrome. Diante destas considerações é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam atentos para os aspectos ocupacionais durante a realização da história clínica, incluindo nesta uma anamnese ocupacional, não somente quando há suspeita de qualquer agravo à saúde resultante do trabalho, mas como parte rotineira da consulta (MEDRONHO, 2011).

De acordo com Benevides-Pereira (2010) apesar do crescente interesse sobre o problema no meio científico, iniciado principalmente com a publicação de artigos das psicólogas sociais Maslach (1978) e Jackson (1981), além de Freudenberger (1974), ainda há grande desconhecimento sobre a SB, especialmente entre os trabalhadores, o que torna relevante estudo sobre o tema.

A SB não pode ser associada a qualquer realidade social, cultural ou país, apresenta-se no momento atual como uma epidemia organizacional que predomina na educação e na saúde, acometendo professores, médicos e o conjunto de profissionais envolvidos com as instituições de ensino e de saúde (SOUSA, 2009).

Segundo Carlotto (2001) existe na literatura grande diversidade de definições, concepções e modelos que buscam explicar como a SB se desenvolve. As concepções teóricas mais importantes podem ser divididas em quatro grandes grupos: 1- Concepção Clínica, 2- Concepção Sócio-Psicológica, 3- Concepção Organizacional e 4- Concepção Sócio-Histórica. Na perspectiva da Concepção Clínica, a SB é caracterizada como um conjunto de sintomas que ocorrem em função da atividade laboral, porém por características individuais.

Em relação à Concepção Sócio-Psicológica, afirma Benevides-Pereira (2010), que é a mais adotada e que segundo Maslach e Jackson (1977) evidenciaram variáveis socioambientais participando do processo de desenvolvimento da SB. Assim, aspectos individuais, condições e relações de trabalho proporcionariam o surgimento de fatores multidimensionais que caracterizam a síndrome.

De acordo com Cherniss (1980), na Conceção Organizacional a SB é a consequência de um desajuste entre as necessidades apresentadas pelo trabalhador e os interesses da instituição. Os agentes estressores organizacionais desencadeariam o processo e as dimensões apresentadas na síndrome seriam os mecanismos de enfrentamento.

Segundo Ebisui (2008), em relação à Conceção Sócio-Histórica, o papel da sociedade é mais importante que os fatores pessoais e institucionais. Desta forma, na sociedade cada vez mais individualista e competitiva seria difícil manter o comprometimento das pessoas com ocupações voltadas para servir aos demais.

A maioria dos autores compartilha a visão da SB como um processo multidimensional, que acomete os profissionais que, em virtude de suas atividades laborais, têm que estabelecer um vínculo com as pessoas às quais o seu trabalho se destina (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Na SB há comprometimento na qualidade do trabalho. Os custos emocionais ao cuidador no contexto da assistência em saúde levam a prejuízos no desempenho e na própria saúde do profissional (Santos, 2010). Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), indicando a relevância da SB como um problema de saúde pública, convocou um grupo internacional de estudiosos do tema para elaboração de medidas para sua prevenção (TRIGO, 2010).

Segundo Trigo (2010) a SB interfere negativamente nos níveis institucional, social e pessoal. A instituição pode ter como consequência da SB aumento dos custos decorrentes da rotatividade, absenteísmo, tratamentos de saúde dos trabalhadores, contratações e treinamento dos novos funcionários. Em nível social o profissional acometido pela síndrome pode se distanciar dos familiares e os clientes, mal atendidos, precisam arcar com seus prejuízos emocionais, físicos e financeiros. O indivíduo perde em qualidade no trabalho podendo realizar procedimentos equivocados, negligência e imprudência, aumentando a falta de concentração e atenção que potencializa o risco de acidentes. A prevenção ao estresse e SB está entre as principais recomendações do *National Guideline Clearinghouse* às organizações para que seja possível o estabelecimento de relações terapêuticas entre o profissional e o paciente.

Para avaliar a SB têm sido empregados os questionários de auto-informe, sendo o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) o mais amplamente empregado em todo mundo,

independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem. Segundo Moreira *et al.*, (2009) foi elaborado por Maslach e Jackson (1978) e avalia as três dimensões da síndrome: Cansaço ou Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Eficácia Profissional (EP).

A forma de pontuação dos itens pesquisados adota a escala do tipo Likert que varia de zero a seis: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias. É um questionário validado, auto-aplicável que foi traduzido para a língua portuguesa (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

De acordo com Benevides-Pereira (2010) estudos têm demonstrado as propriedades psicométricas do MBI que possui três versões para aplicação em situações específicas de trabalho: a HSS (*Human Services Survey*) para avaliação de profissionais de serviços humanos como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais entre outros, a ED (*Educators Survey*) para os professores e educadores e a GS (*General Survey*) indicado para trabalhadores em geral. Para análise estatística, o Manual do MBI traz como princípio a obtenção de altas pontuações em EE e DE e baixos valores em EP. Não existe, contudo um consenso entre os pesquisadores do tema quanto aos graus apresentados nas dimensões e a incidência de SB, nem quanto à necessidade da presença das três dimensões para caracterização da síndrome (EBISUI, 2008).

De acordo com Moreira *et al.*, (2009) o diagnóstico de SB é considerado quando o indivíduo pontua nível alto em EE ou DE ou nível baixo em EP. Assim apenas uma dimensão considerada grave é suficiente para o diagnóstico (TIRONI, 2009).

Cada uma das dimensões, após a soma dos pontos, pode ser classificada em baixa, média e alta, conforme o quadro 1.

Quadro 1- Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB), 2001.

DIMENSÕES	BAIXA	MÉDIA	ALTA
EXAUSTÃO EMOCIONAL	0-15	16-25	26-54
DESPERSONALIZAÇÃO	0-02	03-08	09-30
EFICÁCIA PROFISSIONAL*	0-33	34-42	43-48

Fonte: Benevides-Pereira, 2001 (*Realização Profissional).

Verifica-se também que os níveis de SB diferem de cultura para cultura, evidenciando a necessidade de estudos particularizados para cada população (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem se fortalecendo no Brasil, principalmente a partir de 2006 quando o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006).

A APS tem com objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. São utilizadas tecnologias complexas e variadas de cuidado que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Estudo europeu sobre SB evidenciou que este parece ser um problema comum entre os médicos de família em toda a Europa, com níveis elevados, que afetam dois terços dos inquiridos no estudo. Ao todo, 41% dos pesquisados relataram altos níveis de Exaustão Emocional, 35% de Despersonalização e 32% de Ineficácia (SOLER, 2008).

Pesquisa que avaliou 286 enfermeiros que trabalhavam em diferentes instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) da região norte de Portugal, obteve resultados que apontaram um valor considerável de profissionais com exaustão emocional (15,5%), seguindo-se 4% com despersonalização e menos de 1% com problemas de realização pessoal (GOMES, 2009).

Em Portugal estudo sobre o nível de SB em médicos de família com 153 profissionais pesquisados demonstrou ser o problema relativamente comum, com níveis altos de EE variando de 18,6% a 33,1%, DP entre 10,7% a 23,2%, e Ineficácia de 11,1% a 23,6%. A partir desses dados, o autor concluiu que medidas de alívio devem ser desenvolvidas a fim de evitar um novo aumento da SB entre os médicos de família portugueses (MARCELINO, 2012).

Trigo (2007) avaliou a extensão de SB entre 306 médicos generalistas franceses verificando-se elevado nível SB em 5% da população avaliada. De cada 3 médicos, 1 pensava em se submeter a novo treinamento, 5,5% declararam estar bebendo em excesso, 30% usavam psicotrópicos e 13% pensavam em suicídio.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa, com profissionais da Rede de Atenção Primária de Aracaju convidados a participar.

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju está conformada para execução da política proposta pelo Sistema Único de Saúde através de suas Redes de Atenção Primária que compreende 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 133 equipes de saúde da família e 64 equipes de saúde bucal, totalizando 133 médicos, 133 enfermeiros, 64 dentistas e 43 Assistentes Sociais. A relação das UBS encontra-se no anexo VI.

Para o cálculo do tamanho da amostra, se supôs que a variável que contém a resposta de interesse apresenta uma proporção na população de 35,7%, um erro máximo da estimativa de 7%, com um nível de significância de 5% (Moreira *et al.*, 2009). Assim o tamanho da amostra calculado foi de 180 indivíduos.

