



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e
Prevenção da Violência

Túlio Eugênio de Souza

O ESTRESSE DO TRABALHO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE: discutindo a Síndrome de *Burnout* e fatores associados na atenção primária à saúde da rede SUS/Belo Horizonte

Belo Horizonte

2018

Túlio Eugênio de Souza

O ESTRESSE DO TRABALHO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE: discutindo a Síndrome de *Burnout* e fatores associados na atenção primária à saúde da rede SUS/Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte

2018

S729e Souza, Túlio Eugênio de.
O estresse do trabalho e o profissional de saúde [manuscrito]: discutindo a síndrome de *burnout* e fatores associados na Atenção Primária à Saúde da Rede SUS/Belo Horizonte. / Túlio Eugênio de Souza. - - Belo Horizonte: 2018.
109 f.
Orientador (a): Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Esgotamento Profissional. 2. Pessoal de Saúde. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Estudo Observacional. 7. Estudos Transversais. 8. Dissertação Acadêmica. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 495

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Reitora:

Profa. Sandra Goulart Almeida

Vice-Reitora:

Prof. Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Fábio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof. Mário Campos

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina:

Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Thomáz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Profa. Palmira de Fátima Bonolo

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência:**

Profa. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência:**

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência:**

Profa. Andréa Maria Silveira

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira

Profa. Eliane Dias Gontijo

Profa. Elza Machado de Melo

Profa. Eugênia Ribeiro Valadares
Profa. Izabel Christina Friche Passos
Prof. Marcelo Grossi Araújo
Profa. Soraya Almeida Belisário
Profa. Stela Maria Aguiar Lemos
Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG


FOLHA DE APROVAÇÃO


O ESTRESSE DO TRABALHO O PROFISSIONAL DE SAÚDE: discutindo a Síndrome de Burnout e fatores associados na atenção primária à saúde da rede SUS/Belo Horizonte

TULIO EUGÊNIO DE SOUZA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 06 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador
UFMG


Prof(a). Jandira Maciel da Silva
UFMG


Prof(a). Cristiane de Freitas Couto Grillo
UFMG

Belo Horizonte, 6 de julho de 2018.

Decido este trabalho a todos os profissionais da área da saúde mental com quem convivi, convivo e ainda conviverei... Agradeço pelo aprendizado, vivências e reflexões. Principalmente àqueles que se dedicam a ofertar uma assistência à saúde pública de qualidade, apesar de todas as limitações e desafios diários.

Agradecimentos

À minha mãe, pelo exemplo de coragem, amor incondicional, renúncia e amizade.

Ao meu pai, pelo exemplo de persistência e disciplina.

À minha irmã, por me mostrar que sempre podemos fazer melhor e de forma mais justa para os que nos rodeiam.

À minha família, pela acolhida e carinho de sempre.

Aos amigos, por tornarem a vida mais leve e alegre.

À Elisa Alvarenga, pela escuta atenta e generosa.

À professora Elza Melo, pelo exemplo de agregação, inovação, generosidade, força, afeto e coragem em romper com barreiras e lutar por causas tão memoráveis e, infelizmente, tão necessárias. Obrigado pela grande oportunidade, incentivo e orientação assertiva.

Ao professor Ricardo Tavares, por tamanha generosidade e atenção em tornar a estatística mais compreensível e didática.

Às amigas do Núcleo de Saúde e Paz, Lauriza e Amanda, pela disponibilidade, incentivo e carinho de sempre.

À Paula Januzzi, pela parceria em conduzir algo tão grande como este projeto; dividindo, além de todas etapas da pesquisa, os dias carnavalescos frente ao computador.

Aos colegas do mestrado, pesquisadores, entrevistadores e digitadores, pelo trabalho em conjunto. Juntos sempre somos mais hábeis, eficientes e maiores.

Aos colegas da rede SUS/BH, pelo aprendizado e trabalho contínuo; bem como pela gentileza e paciência em participar da pesquisa.

A toda a população que, gentilmente, cedeu tempo ao responder a pesquisa e nos confiou sua intimidade no intuito de um bem maior a que se destina esse projeto.

À Faculdade de Medicina da UFMG e ao Departamento de Medicina Preventiva e Social,
pela grande oportunidade de participar de algo tão importante: a ciência a serviço do
crescimento da saúde pública.

RESUMO

Introdução: O estresse ocupacional pode prejudicar, além da saúde do trabalhador, o desempenho do mesmo na execução das tarefas laborais. A síndrome de *Burnout* (SB) é um subtipo de estresse estruturado em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência da síndrome de *Burnout* e fatores associados entre profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Belo Horizonte-MG. **Metodologia:** Estudo observacional analítico transversal de natureza quantitativa, viabilizado por meio de questionário semiestruturado (autoaplicável e anônimo), que contém o *Maslach Burnout Inventory*, realizado em 45 das 152 unidades básicas de saúde (UBS) de nove regionais de Belo Horizonte, com amostra probabilística por conglomerado em única etapa. Os dados coletados foram armazenados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. A avaliação dos dados incluiu análises univariadas, bivariadas e de regressão logística. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi obtido o consentimento dos profissionais mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Não houve remuneração dos participantes e nenhum outro conflito de interesse. **Resultados:** A ausência de consenso na literatura quanto aos critérios diagnósticos da SB é visível na prevalência estimada ao se considerar alterações no nível elevado nas três dimensões (Modelo 3) do *burnout* (3,3%), duas (Modelo 2: 15,8%) e, no mínimo, uma (Modelo 1: 55,3%) dentre os 1.042 profissionais participantes. Através da curva ROC e sua área, verifica-se que o padrão diagnóstico do Modelo 3 se apresenta como o melhor método diagnóstico dentre os três padrões diagnósticos da SB, embora os outros dois modelos sejam úteis ainda. Verifica-se nos modelos finais de regressão logística uma associação da SB, baseada no Modelo 3, com as variáveis insatisfação no trabalho, conflitos no trabalho, opinião sobre o descumprimento de horários e não participação em Comissão Local de Saúde. **Considerações finais:** O estudo compõe uma amostra probabilística que contempla pontos de uma rede de atenção primária e representativa, aborda três modelos diagnósticos da SB e variáveis associadas propondo, além do diagnóstico clássico

(Modelo 3), elencar possíveis quadros iniciais que possam ser alertas para possíveis intervenções antes do quadro propriamente dito da SB. Dentre os modelos diagnósticos observa-se certa sobreposição de variáveis que não são incongruentes com a literatura e nem como o modelo 3. Além disso, um número considerável de estudos trabalha com o Modelo 1. Em detrimento das limitações metodológicas de um estudo transversal, outros estudos são necessários para explorar os determinantes do *burnout*, avaliações seriadas e até entrevistas direta com profissionais, por exemplo; bem como pesquisas com objetivos de elencar projetos de intervenção no ambiente daqueles que são a principal via de acesso ao SUS e lidam diretamente com a assistência e o cuidado da população.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Occupational stress can impair the performance of the health professional in the execution of work tasks and his occupational health. Burnout Syndrome (BS) is a subtype of stress that has been much studied in the last decades. It is structured in three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment. **Objectives:** To evaluate the occurrence of Burnout Syndrome and associated factors among health professionals of the Primary Health Care from the Brazilian Health System (SUS) of the city of Belo Horizonte. **Methods:** A quantitative cross-sectional study was conducted using a semi-structured questionnaire (self-administered and anonymous) carried out in 45 basic health units of the 152 basic health units (UBS) of nine districts in the city of Belo Horizonte, with a probabilistic sample by single-stage conglomerate. Professional Burnout was detected by Maslach Burnout Inventory. The collected data were stored in the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 17.0. The data evaluation included univariate, bivariate and logistic regression analyzes. The project was submitted to the Research Ethics Committee and the consent of the professionals was obtained through a free and informed consent form. There was no remuneration for participants and no other conflict of interest. **Results:** The lack of consensus in the literature regarding the diagnostic criteria for Burnout Syndrome is visible in the estimated prevalence when considering changes in the high level in the three dimensions (Model 3) of burnout (3.3%), two (Model 2: 15.8%) and at least one (Model 1: 55.3%) among the 1,042 participating professionals. Based on the ROC curve and its area, it appears that the diagnostic pattern of Model 3 presents itself as the best diagnostic method among the three diagnostic patterns of BS, although the other two models are still useful. In the final models of logistic regression, there is an association of BS, based on Model 3, with the variables: job dissatisfaction, conflicts at work, opinion on non-compliance with schedules and non-participation in the Local Health Commission. **Conclusions:** The study comprises a probabilistic sample that includes the points of a primary and representative care network, addresses three diagnostic models of BS and associated variables, proposing, in addition to the classic diagnosis

(Model 3), to list possible initial frames that can be alert to possible as possible before the SB picture itself. Among the diagnostic models, there is an overlap of variables that are not incongruent with the literature or like model 3. In addition, a lot of studies work with Model 1. To the detriment of the methodological limitations of a cross-sectional study, other studies are necessary to explore the determinants of burnout, serial evaluations and even direct interviews with professionals, for example; as well as research with the objective of listing intervention projects in the environment of those who are the main route to access SUS and deal directly with the assistance and care of the population.

Keywords: Burnout, Professional. Primary Health Care. Occupational Health. Attitude of Health Personnel.

Lista de abreviaturas e siglas

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BDNF – Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CEP-SMSA/BH – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

CESQT – *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID-10 – 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças

Cremsp – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRM – Conselho Regional de Medicina

DP – Despersonalização

DSM-5 – 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EE – Exaustão Emocional

ESF – Equipe de Saúde da Família

Fundep – Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

HMO – *Israeli Health Maintenance Organization*

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISS – Índice da Síndrome de *Burnout*

IVS – Índice de Violência Sofrida

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MBI-ES – *Maslach Burnout Inventory – Education Survey*

MBI-GS – *Maslach Burnout Inventory – General Survey*

MBI-HSS – *Maslach Burnout Inventory – Health Services Survey*

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPASB – Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout*

NR3C1 – Receptor de Glicocorticoide

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

Prisma – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSF – Programa de Saúde da Família

RP – Realização Profissional

SB – Síndrome de *Burnout*

SLC6A4 – Transportador de Serotonina

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SRQ-20 – *Self-Reporting Questionnaire*

Suds – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TH – Tirosina Hidroxilase