Dos 373 profissionais convidados a participar, 212 aceitaram e destes 194 (91,50%) foram considerados válidos para avaliação. Não fizeram parte da pesquisa dezoito deles tendo em vista que os questionários não estavam devidamente respondidos.

Como critério de inclusão os profissionais deveriam ter vínculo formal com a Secretaria Municipal de Saúde, atuação na Atenção Primária e ter nível superior. Foram excluídos da amostra os profissionais que se recusaram a participar do estudo e aqueles que por algum

motivo estivessem afastados de suas atividades laborais. O estudo foi realizado em Aracaju, Sergipe, Brasil no período de junho a julho de 2012, no âmbito da Rede de Atenção Primária à Saúde.

Foram organizadas pastas e levadas para as Unidades de Saúde da Família contendo os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), os Questionários (Anexo II e III) e a Autorização para a realização da pesquisa (Anexo IV). O contato institucional para permissão da pesquisa foi feito através da Coordenação de Educação Permanente, da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

A distribuição das pastas nas 43 Unidades de Saúde foi realizada no período de junho a julho de 2012, pela pesquisadora e colaboradores, um médico veterinário e duas professoras de odontologia. Prioritariamente, as pastas foram entregues aos gerentes locais e na ausência destes a um membro de Equipe de Saúde da Família que recebiam orientações sobre a pesquisa, seus objetivos, a forma de preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e agendada a data de retorno para o recolhimento do material e os respectivos instrumentos.

Os trabalhadores foram devidamente esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa, principalmente no que diz respeito à confiabilidade e impossibilidade de identificação dos envolvidos, bem como sobre os possíveis benefícios que poderão ser alcançados. Os resultados somente serão usados para fins acadêmicos e de gestão do trabalho e da educação na saúde. Estarão sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, que explicitaram os riscos para os pesquisados. Eles inclusive poderiam se recusar a participar do estudo ou sair. Para tanto foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I)

A principal dificuldade encontrada foi a devolução dos questionários. Nas datas previamente agendadas para a pesquisadora pegar o material, na maioria das unidades, os profissionais não tinham devolvido para a gerente e assim houve necessidade de retorno em outras ocasiões com esta finalidade. Também podemos considerar que no período de coleta de dados, alguns profissionais estavam de férias funcionais e licenças.

O presente trabalho seguiu todos os procedimentos especificados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde – Brasil, 1996) sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Tiradentes e aprovado sob o protocolo nº280412 (Anexo V).

Para conhecer o perfil dos trabalhadores foi elaborado um questionário individual estruturado e auto-aplicável, “Questionário Específico” adaptado de Costa (2010), para registro dos dados sócio-demográficos e de saúde dos profissionais (Anexo II).

Os dados sócio-demográficos e de saúde pesquisados foram: Sexo; Idade; Estado civil; Profissão; Ano de graduação; Religião; Tempo de atuação; Titulação (pós-graduação); Filhos; Casa própria; Renda própria em Salário Mínimo; Se tem outro emprego; Se trabalha em sistema de plantão; Características do plantão; Quantas horas semanais no total de dedicação ao trabalho, lazer e sono; Faltas ao trabalho; Férias; Satisfação com a profissão; Sensação em relação ao trabalho; Se faria a mesma escolha profissional novamente; Se já pensou em abandonar a profissão; Se acredita que está conseguindo desenvolver as habilidades necessárias para ser um bom profissional; Tipo de atividade que prefere no processo de trabalho; Satisfação com as estratégias utilizadas no processo de educação permanente da SMS Aracaju, Problemas de saúde entre outros.

Para avaliar a SB foi aplicado o Inventário de Maslach para o *Burnout* – para Pesquisa em Serviços de Saúde (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey - MBI HSS* (Anexo III).

Os dados foram codificados e digitados em planilha do Microsoft Excel para a pesquisa considerando as características sócio-demográficas, hábitos de vida e atividades laborativas, assim como os resultados do MBI nas três dimensões, EE, DE e EP, para posterior discussão e análise.

Assim, apesar de ter sido utilizada a classificação de Maslach (1986) para o diagnóstico de SB quando os indivíduos apresentam alta Exaustão Emocional, alta Despersonalização e baixa Eficácia Profissional, a análise de cada dimensão foi realizada separadamente.

De acordo com Ebisui (2008), no manual do MBI não está claro o peso de cada uma das dimensões no conjunto dos elementos que compõem a SB e por isso a sugestão é de pontuar as dimensões separadamente.

Além disso, os pesquisados também foram classificados em Elevado Risco para desenvolvimento de SB quando apresentaram duas dimensões alteradas, Moderado Risco quando estavam com uma dimensão alterada e Reduzido risco quando nenhuma das três dimensões estava alterada, conforme os quadros abaixo segundo LIMA *et al.*, (2007).

Quadro 2- Valores da escala MBI e Elevado Risco para SB, segundo duas dimensões alteradas.

DIMENSÃO	ELEVADO RISCO (ER)		
	Exaustão emocional	Alta (26-54)	Alta (26-54)
Despersonalização	Alta (09-30)	Não alterada (00-02)	Alta (09-30)
Eficácia profissional	Não alterada (43-48)	Baixa (00-33)	Baixa (00-33)

Fonte: Silva, 2012.

Quadro 3- Valores da escala MBI e Moderado Risco para SB, segundo uma dimensão alterada.

DIMENSÃO	MODERADO RISCO (MR)		
	Exaustão emocional	Alta (26-54)	Não alterada (00-15)
Despersonalização	Não alterada (00-02)	Não alterada (00-02)	Alta (09-30)
Eficácia profissional	Não alterada (43-48)	Baixa (00-33)	Não alterada (43-48)

Fonte: Silva, 2012.

Quadro 4- Valores da escala MBI e Reduzido Risco para SB, sem dimensões alteradas.

DIMENSÃO	BAIXO RISCO (BR)
EXAUSTÃO EMOCIONAL	Não alterada (00-15)
DESPERSONALIZAÇÃO	Não alterada (00-02)
EFICÁCIA PROFISSIONAL	Não alterada (43-48)

Fonte: Silva, 2012.

Os resultados obtidos dos instrumentos de pesquisa foram comparados, procurando identificar se havia correlação entre o trabalho na APS e SB, bem como os fatores associados.

As variáveis numéricas, como por exemplo, idade, foram descritas como média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas para sumarizá-las foram utilizadas frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% (IC 95%) quando pertinente. Para o teste de hipóteses, relativas às variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson. A técnica de "bootstrap" com 1000 reamostragens com reposição foi utilizada para estimativa dos IC 95%.

A comparação entre os grupos (ER, MR, RR) foi realizada através de análise de variância (ANOVA) com um fator, seguido de pós-teste de Tukey para as variáveis quantitativas. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80 e os testes assumidos como bicaudais.

Para realizar os cálculos estatísticos empregou-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0 para teste.

5. REFERÊNCIAS:

ARAÚJO TM, CARVALHO FM, PORTO LA, RESI EJFB, SILVANY NETO AM. **Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista.** 2005.

BENEVIDES-PEREIRA AMT (org): **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** 4.ed. SãoPaulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BENEVIDES-PEREIRA AMT. **MBI – Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil** [resumo]. In: Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia. 2001. Rio de Janeiro. 2001.

BENEVIDES-PEREIRA AMT. **O burnout em Psicólogos do Município de Madri.** Relatório Final de Pesquisa. Universidade Estadual de Maringá. Paraná, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488/2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) /DOU / Imprensa Nacional – Brasília, 2011.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica,** 4.ed. Brasília-DF, v.4, 68p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília-DF: 76p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde-OPAS/OMS, 2001.

BÜSSING A, GLASER J. **Four-stage model of the core factors of burnout: the role of works stressors and work-related resources.** *Work e Stress,* 14, 329-346, 2000.

CARLOTTO MS. **Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional.** Caderno Universitário. ULBRA-RS, 2001.

CATHEBRAS P *et al.* **Burnout among French general practitioners.** *Presse Med* 33:1569-1574, 2004.

CAVALHEIRO AM, MOURA JUNIOR DF, LOPES AC. **Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16, 29-35. 2008.

CHERNISS C. **Professional burnout in human service organizations.** New York: Praeger, 1980

CHROUSOS GP. **Nature Reviews Endocrinology** v.5, 374-381 (July 2009) | doi:10.1038/nrendo.2009.106.