UBS – Unidade Básica de Saúde

Lista de quadros

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas dicotômicas	47
Quadro 2 – Variáveis ocupacionais dicotômicas	47

Lista de tabelas

Tabela 1 – Critérios das dimensões da Síndrome de <i>Burnout</i>	44
Tabela 2 – Distribuição de acordo com a regional	53
Tabela 3 – Manifestação de Burnout de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais	54
Tabela 4 – Funções ocupadas pelos profissionais	57
Tabela 5 – Diagnóstico por alteração em todas as dimensões	57
Tabela 6 – Diagnóstico por alteração em, no mínimo, uma dimensão	58
Tabela 7 – Prevalência da Síndrome de <i>Burnout</i> entre profissionais da Atenção Primária.....	58
Tabela 8. Análise bivariada da Síndrome de <i>Burnout</i> , nos três critérios de definição, segundo as variáveis do estudo.....	59
Tabela 9 – Modelos Finais de Regressão Logística para cada definição de Síndrome de <i>Burnout</i>	60
Tabela 10 – Graus das dimensões do <i>Burnout</i>	63
Tabela 11 – Manifestação da exaustão emocional de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	64
Tabela 12 – Manifestação da despersonalização de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	66
Tabela 13 – Manifestação da realização profissional de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	68
Tabela 14 – Frequências conforme satisfação laboral	69
Tabela 15 – Frequências conforme violência relatada	72

Tabela 16 – Frequências conforme contextos de violência relatados.....	73
Tabela 17 – Frequências conforme relatos dos tipos de violência atendidos.....	73
Tabela 18 – Modelo final de análise de regressão logística: Índice de Síndrome de <i>Burnout</i> com nível alto segundo as variáveis explicativas.....	75

Lista de ilustrações

Figura 1 – Curva ROC/AUC dos Modelos Finais de Síndrome de <i>Burnout</i>	71
Figura 2 – ISS segundo faixa etária, escolaridade, regional e classificação de risco.	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	O trabalho e o estresse	19
1.2	Atenção primária em saúde (APS) e o Sistema Único de Saúde (SUS)	33
2	OBJETIVOS.....	37
2.1	Objetivo geral	37
2.2	Objetivos específicos	37
3	METODOLOGIA	38
3.1	Desenho do estudo	38
3.2	Locais do estudo	38
3.3	População do estudo.....	41
3.4	Instrumentos.....	43
3.5	Variáveis e fontes de dados	45
3.6	Análise dos dados	49
3.7	Aspectos éticos	51
4	RESULTADOS	53
5	DISCUSSÃO.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXOS	105
	APÊNDICES.....	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 O trabalho e o estresse

Ao longo da história da humanidade, o trabalho assumiu condições paradoxais, que se mantêm na contemporaneidade. Na Grécia Antiga, o trabalho era considerado degradante, humilhante e desprezado pelos cidadãos livres. Condição corroborada pela visão cristã, segundo a qual o trabalho era uma forma de punição para o pecado (KRAWULSKI, 1998). Tal concepção é marcada pela condenação de Adão: “Do suor do teu rosto comerás o teu pão, até que tornes terra, porque dela foste tomado; porquanto és pó, e ao pó tornarás.” (GÊNESIS, 3:19).

A Revolução Industrial no século XIX, por sua vez, formalizou a classe trabalhadora urbana como proletariado, e, nas últimas décadas, diversas transformações têm sido observadas no mundo do trabalho. Entre elas, destacam-se as referentes aos estilos de gestão organizacional; à inserção cada vez maior da tecnologia; à transitoriedade do emprego; às estruturas com menos níveis hierárquicos e mais responsabilidades na pirâmide; aos cargos com atribuições mais diversificadas e complexas; à precarização, demissões em massa, reformas trabalhistas e previdenciárias (KRAWULSKI, 1998; ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016).

Contemporaneamente, considera-se que a saúde do trabalhador elenca diversos condicionantes a serem analisados no exercício das funções laborais: organizacionais, sociais, tecnológicos e físicos. Também se destacam alguns fatores de risco (mecânicos, biológicos, físicos e associados à organização do trabalho). Para tanto, medidas que busquem atuar nas relações saúde-trabalho devem considerar a complexidade envolvida a partir de atuações intersetoriais, multiprofissionais e interdisciplinares (BRASIL, 2001).

De acordo com França e colaboradores (2012), na atenção à saúde o cuidado acarreta maiores responsabilidades e uma intensa tensão emocional, haja vista que sua prática

envolve lidar com a dor, o sofrimento e até a morte de pacientes – o que pode acarretar prejuízos físicos, sociais e psicológicos (BATISTA; BIANCHI, 2006). Outro fator de desgaste, no trabalho da enfermagem (uma das profissões que mais representam a assistência direta à saúde), além dos procedimentos operacionais em si e toda a carga emocional envolvida, é certo desprestígio, pouco *status* que a profissão carrega no contexto da saúde e discrepância entre o esforço empregado e a remuneração (DIAS *et al*, 2005).