CODO W, VASQUES-MENEZES I. **O que é Burnout.** In Educação: carinho e trabalho. Vozes, Petrópolis, 2002.p. 237-254.

CODO W. **Educação: carinho e trabalho.** Vozes, Petrópolis, 1999.

COSTA EFO *et al.* **Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe: estudo transversal.** Rev. Bras Psiquiatr. v. 32, n.1, p.11-9. 2010

DEJOURS C. **A loucura do trabalho.** Cortez-Oboré, São Paulo, 1992.

DEJOURS C, ABDOUCHELI E, JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas; 1994.

DOLAN SL. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

DUNCAN BB *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas em atenção primária baseada em evidências.** 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

EBISUI CTN. **Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas.** Ribeirão Preto, 2008.

EPSTEIN R. **Combate a exaustão mental.** Rev. Doenças do cérebro: estresse e ansiedade. Duetto Editorial. São Paulo, 2012; 3: 16-23.

FREUDENBERGER HJ. **The staff burn-out syndrome in alternative institutions.** Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 12, 73-82. 1974.

GIL-MONTE PR, PEIRÓ JM. **Desgaste psíquico em el trabajo: el síndrome de quemarse.** Madrid: Síntesis, 1997.

GOMES AR e cols. **Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 25, n. 3, 307-318 Jul-Set. 2009

GRAZZIANO ES. **Estratégia para redução do stress e *burnout* entre enfermeiros hospitalares**. São Paulo, 2008.

JANSSEN PPM, SCHAUFELI WB, HOUKES I. **Work-related and individual determinants of three *burnout* dimensions**. *Work e Stress*, 13, 74-86, 1999.

JESUS SN. **Professor sem estresse: realização e bem estar docente**. Porto Alegre: Mediação, 2007. 87p.

JODAS DA, HADDAD MCL. **Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário**. *Acta Paul Enferm, Londrina*, v. 22, n.2,:192-7, 2009.

LAZARUS RS, FOLKMAN S. Coping and adaptation. In: Gentry WD. **Handbook of behavioral medicine**. Nova York: Guilford. 198.

LEAL G. **O trabalho que faz adoecer**. *Rev. Doenças do cérebro: estresse e ansiedade*. Duetto Editorial. São Paulo,v. 3: 24-29. 2012

LEITTER MP, HARVIE P. **Burnout among mental health workers: A review and research agenda**. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101, 1996.

LIMA, D *et al*. **Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004**. *Rev. Bras. Educ. Médica*, v.31, n.2, p.137-146, 2007.

LOPES CCP, RIBEIRO TP, MARTINHO NJ: **Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro**. *Enfermagem em Foco* v.3, n.2 :97-101. 2012

G CERVEIRA JM, CARVALHO I *et al*. **Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey**. *BMJ Open* <2012;2:e001050>doi:10.1136/bmjopen-2012-001050General practice/Family practice.

MARTINEZ, J. **Aspectos epidemiológicos da síndrome de burnout em personal sanitário**. *Rev Esp Salud Pública* 71, p. 293-303, 1997.

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

MASLACH C, JACKSON SE. **Maslach Burnout Inventory, Manual**. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists. (1981).

MASLACH, C. **The clientrole in staff burn-out**. Journal of Social Issues. V. 34, p. 111-124. 1978.

MEDRONHO R de A *et al*: **Epidemiologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

MELEIRO AMA da S. “O stress do professor”, In: Lipp, M. (Org.) **O stress do professor**, Campinas: Papirus, 2002.

MENDES FMP. **Incidência de burnout em professores universitários**. 2002. 182p. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MOREIRA DS *et al*. **Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil**. Cad Saude Publica. v.25, n. 7, p. 1559-68. Jul. 2009

MUNOZ A *et al*. **Study of the prevalence of burnout in doctors in the Health Area of Talavera de La Reina**. Aten Primária 32: 343-348, 2003.

NAHAS M.H. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**, Londrina: Ed Midiograf, p. 177-196, 2001.

OLIVA-COSTA EF *et al*. **Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study**. Clinics. v. 67, n. 6, p. 573-9. 2012

OLKINUORA MA *et al*. **Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians**. Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol v.25, p. 81-86. 1990.

PERKINS JM. **Viver sem estresse**. Ed. Gente, São Paulo, 104p, 1995.

REGO DP. **Stress ocupacional do psicólogo em instituição de atendimento ao portador de psicose**. 2000. 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

RONSEIN GE *et al*. **Influência do estresse nos níveis sanguíneos de lipídios, ácido ascórbico, zinco e outros parâmetros bioquímicos**. Acta bioquím. clín. latino am. v. 38, n.1 La Plata enero/marzo.2004

SANTOS AFO, CARDOSO CL: **Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout.** Estudos de Psicologia, Campinas, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010.

SARAFINO EP. **Health psychology: biopsychosocial interations.** New York: Wiley. 1994.

SCHMIDT MV, SCHWABE L . **As duas faces do estresse.** Rev. Doenças do cérebro: estresse e ansiedade. Duetto Editorial. São Paulo, 2012; 3: 6-14.

SOLER JK, *et al.* **Burnout in European family doctors: the EGPRN study.** Fam Pract. v.25, p. 245-65. 2008.

SOUSA IF, MENDONÇA H, **Burnout em Professores Universitários: Impacto de Percepções de Justiça e Comprometimento Afetivo.** Pic. Teor. Pesq. ,Brasília, v. 25, n.4, p.499-508. 2009.

TAMAYO M, TRÓCCOLI BT. **Exaustão emocional: relação com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho.** Estudos de psicologia, v.7, n.1, p.37-46, 2002.

TIRONI, MOS *et al.* **Trabalho e Síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador.** Rev. Assoc. Med. Bras., Bahia, v. 55, n. 6, p.656-62. 2009.

TRIGO, TR *et al:* **Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos.** Revisão da Literatura. Rev. Psiq. Clín. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233. 2007.

TRIGO TR: **Validade fatorial do Maslach BurnoutInventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão.** São Paulo, 2010.

TUCUNDUVA LTCM *et al.* **A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros.** Rev. Assoc. Med. Bras. v. 52, p.108-112. 2006.

VAROLI I. **O sofrimento dos que tratam: burnout em profissionais de saúde mental na região do ABC.** 120p. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – São Bernardo de Campo. Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, São Paulo, 2002.

VIEIRA *et al.* **Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso.** Rev. Psiquiatria RS.; v. 28, n. 3, p.352-6, set /dez 2006

WHO. The world health report 2006. Working together for health. Disponível em: www.who.int/whr/2006/en/. Acesso em 14 abr 2012.

CAPITULO II: ARTIGO

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RACAJU.

¹Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva, ²Marco Antonio Prado Nunes, ³Enaldo Vieira de Melo, ⁴Francico Prado Reis, ⁵Sonia Oliveira Lima.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente – Universidade Tiradentes, Avenida Murilo Dantas, 300, CEP: 49032-490, Aracaju-SE, Brasil.

²Departamento de Medicina, Campus da Saúde João Cardoso Nascimento Junior, Universidade Federal de Sergipe, Rua Claudio Batista, s/n, Bairro Sanatório, CEP: 49060-000, Aracaju-SE, Brasil.

RESUMO

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RACAJU.

Síndrome de Burnout caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal decorrentes de estresse laboral crônico com reflexos negativos na qualidade de vida de trabalhadores. Estudo epidemiológico transversal avaliou 194 profissionais de nível superior na Atenção Primária, Aracaju-SE. Questionário sócio-demográfico e o Inventário de Maslach para o *Burnout* para Pesquisa em Serviços de Saúde foram aplicados mostrando prevalência de 6,7% a 10,8%, idade média $44,9 \pm 10,5$ anos, maioria enfermeiros, mulheres, casados com filhos e pós-graduação. Os fatores associados foram idade mais jovem, não ser casado, carga horária excessiva e insatisfação profissional. Não houve diferença significativa entre categorias profissionais, enfermeiros, médicos, odontólogos e assistentes sociais. Concluiu-se que profissionais de saúde com Síndrome de Burnout não foram a maioria. Entretanto foi observado alto índice de predisposição para desenvolver esta síndrome refletindo em um processo de adoecimento que ameaçam o bem-estar destes profissionais.

Palavras-chave: Burnout, Atenção Primária em Saúde, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

A BURNOUT SYNDROME IN PROFESSIONALS NETWORK OF PRIMARY HEALTH CARE ARACAJU.

Burnout syndrome is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment resulting from chronic job stress with negative effects on quality of life of workers. Epidemiological study evaluated 194 higher education professionals in Primary Care, Aracaju-SE. Socio-demographic questionnaire and the Inventory of Maslach Burnout for Research on Health Services were applied showed prevalence of 6.7% to 10.8%, mean age 44.9 ± 10.5 years, most nurses, women, married sons and graduate. The factors were associated with younger age, being unmarried, excessive workload and job dissatisfaction. No significant differences between occupational groups, nurses, doctors, dentists and social workers. It was concluded that health professionals with burnout syndrome were not the majority. However it was observed high rate of predisposition to develop this syndrome reflecting a disease process that threaten the well-being of these professionals.

Keywords: Burnout, Primary Health, Workers health.

INTRODUÇÃO

O impacto do trabalho na saúde física e mental dos profissionais tem sido considerado importante nos últimos anos¹. De acordo com Djours² nem sempre o trabalho é fonte de realização profissional, podendo muitas vezes gerar problemas de insatisfação e exaustão o que pode afetar a qualidade dos serviços prestados.

A Síndrome de Burnout (SB) ou “do Esgotamento Profissional” é uma Síndrome Psicológica decorrente da tensão emocional crônica vivenciada pelo trabalhador, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode acometer profissionais cujo trabalho requer contato direto com o público³. A SB é reconhecida mundialmente como um dos grandes problemas psicossociais que afetam a qualidade de vida de profissionais de diversas áreas, principalmente naquelas que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos⁴.

De acordo com Moreira⁵ não acomete apenas os trabalhadores da saúde e profissionais de educação ocorre em indivíduos cujas profissões os expõem à tensão e estresse intensos, como policiais, contadores, corretores de bolsa, diretores ou executivos de empresas, controladores de tráfego aéreo, treinadores e desportistas. A SB é uma importante questão ocupacional e social. Segundo o Ministério da Previdência Social, em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que em 3.852 tiveram diagnóstico de SB⁶.

Na Europa e EUA, a SB é considerada como uma das principais doenças, ao lado das doenças cardiovasculares e diabetes. A SB contribui com implicações financeiras negativas, pois tem sido associado a aposentadorias precoces, absenteísmo e rotatividade de trabalhadores⁷. Segundo Vieira⁸ a prevalência em profissionais de saúde mostra taxas de ocorrência variando entre 30 e 47%, na Finlândia essa taxa chegou a 27,6%, no Brasil a ocorrência é de 10%. Estudo realizado com médicos de família, portugueses que atuam em Centros de Atenção Primária à Saúde (APS), sugere que um percentual significativo, na faixa de 4,1% a 32,4% destes profissionais, apresenta SB⁹.

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem: a promoção, a proteção, a

manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território¹⁰.

O presente estudo objetiva avaliar a prevalência de SB e fatores associados em profissionais de nível superior vinculados à Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP) de Aracaju para sugestão de medidas preventivas e interventivas voltadas à saúde dos mesmos o que poderá refletir em mais qualidade na prestação dos serviços à população que tanto necessita dos estabelecimentos de saúde pública.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de junho a agosto de 2012. Esta pesquisa foi planejada de acordo com a Declaração de Helsinki e com a resolução 198/1996 do Conselho Nacional de Saúde; tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes com o protocolo nº280412. Os profissionais de nível superior foram consecutivamente distribuídos por categoria na rede de atenção primária à saúde na cidade de Aracaju, no Brasil e devidamente esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa, principalmente no que diz respeito à confiabilidade e não identificação dos envolvidos, além dos benefícios que poderão ser alcançados; eles poderiam, inclusive, se recusar a participar do estudo ou sair e após assinatura do termo de consentimento livre e informado, responderam aos questionários.

Amostra:

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter vínculo formal com a Secretaria Municipal de Saúde, atuar na Atenção Primária de Saúde e ter nível superior. Foram excluídos da amostra os profissionais que se recusaram a participar do estudo e aqueles que por algum motivo estavam afastados do trabalho devido a férias ou licenças médicas, prêmio, entre outras.

Para o cálculo do tamanho da amostra, se supôs que a variável que contém a resposta de interesse apresenta uma proporção na população de 35,7%⁵, um erro máximo da estimativa de

7%, com um nível de significância de 5%. Considerando as perdas utilizou-se um acréscimo de 10%. Assim o tamanho da amostra calculado foi de 198 indivíduos.

Variáveis e instrumentos utilizados

Para avaliar as características sócio-demográficas e de saúde dos profissionais foi utilizado um questionário individual estruturado adaptado de Costa *et al.*¹¹, contendo as seguintes informações: sexo, idade, estado civil, profissão, possuir religião, ter finalizado pós-graduação, possuir filhos; ter casa própria. Foram analisadas também as características econômicas e relacionadas à ocupação: renda em salários mínimos, possuir outro emprego, carga horária semanal de trabalho, satisfação com a profissão, sensação em relação ao trabalho, se faria a mesma escolha profissional novamente, se já pensou em abandonar a profissão, se acredita que está conseguindo desenvolver as habilidades necessárias para ser um bom profissional, doença física e mental.

Para avaliar a Síndrome de Burnout foi utilizado o Inventário de Maslach para o Burnout – para Pesquisa em Serviços de Saúde (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey - MBI HSS), sendo ele auto-aplicável, já foi validado e traduzido para a língua portuguesa por Benevides-Pereira¹², sendo amplamente empregado em todo mundo, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem. Ele avalia as três dimensões da síndrome: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Eficácia Profissional (EP)⁵. A forma de pontuação dos itens pesquisados adota a escala do tipo Likert que varia de zero a seis: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias¹.

De acordo com Ebisui¹³ não está claro o peso de cada uma das dimensões no conjunto dos elementos que compõem a SB no manual do MBI (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey - MBI HSS) e por isso sugeriu que se pontuasse as dimensões separadamente. Assim, apesar de ter sido considerada a classificação de Maslach¹⁴ para o diagnóstico da síndrome quando os indivíduos apresentam alta EE, alta DE e baixa EP, a análise de cada dimensão foi realizada separadamente e os pesquisados foram classificados em Elevado, Moderado e Reduzido risco, a depender da pontuação alcançada: **Elevado** risco: **alta EE + alta DE + alta EP** ou **alta EE + Baixa DE + baixa EP** ou baixa EE + **alta DE +**

baixa EP; Moderado risco: alta EE ou alta DE ou baixa EP; Reduzido risco: baixa EE + baixa DE + alta EE.

Análise estatística:

As variáveis categóricas foram utilizadas frequências simples e relativas e as numéricas foram descritas como média, desvio padrão e intervalo de confiança para 95% (IC 95%) quando pertinente. Para o teste de hipóteses, considerando as variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson. A comparação entre dois ou mais grupos (Elevado risco x Moderado risco x Reduzido risco) foi realizada através de ANOVA (Análise de variância) com um fator, seguido do pós-teste de Tukey para as variáveis quantitativas. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,80 e os testes assumidos como bicaudais. Para realizar os cálculos estatísticos empregou-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19.0 para teste.

RESULTADOS

Dentre os 216 profissionais selecionados para essa pesquisa, 90% (194/216) responderam adequadamente aos questionários. A idade média desse grupo foi de 44,9 anos (desvio padrão de 10,5; idade mínima de 25 e máxima de 64 anos); 84% (162/194) dos questionários corresponderam ao gênero feminino sendo cinco vezes mais frequente que o masculino; 66% (127/194) estavam casados; 37% (72/194) foram enfermeiros e 28% (54/194) médicos (Tabela 1).

Considerando o critério de Maslach e Jackson¹⁴ que define para o diagnóstico da síndrome de Burnout presença de alta exaustão emocional (EE) e despersonalização (DE) associada à baixa eficácia profissional (EP), a prevalência encontrada foi de 7% (13/194; IC_{95%}: 3,1-10,3). Entretanto, o elevado risco pode também estar presente quando dois desses critérios estão alterados¹³ e por esse outro protocolo pode se considerar que a prevalência foi de 11% (21/194; IC_{95%}: 6,2-15,5).