Um estudo ecológico que visou avaliar a oscilação do perfil de benefícios previdenciários decorrentes de transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho, a partir de dados secundários de 2008 a 2011 do Ministério da Previdência Social, evidenciou que os transtornos mentais continuam como a terceira causa de afastamento no Brasil (“transtornos mentais e comportamentais” – capítulo V da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças definida pela Organização Mundial de Saúde – CID-10). Em primeiro lugar, aparecem as “lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” (capítulo XIX da CID-10), seguidos das “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (capítulo XIII da CID-10). Observou-se também uma diminuição de 2,5% da incidência média anual dos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais, aumento médio anual de 0,3% de novos afastamentos, e média de 6,2% relacionados ao trabalho, sobretudo por transtornos de humor (F30-F39). Estes foram os transtornos mentais mais comuns em outros países e também no Brasil de 2008 a 2010, porém em 2011 a principal causa de auxílio-doença relativa ao trabalho foi o grupo de transtornos neuróticos, somatoformes e relacionados ao estresse (F40-F48) – quadro semelhante ao padrão de um país desenvolvido, como a França (SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014).

O estresse ocupacional (aquele ocorrido em virtude da relação com o trabalho) pode prejudicar, além da saúde do trabalhador, seu desempenho na execução das tarefas laborais (SHIROM *et al*, 2005). Relatórios de 2016 da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho descreveram o estresse ocupacional como uma das principais causas de dias perdidos no mercado de trabalho europeu – indicando a relevância socioeconômica desse transtorno (EU-OSHA, 2014).

A Síndrome de *Burnout* é um subtipo de estresse que vem sendo bastante debatido nas últimas décadas. O termo *burnout* foi elaborado em 1940, inicialmente nas ciências aeroespaciais, para designar o colapso de foguetes e motores de jatos que paravam de funcionar após a exaustão. A expressão, então, foi tomada na área da saúde pela primeira vez em 1953, quando foi descrito um caso clínico de uma enfermeira (*Miss Jones*) que trabalhava em uma enfermagem de casos crônicos em um hospital psiquiátrico (MASLACH; SCHAUFELI, 1993; CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Ao regressar ao trabalho depois de um período de ausência, ela se deparou com uma nova equipe insatisfeita e até com uma ética questionável. Frente à situação, a enfermeira começou a questionar o que via e até sugeriu mudanças – situação à qual a equipe reagiu com indiferença e até hostilidade. Em virtude disso, a profissional focou ainda mais na assistência aos enfermos portadores de transtornos mentais, que ficou cada vez mais difícil em função da desassistência e indiferença do restante da equipe. Contudo, a enfermeira de certa forma esperava agradecimentos e compreensão dos pacientes, afinal se achava como a única que realmente se importava com eles. Como não foi reconhecida como esperava, ela concluiu que falhou e, segundo os relatores, entrou em um círculo vicioso em que quanto mais deprimida e desapontada, mais achava que havia falhado e ficava cada vez mais depressiva e desapontada, ciclicamente. O quadro foi piorando: se sentia cada vez mais exausta no trabalho, indiferente a ele e, conseqüentemente, aos doentes assistidos. Foi ficando mais isolada, faltando recorrentemente e somente vendo o lado negativo do seu emprego. *Miss Jones* acaba se readaptando somente após ressignificar sua posição nas sessões de terapia ofertadas por Schwartz e Will (MASLACH; SCHAUFELI, 1993; CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Mais tarde, em 1961, o escritor inglês Graham Greene publica o livro *A Burnt-Out Case*, contando a história fictícia de um famoso arquiteto (Querry) que, desiludido com sua vida e profissão e sem um significado para sua vida, abandona tudo, viaja à África e acaba parando em uma colônia de hanseníase às margens de um afluente do Rio Congo. No romance, o termo “*burnout*” representava um estágio da hanseníase em que o indivíduo estava curado após a doença consumir vários membros e órgãos. Logo, o arquiteto acaba sendo diagnosticado por um médico como portador de um

quadro semelhante da enfermidade, só que no nível psicológico. Essa completa apatia e despersonalização acabam sendo ressignificadas lentamente enquanto ele se dedica ao trabalho de assistência aos portadores de hanseníase (MASLACH; SCHAUFELI, 1993; CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Apesar dos dois casos citados serem exemplos da Síndrome de *Burnout*, o termo somente chamou atenção da comunidade acadêmica na década de 1970, quando o médico e psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger descreveu o quadro. Freudenberger usou termo *burnout* (expressão inglesa de uso coloquial que significa algo como “*extinção, queima*”) em 1974 como objeto científico ao explanar sobre uma situação de esgotamento físico e mental associada ao trabalho com dependentes químicos. Explanou que um excessivo desgaste de recursos e energia seria a causa da sensação de exaustão e fracasso. Posteriormente, desenvolveu mais sobre o tema ao considerar comportamentos de perda de motivação, inflexibilidade, irritabilidade, aborrecimento, depressão, fadiga e sobrecarga de trabalho. Notou, ainda, que o fenômeno incluía uma associação de boas intenções e más escolhas. (FREUDENBERGER, 1974).

O termo foi popularizado cientificamente após a formulação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) por Maslach & Jackson em 1981, quando também a Síndrome de *Burnout* foi estruturada em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O interesse de Maslach se pautou na relação entre comportamento de profissionais de serviços humanos e a carga emocional laboral, haja vista que nesse trabalho há a demanda de um contato direto e próximo com pessoas (MASLACH; JACKSON, 1981).