Essas dimensões quando avaliadas separadamente (Tabela 2) apresentaram uma frequência alta e média em 64% para exaustão emocional (EE) e 50% para despersonalização

(DE) e 32% para baixa eficácia profissional (EP). Portanto, pouco mais da metade (54,1%) dos profissionais apresentaram um risco elevado e moderado para essa síndrome (Tabela 3). Com relação à idade esse risco ($p=0,006$) foi alto e moderado entre os mais jovens ($41,4 \pm 10,3$), quando comparados aos de mais idade ($47,1 \pm 10,2$) e isso também pode ser observado (Tabela 4) com aqueles que relataram uma carga horária semanal de trabalho maior que 60 horas ($p=0,04$).

O grupo com risco elevado e moderado dessa síndrome apresentou um aumento significativo de insatisfação profissional, além de desejo de abandonar a profissão, relatos de não ter o trabalho como fonte de realização, sentimentos de desconforto, transtorno mental diagnosticado por psiquiatra, tensão emocional e expectativas futuras regulares. Um número menor desses profissionais afirmou que se sentiam felizes no grupo de elevado e moderado risco (Tabela 5).

DISCUSSÃO

De acordo com Moreira⁵, desde 1974 quando descrita pela primeira vez, a Síndrome de Burnout vem sendo estudada por diversos autores. Especialmente na área da educação e mais notadamente a partir dos anos 90, estudos sobre os efeitos do trabalho na saúde mental dos profissionais como estresse e Síndrome de Burnout vêm aumentando progressivamente. Apesar do maior interesse sobre o tema a Síndrome de Burnout ainda é pouco conhecida entre os trabalhadores e a população geral.

Sobretudo na área da saúde observa-se maior número de estudos no grupo ocupacional dos enfermeiros e médicos que atuam em hospitais, principalmente nos serviços de urgência/emergência e unidades de terapia intensiva. Trabalhos com a população de profissionais que atuam na Atenção Primária ainda são muito escassos.

O instrumento mais comumente utilizado nos estudos sobre Burnout é o MBI que também foi aplicado no presente trabalho, versão MBI HSS, por ter sido amplamente validado, adaptado para língua portuguesa e recomendado para pesquisas em serviços de saúde.

Os profissionais da Rede de Atenção Primária em saúde de Aracaju tiveram idade média de $44,9 \pm 10,5$ anos, sendo a maioria mulheres (83,5%), casadas (65,5%), com filhos (70,6%) e pós-graduação (68%). Estes dados são semelhantes aos relatados por autores como: Ebisui¹³, Moreira⁵, Jodas⁶, Gomes¹⁵ (2009), Santos¹⁶ e Marcelino⁹ o que caracteriza que a amostra estudada apresenta aspectos sócio-demográficos e escolaridade semelhantes com a literatura pertinente e condizente com o processo de feminilização da saúde.

A prevalência de Síndrome de Burnout foi de 7% com (IC 95% de 3,1 - 10,3) considerado o critério (1) alta EE e DE associada à baixa EP e 11% (IC de 6,2 a 15,5) de acordo com o critério (2) de duas dimensões alteradas. Trabalhos realizados no México Martinez¹⁷ e na Espanha Munoz *et al.*¹⁸ evidenciaram níveis de SB em 47,2% e 85,7% respectivamente. Porém a maioria das pesquisas verificou uma prevalência semelhante a do presente estudo^{3, 6, 9, 13,19, 20, 21, 22, 23, 24}. Como se observa, a SB apresenta grande variação de ocorrência de acordo com a população estudada o que pode ser decorrente dos aspectos culturais e regionais como percebido na semelhança entre os estudos brasileiros e de Portugal.

Em relação às dimensões percebeu-se que a maioria dos profissionais da Atenção Primária apresentava exaustão emocional e despersonalização médias e altas enquanto a eficácia profissional foi predominantemente baixa e média em detrimento da alta. Resultados estes concordantes com a literatura^{3, 5, 7, 9, 13, 23, 24}. Tais dados sugerem a necessidade de adoção de medidas preventivas e interventivas para Síndrome de Burnout nos profissionais da área de saúde.

No presente estudo pouco mais da metade dos profissionais avaliados apresentou grau elevado e moderado de risco para desenvolver Síndrome de Burnout. Ebisui¹³ verificou que 53,8% dos enfermeiros docentes demonstravam já apresentarem sofrimento com sintomas de SB, ao tempo em que 43,1% apresentam baixo risco. Esta concluiu que possivelmente os profissionais com baixo risco apresentam resistência diante do estresse provocado pelo trabalho e lidam de forma adequada com as exigências laborais. Jodas⁶ ao avaliar enfermeiros de um pronto socorro encontrou 54,1% de seus pesquisados com alto e 37,7% com baixo risco para SB, considerando que a sobrecarga e tensão ocupacional são grandes fontes de estresse. Diante desses fatos, é importante chamar atenção para um processo vigente de adoecimento dos profissionais de nível superior da REAP de Aracaju ameaçando o bem estar do trabalhador.

As variáveis que estiveram associadas ao maior risco de SB neste trabalho foram: carga horária semanal excessiva, insatisfação profissional, pensamento de abandonar a profissão, trabalho que não é fonte de realização, desconforto em relação ao trabalho, história de transtorno mental diagnosticado por psiquiatra, tensão emocional e expectativas futuras regulares. Resultados semelhantes aos de Gomes¹⁵ e Oliva Costa *et al*,²⁴ que consideram o excesso de trabalho e o descontentamento com o mesmo fatores importantes na gênese do problema.

CONCLUSÃO:

No presente estudo os profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária de Aracaju com Síndrome de Burnout, não foram a maioria no entanto foi alto o índice dos que apresentaram predisposição para desenvolver esta síndrome. Dentre os fatores associados à SB verificou-se ser mais frequente nas faixas etárias mais jovens, sem companheiro conjugal, com carga horária excessiva e insatisfeitos com sua profissão. Não houve diferença estatisticamente significativa de SB entre as quatro categorias profissionais pesquisadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Considerando-se que as condições de trabalho são também responsáveis pela emergência da Síndrome de Burnout, que a presença desta síndrome ocasiona prejuízos ao indivíduo e à instituição o que pode comprometer a qualidade dos serviços prestados; Levando-se em conta que existem possibilidades de enfrentamento da SB

Suger-se que sejam implementadas medidas preventivas e interventivas voltadas aos profissionais da APS do município de forma a garantir ambientes de trabalho geradores de saúde física e mental para os mesmos que estando bem poderão prestar melhor assistência aos usuários que tanto necessitam dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. Benevides-Pereira AMT (org): *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
2. Dejours C. *A loucura do trabalho*. Cortez-Oboré, São Paulo, 1992.
3. Tironi, MOS *et al.* Trabalho e Síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras., Bahia*, v. 55, n. 6, p.656-62. 2009.
4. Sousa IF, Mendonça H, *Burnout* em Professores Universitários: Impacto de Percepções de Justiça e Comprometimento Afetivo. *Pic. Teor. Pesq.* ,Brasília, v. 25, n.4, p.499-508. 2009.
5. Moreira DS *et al.* Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cad Saude Publica*. v.25, n. 7, p. 1559-68. Jul. 2009
6. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm, Londrina*, v. 22, n.2,;192-7, 2009.
7. Trigo TR: Validade fatorial do Maslach BurnoutInventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão. São Paulo, 2010.
8. Vieira *et al.* *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Rev. Psiquiatria RS.*; v. 28, n. 3, p.352-6, set /dez 2006
9. Marcelino G *et al.* Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open* 2012;2:e001050.doi:10.1136bmjopen-2012-001050.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*, 4.ed. Brasília-DF, v.4, 68p. 2007.
11. Costa EFO *et al.* Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe: estudo transversal. *Rev. Bras Psiquiatr.* v. 32, n.1, p.11-9. 2010
12. Benevides-Pereira AMT. MBI – Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. In: *Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia*. 2001. Rio de Janeiro. 2001.
13. Ebisui CTN. *Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout: desafios e perspectivas*. Ribeirão Preto, 2008.

14. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory, Manual. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologists. (1981).
15. Gomes AR e cols. Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 25, n. 3, 307-318 Jul-Set. 2009
16. Santos AFO, Cardoso CL: Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010.
17. Martinez, J. Aspectos epidemiológicos da síndrome de burnout em personal sanitário. *Rev Esp Salud Pública* 71, p. 293-303, 1997.
18. Munoz A *et al.* Study of the prevalence of burnout in doctors in the Health Area of Talavera de La Reina. *Aten Primária* 32: 343-348, 2003.
19. Benevides, AMTP *er al.* Síndrome de *burnout*: o desgaste profissional em enfermeiras. In: III Jornada de Psicologia do HURNPr, 1999.
20. Araújo TM *et al.* Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista. 2005.
21. Varoli I. O sofrimento dos que tratam: burnout em profissionais de saúde mental na região do ABC. 120p. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – São Bernardo de Campo. Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, São Paulo, 2002.
22. Cathebras P *et al.*. Burnout among French general practitioners. *Presse Med* 33:1569-1574, 2004.
23. Soler JK, *et al.* Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. v.25, p. 245-65. 2008.
24. Oliva-Costa EF *et al.* Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics*. v. 67, n. 6, p. 573-9. 2012

INSERÇÃO DO TEMA NO PROGRAMA

O trabalho de dissertação do mestrado com o tema A Síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção primária em Saúde de Aracaju está inserido na temática saúde e ambiente e nas linhas de pesquisa: ambiente, desenvolvimento e saúde (promoção em saúde e qualidade de vida) e Enfermidades e Agravos à Saúde de impacto Regional (patologia das doenças crônicas não transmissíveis). O mesmo tem caráter interdisciplinar o que está evidente, uma vez que se desenvolveu no âmbito da Atenção Primária com as equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família.

Destaca-se a relevância do estudo para o meio científico pelo intuito de contribuir para avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout que acomete os profissionais da área da saúde, podendo trazer prejuízos à sua saúde física e mental, comprometer seu desempenho profissional e levar a queda de qualidade nos serviços prestados à população assistida. Por outro lado é relevante que os trabalhadores e gestores da Rede de Atenção Primária à Saúde conheçam a Síndrome de Burnout para que possam adotar medidas preventivas e interventivas e assim melhorar o ambiente de trabalho e a assistência.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes (UNIT), por intermédio da aluna Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva, devidamente assistida pelos seus orientadores professores doutores Francisco do Prado Reis e Sônia Oliveira Lima, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita: 1-Título do Experimento: “Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores médicos, enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais da rede de Atenção Primária em saúde do município de Aracaju.” **2-Objetivo:** Avaliar a Prevalência da Síndrome de *Burnout* na população de Médicos, Enfermeiros, Odontólogos e Assistentes Sociais da Rede de Atenção Primária de Aracaju; Conhecer as características sócio-demográficas dos trabalhadores e observar entre categorias profissionais estudadas se há diferença em relação ao *Burnout*. **3-Descrição de procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa, tendo a população dos trabalhadores da Atenção Primária de Aracaju como amostra, sendo: 133 Médicos, 133 Enfermeiros, 64 Odontólogos e 43 Assistentes Sociais, totalizando 373 profissionais. Os trabalhadores serão devidamente esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa, principalmente no que diz respeito à confiabilidade e total impossibilidade de identificação dos envolvidos, bem como sobre os possíveis benefícios que poderão ser alcançados. Os resultados apenas serão usados para fins acadêmicos e científicos. Estarão sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, que asseguram inexistirem quaisquer riscos de identificação para os pesquisados. Eles inclusive podem se recusar a participar do estudo ou sair se desejarem. Será usado ainda um questionário individual estruturado e auto-aplicável que registra os dados sócio-demográficos e de saúde dos profissionais e o Inventário de Burnout de Maslach (MBI) para avaliar a prevalência de *Burnout* entre os trabalhadores. Os dados sócio-demográficos e de saúde pesquisados serão: sexo, idade, estado civil, filhos, religião, renda, ano de graduação, titulação, carga horária de trabalho, problemas de saúde e uso de medicamentos, atividade física e hobby. Pretende-se aplicar os instrumentos de pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde com a colaboração de Estudantes universitários voluntários dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Serviço Social, devidamente treinados pelo pesquisador. A seguir os dados serão categorizados e tabulados para se realizarem as análises estatísticas dos mesmos que serão discutidos à luz da literatura atual sobre o tema. Os resultados obtidos dos instrumentos de pesquisa serão comparados, procurando identificar se há correlação entre o trabalho na Atenção Primária e a Prevalência da Síndrome de *Burnout*. O presente trabalho seguirá todos os procedimentos especificados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

(Ministério da Saúde – Brasil, 1996) sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. 4-Desconfortos e riscos esperados: constrangimento do pesquisado ao responder os instrumentos auto-aplicáveis. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores. 5-Benefícios esperados: Conhecer a prevalência da Síndrome de *Burnout* em Médicos, Enfermeiros, Odontólogos e Assistentes Sociais trabalhadores da Rede de Atenção Primária do SUS Aracaju, comparando-se os grupos profissionais e com a literatura. Traçar o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores da Rede de Atenção Primária do SUS Aracaju. Devolver os resultados obtidos para os trabalhadores, seus coordenadores e para a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador para que sejam utilizados como referencial na construção coletiva de uma política de cuidados voltada aos trabalhadores colaborando assim com a melhoria do ambiente de trabalho dessas equipes, o que poderá refletir em mais qualidade na prestação dos serviços à população que tanto necessita dos serviços de saúde. 6-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo. 7-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário. 8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. 9-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações. 11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário. **ATENÇÃO:** A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Mutilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-2182100, ramal 2593.

Aracaju, ____ de ____ de 20__

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ANEXO II

**QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

QUESTIONÁRIO	Nº	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------	----	--

Questionário Específico elaborado por Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva exclusivamente dirigido a Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, adaptado de Edméa Fontes de Oliva Costa.

Observação: Preencha de modo bem legível o campo à direita do questionário com o número correspondente à sua resposta à questão formulada. Após o preenchimento deste questionário, dobre-o ao meio e deposite-o em local indicado pela pesquisadora. Entregue a folha de consentimento, separada do questionário. Dessa forma, sua identidade será preservada e o sigilo das informações será absoluto. **OBRIGADA!**

1-VOCÊ É READAPTADO? 1=Sim Motivo da readaptação? _____ 2=Não	<input type="text"/>
2-SEXO: 1=Feminino 2= Masculino	<input type="text"/>
3-IDADE (em anos completos):	<input type="text"/>
4-ESTADO CIVIL: 1= Solteiro 2= Casado 3= Separado/divorciado 4= Viúvo	<input type="text"/>
5- PROFISSÃO? 1= Médico 2=Enfermeiro 3=Odontólogo 4=Assistente Social	<input type="text"/>
6-ANO DE GRADUAÇÃO	<input type="text"/>

7-VOCÊ PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA? 1=Sim Qual(is)? ----- ----- 2=Não	<input type="checkbox"/>
8-HÁ QUANTOS ANOS ESTÁ NA ESTRATÉGA SAÚDE DA FAMÍIA?	<input type="text"/>
9-POSSUI PÓS GRADUAÇÃO? 1=SimQual(is)? ----- ----- 2=Não	<input type="checkbox"/>
10-POSSUI FILHOS? 1=SimQuantos? ----- ----- 2=Não	<input type="text"/>
11-POSSUI CASA PRÓPRIA? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
12-RENDA PRÓPRIA (em Salários Mínimos): 1= 5 a 7 2= 8 a 10 3= 11 a 15 4= 16 a 20 5= maior do que 20	<input type="checkbox"/>
13-COM QUEM VOCÊ MORA? 1= Pais/ Parceiro(a) 2= Amigos/colegas 3= Sozinho	<input type="checkbox"/>
14-VOCÊ TEM OUTRO EMPREGO? 1=Sim Quantos? ----- ----- 2=Não	<input type="checkbox"/>
15-TRABALHA TAMBÉM EM SISTEMA DE PLANTÃO? 1=Sim Quantos por semana? _____ 2=Não	<input type="checkbox"/>
16-SEU PLANTÃO É? 1=Diurno durante a semana 2=Diurno durante o fim de semana 3=Noturno durante a semana. 4=Noturno durante o fim de semana 0= Não faço plantão.	<input type="checkbox"/>
17-QUANTAS FALTAS JUSTIFICADAS OU NÃO TEVE ESSE MÊS? 1=Uma 2=Duas 3=Três 4=Quatro 5=Cinco 6=Seis ou mais 9=Nenhuma	<input type="checkbox"/>
18-ESTÁ SATISFEITO COM SUA PROFISSÃO? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
19-QUAL A SUA SENSACÃO EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO? 1= É o que eu esperava 2= É menos do que esperava	<input type="checkbox"/>
20-VOCÊ FARIA A MESMA ESCOLHA PROFISSIONAL NOVAMENTE? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
21-HÁ QUANTO TEMPO NÃO TIRA FÉRIAS? 1= um ano 2= mais de um ano 3= mais de dois anos	<input type="checkbox"/>