Entretanto, na última década o *burnout* tem-se tornado uma questão muito mais prevalente por ser um problema relacionado à esfera profissional da vida moderna, que afeta profissionais de diferentes áreas (VANDER ELST *et al*, 2016; TUCKER *et al*, 2012). Sua importância ampliou-se tanto que o MBI, além de permitir dados estatísticos em escala internacional, foi adaptado para outras categorias profissionais por algumas versões: geral (*General survey – MBI-GS*), educadores (*Education*

survey – MBI-ES) e profissionais da saúde (*Health services survey* – MBI-HSS) (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Dentre as dimensões da Síndrome de *Burnout* (SB), a exaustão emocional é considerada a manifestação mais comum, por indicar os primeiros sintomas do quadro: sensação de esgotamento, diminuição e/ou exaustão dos recursos físicos e emocionais, desmotivação associada a queixas de sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais nas relações ocupacionais (MASLACH, 2005; WRIGHT & BONETT, 1997; CAÑADAS-DE LA FUENTE *et al*, 2015).

A despersonalização, por sua vez, é definida como um estado psicológico em que o indivíduo tenta impor uma distância entre si e todos aqueles com os quais se relaciona no emprego, sejam pacientes, chefes ou colegas. Constitui-se basicamente de um comportamento impessoal, associado a certa insensibilidade, atitudes negativas, alienação, irritabilidade e até indiferença aos outros. Considera-se que a despersonalização tem uma relação intensa com a exaustão emocional, podendo ser uma resposta imediata ao quadro MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; CAÑADAS-DE LA FUENTE *et al*, 2015).

Já a diminuição da realização profissional envolve sentimentos negativos quanto à própria competência, sucesso e realização no desempenho ocupacional, além da falta de perspectiva no futuro quanto ao trabalho, e frustração. Alguns autores chegam a caracterizar a Síndrome de *Burnout* como um processo individual na exaustão emocional, seguido de uma forma de enfrentamento, com a despersonalização, e que resulta na baixa realização profissional (SCHAUFELI; TARIS, 2005).

Destaca-se que o termo “despersonalização”, em psicopatologia, é bastante diferente de sua dimensão relatada no *burnout*. Dalgarrondo (2008) define a despersonalização como uma transformação ou sentimento de perda do Eu. Considera-a uma percepção densa de infamiliaridade e estranhamento consigo mesmo, uma angústia enorme permeada por perplexidade, sensação de perda de controle ou mesmo de enlouquecimento. Desse modo, a despersonalização compreende o Eu psíquico e também o Eu corporal – quando há um não reconhecimento pleno e familiar do sujeito com o seu corpo. Essa alteração

psicopatológica, para López Ibor (1974 apud DALGALARRONDO, 2008), compõe um transtorno de atividade do Eu em relação a suas características elencadas por Jaspers em 1979: consciência de atividade do Eu, unidade do Eu, identidade do Eu no tempo e oposição do Eu em relação ao mundo.

Não há apenas uma definição da Síndrome de *Burnout*, mas é consenso a existência de cinco fatores comuns a todas: o surgimento do quadro está diretamente relacionado ao trabalho; é mais comum a manifestação de alterações comportamentais do que somáticas; o quadro se apresenta em sujeitos que não apresentavam alterações psicopatológicas; há predomínio de sintomas associados à exaustão emocional, cansaço e depressão; e há diminuição considerável do desempenho ocupacional em virtude de atitudes negativas (MASLACH; SCHAUFELI, 1993).

Outro consenso geral é que a Síndrome seja uma resposta ao estresse laboral crônico – diferente do estresse. Enquanto na SB há uma experiência pessoal que ocasiona prejuízos emocionais e também práticos ao próprio trabalhador e seu emprego/organização, no estresse tradicional há um esgotamento particular que interfere na vida daquele sujeito, porém não ocasiona repercussões diretas no trabalho, como as atitudes e condutas negativas da SB (BRASIL, 2001).

Tucunduva *et al* (2006) reforçam que um fator marcante na SB é a insensibilidade emocional do trabalhador, pois algumas alterações observadas na exaustão emocional são comuns no transtorno de humor depressivo, por exemplo. Ainda que comumente associados, são conceitos distintos. Brenninkmeyer, Yperen e Buunk (2001) consideram que, enquanto a depressão impacta todas as esferas da vida do sujeito, a SB estaria mais restrita à esfera laboral, e se apresentaria com algumas alterações observadas na depressão, como sentimentos de culpa, perda de massa corporal, anedonia e inibição psicomotora. A hipobulia e indecisão estariam mais associadas à fadiga em si, comum a ambos os transtornos. Além disso, a insônia terminal é mais comum na depressão do que a inicial ou intermediária da SB. Entretanto, nos estágios mais avançados da SB pode ser difícil a distinção com a depressão. Uma hipótese que explica essa similaridade é a de que ambas possuem fatores de causalidade comuns, como o estresse crônico e a vulnerabilidade do

próprio sujeito; assim, a SB pode ser uma fase precursora da depressão. Outra hipótese formulada é a existência de um subtipo de *burnout* com pior prognóstico e semelhante ao transtorno de humor depressivo; ou mesmo a coexistência dos dois transtornos com um terceiro quadro clínico, diferente dos dois tipos de transtorno (IACOVIDES *et al*, 2003).

Na revisão sistemática de Bianchi, Schonfeld e Laurent (2015b), com 92 artigos selecionados, indicou-se também que a distinção conceitual entre *burnout* e depressão não é muito definida: não está estabelecido se o *burnout* seria um fenômeno distinto ou um subtipo de depressão. A descrição de Freudenberger em 1974 já indicava certa associação: “a pessoa olha, age e parece deprimida” (FREUDENBERGER, 1974, tradução nossa)¹. Além disso, a heterogeneidade da depressão tem sido negligenciada nas pesquisas relativas a SB; bem como a ausência de um consenso de critérios diagnósticos para a SB impede o avanço dos estudos. A revisão chega a indicar uma observação clínica sistematizada para caracterizar melhor a SB. Alguns estudos embasam essa hipótese na fragilidade conceitual de *burnout*, tanto teórica quanto clínica, nos questionamentos de sua base tridimensional e em concepções de que a SB é um subtipo de depressão e que não pode ser classificada separadamente (BIANCHI; SCHONFELD; LAURENT, 2015a; 2015b).

Outra revisão sistemática realizada por Bakusic e colaboradores (2016) tentou correlacionar estresse, depressão e *burnout* com biomarcadores associados à metilação do DNA. Observaram-se algumas associações ainda incipientes quanto ao receptor de glicocorticoide (NR3C1), transportador de serotonina (SLC6A4), fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e tirosina hidroxilase (TH).

Outra questão abordada na SB é a transição de um período de entusiasmo no trabalho para uma vivência de irritabilidade, mau humor e tédio, sendo os fatores desencadeantes mais comuns a sobrecarga e a frustração no trabalho. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.339 de 1999, a Síndrome de *Burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional, ou sensação de estar acabado) compõe a lista

¹No original: “*the person looks, acts and seems depressed*” (FREUDENBERGER, 1974).

de transtornos mentais e do comportamento associadas ao trabalho. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a SB está representada pelo código Z73.0. Ressalta-se que essa portaria incluiu outros transtornos relativos ao trabalho como: alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2); neurastenia (que inclui a síndrome de fadiga) (F48.0); episódios depressivos (F32); e outros transtornos neuróticos especificados (inclusive neurose profissional) (F48.8) (BRASIL, 2001; BRASIL, 1999).

Zorzanelli, Vieira e Russo (2016) ressaltam que a CID-10 delimita o esgotamento (estado de exaustão vital) não como um transtorno mental, pois está dentro do código Z, ou seja, um “problema que leva ao contato com serviços de saúde”. Todavia, posteriormente, diversas nações europeias o equipararam a um transtorno mental (uma doença) – legitimando-o socialmente de acordo com as diferentes concepções culturais do adoecimento e as necessidades sociais. Pontuam ainda que o não reconhecimento oficial como um transtorno psiquiátrico pela 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria, que não cita o *burnout* (tampouco a síndrome de fadiga crônica), pode estar associado à questão social do estigma relativo à doença mental.

Kitze e Rodrigues (2008) propõem que a síndrome de *burnout* está associada com relações sociais complexas e estressores emocionais a partir da relação do trabalhador e seu ambiente ocupacional. De acordo com Souza e colaboradores (2015), embora se observe que a saúde do trabalhador é um tema cada vez mais discutido e estudado, não se encontram muitos trabalhos nacionais e/ou internacionais que avaliem o impacto da saúde mental no trabalho. Afinal, considerar a saúde de quem assiste é também uma forma de avaliar a assistência à sociedade.

Elevado custo individual, social e econômico, incapacitação, absenteísmo, diminuição da produtividade, aumento da demanda de assistência à saúde, uso abusivo de substâncias psicoativas e elevada rotatividade de profissionais são algumas das consequências associadas à Síndrome de *Burnout* (MASLACH, 2005; GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Alguns autores indicam que a Síndrome de *Burnout* recorrentemente está associada a fatores tais como falta de suporte social, autonomia, tempo e

sobrecarga de trabalho, idade, conflitos interpessoais, estado civil e participação no planejamento das ações no trabalho (CORDES; DOUGHERTY, 1993; MASLACH; LEITER, 1997).

Um estudo transversal, do tipo exploratório e descritivo, com 200 profissionais de enfermagem de hospitais da rede pública da região metropolitana de Porto (Portugal), em 2014, avaliou a correlação entre resiliência e *burnout*. Encontrou-se uma prevalência da SB de 5%, e uma correlação positiva da resiliência com a realização profissional e negativa com a exaustão emocional; além de níveis elevados na realização profissional, moderados na exaustão emocional e baixos na despersonalização (SILVA *et al*, 2016). A resiliência é considerada uma virtude desenvolvida ao longo da vida do sujeito, como uma capacidade de recuperação do equilíbrio, mental e emocional, após adversidades, e de ficar ainda mais preparado e fortalecido com as experiências. Entretanto, apesar disso, novos estudos indicam cada vez mais a relação do *burnout* com as condições de trabalho inerentes ao domínio do trabalhador.