22-VOCÊ JÁ PENSOU EM ABANDONAR SUA PROFISSÃO? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
23-QUANTAS HORAS SEMANAIS NO TOTAL VOCÊ DEDICA AO TRABALHO? 1=30 horas 2=40 horas 3=50 horas 4=60 horas 5=mais de 60 horas	<input type="checkbox"/>
24-VOCÊ ACREDITA QUE ESTÁ CONSEGUINDO ATÉ O MOMENTO, DESENVOLVER AS HABILIDADES NECESSÁRIAS PARA SER UM BOM PROFISSIONAL? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
25-COM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TRABALHO, QUAL O TIPO DE ATIVIDADE QUE VOCÊ PREFERE? 1= Atendimento Individual 2= Atividade Educativa Coletiva 3= Visita Domiciliar 4=Atividade burocrática tipo preenchimento de formulários 5=Acompanhamento de estudantes 7=Outra	<input type="checkbox"/>
26-VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS ATUALMENTE NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SMS ARACAJU? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
27-QUANDO VOCE FALTA ÀO TRABALHO, ISSO OCORRE MAIS DEVIDO A: (APENAS UMA RESPOSTA) 1= Lazer 2= Descanso 3=Doença pessoal 4=Doença de familiar 5=Outro motivo: _____	<input type="checkbox"/>
28-VOCÊ APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUMA DOENÇA FÍSICA MAIS PREOCUPANTE? 1=Sim 2=Não Se _____ SIM, Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>
29-SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO ANTERIOR, EM SUA OPINIÃO ESTAS DOENÇAS ESTÃO ASSOCIADAS AO SEU TRABALHO? 1=Sim 2=Não	<input type="checkbox"/>
30-FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUMA MEDICAÇÃO POR PRESCRIÇÃO MÉDICA? 1=Sim. Qual(is)? _____ 2= Não	<input type="checkbox"/>
31-FAZ USO CONTÍNUO DE ALGUMA MEDICAÇÃO SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA? 1=Sim Qual(is)? _____ 2=Não	<input type="checkbox"/>
32-VOCÊ APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUM TRANSTORNO MENTAL DIAGNOSTICADO POR PSIQUIATRA? 1=Sim 2=Não Se _____ SIM, Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>

8=Outra. Qual(is)? _____	
41-QUAL DAS DROGAS LÍCITAS ABAIXO VOCÊ MAIS USOU NA VIDA? (APENAS UMA RESPOSTA) 0=Não se aplica 1=Cigarro 2=Álcool 3=Tranqüilizantes 4=Anabolizantes 5=Outra Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>
42-QUAL DAS DROGAS LÍCITAS ABAIXO VOCÊ MAIS USOU NO ÚLTIMO ANO? (APENAS UMA RESPOSTA) 0=Não se aplica 1=Cigarro 2=Álcool 3=Tranqüilizantes 4=Anabolizantes 5=Outra Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>
43-DIANTE DE SITUAÇÕES DE CONFLITO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS VOCÊ: 1=Se retrai 2=Dialoga 3=Reage agressivamente	<input type="checkbox"/>
44-COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DO TRABALHO? 1=Confortável 2=Desconfortável	<input type="checkbox"/>
45-ATUALMENTE QUANTAS HORAS VOCÊ UTILIZA EM MÉDIA, POR SEMANA, PARA ATIVIDADES DE LAZER? (Excluir horas de sono) 1=Menos de 4 horas 2=De 4 a 6 horas 3=Mais de 6 horas	<input type="checkbox"/>
46-QUAL DAS FORMAS DE LAZER VOCÊ MAIS UTILIZA? (APENAS UMA RESPOSTA) 1=Música 2=TV 3=Cinema/Teatro 4=Bate-Papo Com Amigos/Familiares/Parceiro 5=Passeios/Viagens 6=Jogos/Esportes 7=Ir À Praia 8=Outra. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>
47-ATUALMENTE QUANTAS HORAS VOCÊ UTILIZA EM MÉDIA, POR DIA PARA DORMIR? 1=Mais De 8 horas 2=Entre 5 e 8 horas 3=Menos De 5 horas	<input type="checkbox"/>
48-COM RELAÇÃO À QUALIDADE DO SEU SONO, VOCÊ DIRIA QUE É: 1=Tranqüilo 2=Intranqüilo	<input type="checkbox"/>
49-VOCÊ PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA? 1=Sim. (is)? _____ 2=Não	Qual <input type="checkbox"/>

<p>50-SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO ANTERIOR, QUAL A FREQUÊNCIA QUE VOCÊ PRÁTICA ESSA ATIVIDADE FÍSICA POR SEMANA?</p> <p>0=Não se aplica 1=1 A 2 Vezes 2=3 A 4 Vezes 3=5 A 6 Vezes 4=Diariamente</p>	<input type="text"/>
<p>51-QUEM VOCÊ GERALMENTE PROCURA PRIMEIRO PARA DIVIDIR SUAS DIFICULDADES PESSOAIS?</p> <p>1=Ninguém 2=Familiares 3=Amigos (as) 4=Parceiro (a) 5=Psicoterapeuta</p>	<input type="text"/>
<p>52-ACHA QUE RECEBE O APOIO EMOCIONAL QUE PRECISA?</p> <p>1=Sim 2=Não</p>	<input type="text"/>
<p>53-NO CONTATO COM O PACIENTE QUAL DESTES SENTIMENTOS MELHOR REPRESENTA O QUE LHE É DESPERTADO?</p> <p>1=Medo 2=Insegurança 3=Timidez 4=Ansiedade 5=Poder 6=Prazer 7=Satisfação 8=Outro Qual?</p>	<input type="text"/>
<p>54-SUAS EXPECTATIVAS PARA O FUTURO SÃO:</p> <p>1=Boas 2=Regulares 3=Ruins</p>	<input type="text"/>
<p>55-VOCÊ SE SENTE UMA PESSOA FELIZ?</p> <p>1=Sim 2=Não</p>	<input type="text"/>

ANEXO III -- MBI- HSS

MBI-HSS(MASLACH BURNOUT INVENTORY/ HUMAN SERVICES SURVEY) (1986) que tem a tradução validada para a língua portuguesa por Benevides-Pereira (2001)

Obs.: Instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por Médico e Psicoterapeuta

Questionário para a Identificação da Síndrome de Burnout.

Marque “X” na coluna correspondente

0 (nunca) // 1 (uma vez ao ano ou menos) // 2 (uma vez ao mês ou menos) // 3 (algumas vezes ao mês) // 4 (uma vez por semana) // 5 (algumas vezes por semana) // 6 (todos os dias)

N	Maslach Burnout Inventory (MBI) Responda as questões a seguir utilizando a pontuação	0	1	2	3	4	5	6
1 -	Sinto-me esgotado (a) ao final de um dia de trabalho.							
2 -	Sinto-me como se estivesse no meu limite.							
3 -	Sinto-me emocionalmente exausto (a) com meu trabalho.							
4 -	Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.							
5 -	Sinto-me esgotado (a) com meu trabalho.							
6 -	Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.							
7 -	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado (a).							
8 -	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.							
9 -	Sinto-me cansado (a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.							
10.	Sinto-me cheio de energia.							
11.	Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os pacientes.							
12.	Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.							
13.	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.							
14.	Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.							
15.	Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.							

16.	Sinto que sei tratar de forma tranqüila os problemas emocionais no meu trabalho.								
17.	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.								
18.	Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.								
19.	Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.								
20.	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.								
21.	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.								
22.	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.								
	TOTAIS								

**ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA SMS DE ARACAJU PARA REALIZAÇÃO DA
PESQUISA**



**ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Núcleo de Educação Permanente da Saúde**

Autorizo a realização da pesquisa intitulada Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores médicos, enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais da rede de Atenção Primária em saúde do município de Aracaju, a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família, pela estudante do curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva.

Aracaju, 10/04/2012.