Cristina Maslach, com Schaufeli e Leiter (2001), considera que os principais fatores determinantes do *burnout* estão associados às condições do ambiente ocupacional inadequadas: problemas decorrentes de recursos, regras operacionais, hierarquia e distribuição do espaço, falta de apoio social e de autonomia, demandas conflitantes, pressão de tempo e sobrecarga. Ainda que as características de autoexigência de desempenho e dedicação elevada estejam tradicionalmente associadas ao *burnout*.

Uma revisão sistemática/meta-análise de 2017, que visava avaliar a redução de *burnout* em médicos a partir de intervenções controladas, apontou que programas de intervenção direcionados a SB em médicos apresentaram poucos benefícios. Indicou, por outro lado, que ações mais efetivas podem estar associadas à adoção de abordagens em nível organizacional, corroborando que o *burnout* está associado mais ao contexto laboral do que individual. Apesar da diferença não ter sido significativa, a meta-análise constatou que intervenções direcionadas à atenção primária e a médicos mais experientes foram mais efetivas de que aos inexperientes e da ação secundária. Os autores ressaltam que esses resultados não foram influenciados pelo risco de viés de seleção (PANAGIOTI *et al*, 2017).

Um estudo transversal, realizado com uma amostra não-probabilística de 518 psicólogos em atuação no estado do Rio Grande do Sul há, no mínimo, um ano, e que responderam a uma versão traduzida e validada do *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*, uma versão a partir do *MBI*, corrobora essa hipótese da relação com ambiente de trabalho ao verificar que a sobrecarga ocupacional é um dos preditores significativos das dimensões da SB (RODRIGUEZ, CARLOTTO, 2017).

Uma revisão sistemática considerando dez estudos (sete observacionais e três experimentais) de 1.345 selecionados elencou os fatores de risco associados ao retorno ao trabalho nos casos de SB. Apesar de ainda não estar muito definida a causalidade e relações entre reabilitação da SB, nível de sintomas, comprometimento cognitivo e o retorno ao trabalho, a revisão listou alguns fatores positivos (comunicação adequada, sexo masculino, sono adequado, elevado comprometimento com o trabalho, licenças por doenças mais curtas) e negativos (baixo controle quanto ao seu trabalho, licença por doença superior a seis meses e “*covert coping*”: algo como lidar de forma encoberta, não-expressão das dificuldades) (KÄRKKÄINEN *et al*, 2017).

Revisão sistemática conduzida por Gracino e colaboradores (2016), a partir da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Prisma), com 57 artigos (de 374 inicialmente encontrados) publicados entre 2005 e 2015, identificou as principais doenças que afetam os médicos no mundo, sendo os transtornos mentais os de maior prevalência (principalmente o esgotamento profissional/ Síndrome de *Burnout*) e os acometimentos musculoesqueléticos, dentre as doenças físicas.

Outro estudo realizado com médicos que trabalhavam em hospitais italianos, suecos, noruegueses e islandeses (n=2.095) evidenciou que um obstáculo na busca de assistência e apoio emocional para alívio do estresse seria o sigilo e confidencialidade médica (LOVSETH *et al*, 2013). A elevada carga laboral foi a justificativa declarada por alguns oncologistas pediátricos americanos para não dedicarem tempo ao lazer (ROTH *et al*, 2011).

Outra revisão sistemática com 12 artigos (de 4.114 inicialmente selecionados), que objetivou avaliar a SB em médicos e a qualidade da assistência nas instâncias da segurança e aceitabilidade, sugeriu que há uma moderada evidência de relação entre *burnout* e qualidade da assistência. As limitações principais foram a inconsistência nos resultados dos estudos, além de viés (dois estudos com alto risco de viés e dez com moderado) (DEWA *et al*, 2017). Já estudo realizado com residentes americanos em anesthesiologia indicou uma relação entre depressão, SB, erro médico e até não adesão às melhores condutas médicas, conseqüentemente com redução na qualidade da assistência aos pacientes (OLIVEIRA JUNIOR *et al*, 2013).

A relação médico-paciente é uma das bases de atuação médica, de modo que essas relações e o contato contínuo com os pacientes e seus parentes podem ser difíceis – fato que pode promover o estresse crônico e, conseqüentemente, a SB (SABLIK; SAMBORSKA-SABLIK; DROŹDZ, 2013). Essa revisão cita alguns jogos destrutivos que podem minar essa relação, tais como: os constantes questionamentos quanto aos resultados, efeitos colaterais e custos do tratamento; o comportamento denominado “perna-de-pau” (pacientes que possuem certa deficiência usam-na como justificativa para atitudes e comportamento que, no geral, seriam considerados inaceitáveis); a insistência em apresentar outras intercorrências e queixas, ademais de soluções e tratamentos apresentados para o problema inicial, a fim de corroborar a hipótese do paciente de que seu caso não é solucionável; reações negativas contra o profissional e instituições ao lidar com a frustração de um tratamento que, desde o início, não apresentava perspectivas de cura, por exemplo.