Maria Angela Leite Chaves

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) /
Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

ANEXO V - PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores médicos, enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais da rede de Atenção Primária em saúde do município de Aracaju

Pesquisador Responsável Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva

Data da Versão 10/04/2012

Cadastro 280412

Data do Parecer 31/05/2012

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

**Avaliar a Prevalência da Síndrome de Burnout na população de Médicos, Enfermeiros, Odontólogos e Assistentes Sociais da Rede de Atenção Primária de Aracaju.
Conhecer as características sócio-demográficas dos trabalhadores.
Observar entre categorias profissionais estudadas se há diferença em relação ao Burnout.**

Sumário do Projeto

A Síndrome de Burnout caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que pode acometer profissionais cujo trabalho requer contato direto com o público, especialmente se envolvem cuidados e assistência. *6
A Atenção Primária responde por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida mediante trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados e que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. Orienta-se pelos princípios da: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. *1 Em virtude do trabalho os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que atuam em equipes na Atenção Primária, estão sujeitos a lidar diuturnamente com dor, sofrimento e morte, no contexto individual e familiar. Para tanto se exige das equipes uma capacidade de atuar com o elevado grau de contato interpessoal, visto que o vínculo com a comunidade é um dos pilares de sua ação, que pode refletir o risco de desenvolvimento do Burnout.
O município de Aracaju viabiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), através de Redes Assistenciais, tendo a Rede Atenção Primárias (REAP) como principal estratégia para organização dos serviços. Conta hoje com 43 Unidades Básicas de Saúde, 133 equipes de saúde da família e 64 de saúde bucal, com cobertura de aproximadamente 96% da população do municipal.
Este estudo pretende avaliar a provável prevalência de Burnout na população de Médicos, Enfermeiros, Odontólogos e Assistentes Sociais da Rede de Atenção Primária de Aracaju e assim colaborar com a melhoria do ambiente de trabalho dessas equipes o que poderá refletir em mais qualidade na prestação dos serviços à população.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa, tendo a população dos trabalhadores da Atenção Primária de Aracaju como amostra, sendo: 133 Médicos, 133 Enfermeiros, 64 Odontólogos e 43 Assistentes Sociais, totalizando 373 profissionais.

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Outros vínculos de dependência
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Ausente
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Ausente
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos

Cronograma	Comentário
Data de início prevista	
Data de término prevista	06 meses
Orçamento	
Fonte de financiamento externa	Não

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Adequadas
----------------------------	-----------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto possui uma temática importante a ser pesquisada e atende ao que rege as diretrizes da resolução do CONEP (CNS 196/96). Portanto, este comitê deve aprovar o referido projeto.

Universidade Tiradentes - U.T.

 Prof. Adriana Karla de Lima
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Coordenadora

APÊNDICE

Tabela 1 - Características sócio-demográficas de profissionais da Rede de Atenção Primária em Saúde, Aracaju-SE, 2012.

Variável	n (%)
Idade (anos) ¹	44,9±10,5
Sexo	
Feminino	162 (83,5)
Masculino	32 (16,5)
Estado civil	
Casados	127(65,5)
Solteiros/ divorciados/ viúvos	67 (34,5)
Profissão	
Enfermeiro	72 (37,1)
Médico	54 (27,8)
Dentista	39 (20,1)
Assistente Social	29 (14,9)
Religião	
Sim	110(56,7)
Não	84 (43,3)
Pós Graduação	
Sim	132 (68)
Não	62 (32)
Filhos	
Sim	137(70,6)
Não	57 (29,4)
Casa Própria	
Sim	171(88,1)
Não	23 (11,9)
Outro Emprego	
Sim	101(52,1)
Não	93 (47,9)

¹ Valores expressos em média e desvio padrão.

Os demais descritos como contagem ou frequência simples ou porcentagem.

Tabela 2 - Distribuição de frequência, segundo o grau de Exaustão Emocional, Despersonalização e Eficácia Profissional e respectivos IC dos profissionais da Rede de Atenção Primária em Saúde, Aracaju-SE, 2012.

DIMENSÃO		ALTA	MÉDIA	BAIXA
EXAUSTÃO EMOCIONAL (EE) #	n(%)	84 (43%)	41 (21%)	69 (36%)
	IC	36,1 - 50,0	16 - 27,3	28,9 - 42,8
DESPERSONALIZAÇÃO (DE) ##	n(%)	33 (17%)	63 (33%)	98 (51%)
	IC	11,9 - 22,7	26,3 - 39,7%	43,8 - 57,7
EFICÁCIA PROFISSIONAL (EP) ###	n(%)	48 (25%)	84 (43%)	62 (32%)
	IC	18,6 - 30,9	36,6 - 50,5	25,3 - 38,7

#O Alfa de Cronbach para EE é de 0,921.

##O Alfa de Cronbach para DE é de 0,813.

O Alfa de Cronbach para EP é de 0,670.

Tabela 3- Frequência de risco de Síndrome de *Burnout* e respectivos IC 95% em profissionais da Rede de Atenção Primária em Saúde, Aracaju-SE, 2012.

Risco <i>Burnout</i>	n (%)	Intervalo de Confiança 95%
Elevado	54 (27,8)	21,6 - 34,0
Moderado	51 (26,3)	20,6 - 32,0
Reduzido	89 (45,9)	39,2 - 52,6

Tabela 4 – Distribuição de frequência dos profissionais segundo o grupo de risco *Burnout* de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

	Risco <i>Burnout</i>			Valor p
	Elevado	Moderado	Reduzido	
Idade¹	41,4 ± 10,3	44,8 ± 10,2	47,1 ± 10,2	0,006
Sexo				
Feminino	47(87,0)	42(82,4)	73(82,0)	0,71
Masculino	7(13,0)	9(17,6)	16(18,0)	
Estado Civil				
Casados	30(55,6)	32(62,7)	65(73,0)	
Solteiros/Divorciados/Viúvos	24(44,4)	19(37,3)	24(24,0)	0,09
Religião	30(55,6)	29(56,9)	51(57,3)	0,98
Filhos	35(64,8)	36(70,6)	66(74,2)	0,49
Casa própria	43(79,6)	46(90,2)	82(92,1)	0,07
Outro emprego	31(57,4)	23(45,1)	47(52,8)	0,44
Carga horária semanal				
30 h	2(3,7)	7(13,7)	10(11,2)	0,04
40 h	27(50,0)	25(49,0)	45(50,6)	
50 h	2(3,7)	8(15,7)	13(14,7)	
60 h	7(13,0)	4(7,8)	12(13,5)	
Mais de 60 h	16(29,6)	7(13,7)	10(4,6)	
Pós-graduação	39(72,2)	33(64,7)	60(67,4)	0,7

¹-Valores expressos como média e desvio padrão e teste ANOVA de um fator com p<0,05.

Demais valores em n(%). Teste qui-quadrado.

Tabela 5 – Distribuição de frequência dos profissionais da Rede de Atenção Primária, segundo o risco *Burnout* de acordo com sentimentos em relação ao trabalho e aspectos da saúde.

	Risco <i>Burnout</i>			Valor p
	Elevado	Moderado	Reduzido	
Insatisfação profissional	16(29,6)	16(31,4)	9(10,1)	0,002*
Pensou abandonar profissão	18(33,3)	13(25,5)	14(15,7)	0,05*
Trabalho não é fonte de realização	16(29,6)	7(13,7)	5(5,6)	<0,0001*
Sentimento com trabalho				
Confortável	26(48,1)	30(58,8)	72(80,9)	<0,0001*
Desconfortável	28(51,9)	21(41,2)	17(19,1)	
Emocional				
Calmo	21(38,9)	27(52,9)	66(74,2)	<0,0001*
Tenso	33(61,1)	24(47,1)	23(25,8)	
Apoio emocional	40(74,1)	40(78,4)	72(80,9)	0,63
Expectativas futuras				
Boas	30(55,6)	28(55,9)	72(80,9)	0,001*
Regulares	24(44,4)	23(45,1)	17(19,1)	
Sente-se feliz	46(85,2)	42(82,4)	84(94,4)	0,06
Atividade física	25(46,3)	24(47,1)	49(55,1)	0,51
Doença física	21(38,9)	24(47,1)	30(33,7)	0,3
Diagnóstico de TM	15(27,8)	10(19,6)	10(11,2)	0,04*

* Significativo para < 0,05 - Teste qui-quadrado. n (%)