Pesquisa realizada com residentes franceses (n=24) indicou que esses médicos, em treinamento supervisionado, consideraram que havia uma associação direta entre o estado emocional e a empatia, e justificaram que a escuta empática de vários pacientes, em decorrência da alta demanda, causaria cansaço e fadiga (PICARD *et al*, 2015). Revisão sistemática que correlaciona o bem-estar da equipe, a Síndrome de *Burnout* e a segurança do paciente indicou uma associação significativa entre SB e a segurança do paciente, em 21 das 30 pesquisas selecionadas; outras quatro indicaram uma associação entre uma e/ou duas dimensões da SB. Igualmente, 16 de 27 estudos verificaram uma significativa correlação entre pior bem-estar da equipe e

pior segurança dos enfermos assistidos (HALL *et al*, 2016). A segurança dos pacientes inclui erros de prescrição, sendo que pesquisas indicam que uma entre 20 prescrições na atenção primária inglesa contém erros, cujos custos estimados chegam a 1,3 bilhão de euros ao sistema público britânico (*National Health Service*) e a 2 bilhões de euros em dias adicionais de internação (AVERY *et al*, 2012). Essa revisão reforça a necessidade de as instituições de saúde preconizarem e efetivamente criarem melhorias que visem uma saúde mental adequada dos profissionais, considerando ambientes mais seguros de trabalho e planejamento das intervenções buscando uma melhor segurança dos pacientes (HALL *et al*, 2016).

Estudo que convidou todos os neurocirurgiões filiados à Associação Americana de Cirurgiões Neurológicos (*American Association of Neurological Surgeons – AANS*) em 2012 (adesão à pesquisa de 24%; n=783) indicou que a satisfação pode permanecer, apesar de episódios de ocorrência da SB; ainda observou uma associação intrínseca entre a SB (taxa de 56,7%) e má atuação médica (MCABEE *et al*, 2015). Pesquisa realizada no Canadá estimou que o custo total da SB para todos os médicos em exercício da profissão no país gira em torno de 213,1 milhões de dólares (86,9% com aposentadoria precoce e 13,1% em decorrência da redução de horas trabalhadas), sendo que 58,8% dos custos foram pelos médicos de família, 24,6% pelos cirurgiões e 16,6% por outros especialistas (DEWA *et al*, 2014).

Absenteísmo, deterioração na relação com outros profissionais, prejuízos na relação médico-paciente, rotatividade de emprego, propedêutica mais extensa, uso de seguros por invalidez e antecipação da aposentadoria são algumas das consequências da SB e estresse (BROWN; GOSKE; JOHSON, 2009). A Síndrome também pode acarretar aumento do risco de erros médicos e diminuição da satisfação ocupacional (SHANAFELT *et al*, 2010). Outros estudos também indicaram afastamento por licenças médicas, diminuição da produtividade, intenção de mudança de profissão, menor intenção de continuar atuando na medicina a longo prazo e autopercepção insuficiente quanto às habilidades laborais (DEWA *et al*, 2014).

Estudo transversal realizado com 136 médicos da atenção primária de um distrito israelense de um centro de saúde (denominado *Israeli health maintenance organization – HMO*) em 2007/2008 comparou os índices da SB através do MBI com

informações do banco de dados do HMO relativos a carga de trabalho objetiva de cada médico e número de exames de imagem solicitados (alto e baixo custo), encaminhamento para clínicas especializadas e tratamentos pela enfermagem. Identificaram que as taxas de referência para exames e clínicas especializadas aumentaram de forma independente para médicos especialistas em comparação com generalistas ($\beta = 0,31$, $P < 0,01$), para aqueles com níveis mais elevados de *burnout* ($\beta = 0,20$, $P < 0,05$) e com aumento da carga de trabalho objetiva ($\beta = 0,18$, $P < 0,05$) (KUSHNIR *et al*, 2014).

Já no âmbito brasileiro da atenção primária à saúde (APS), uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas foi realizada entre 2005 e 2006 com 24 médicos de quatro equipes de saúde da família de Recife (selecionadas de acordo com critérios de conflitos na equipe, entre equipe e distrito, equipe e comunidade, acesso geográfico e violência pública na área) com o intuito de, a partir da perspectiva do *burnout*, abranger como os conflitos são apreendidos e reconstruídos por esses profissionais frente às questões com a instituição e desacordos quanto às atribuições dos membros que compõem a equipe de saúde da família. Os médicos apontaram uma grande divergência entre as expectativas e a realidade do trabalho, rejeição quanto à exigência de produtividade e priorização institucional da consulta médica, sofrimento ao perceberem desacordo quanto às atribuições profissionais dos membros das equipes, perda da identidade profissional e desejo de abandonar o cargo (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

Revisão sistemática demonstrou que a SB é fator de risco para doença coronariana e infarto agudo do miocárdio, além de redução da capacidade de fibrinólise e hipoatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (KAKIASHVILI; LESZEK; RUTKOWSKI, 2013).

Pesquisa com cirurgiões americanos quanto à ideação suicida indicou que esta tem associação direta com síndrome de *Burnout*, erro médico e sintomas depressivos, e relação inversa com a percepção de qualidade de vida. Além disso, indicou que após a recuperação da SB o risco de suicídio diminui, ou seja, a ideação é reversível (SHANAFELT *et al*, 2012). Outra avaliação também conduzida com cirurgiões estadunidenses apontou que a participação em programas que visam o bem-estar

(*wellness programmes*) estava relacionada a menor incidência de SB. Esse programa incluiu estímulos à prática de exercícios físicos, cuidados rotineiros com a saúde, gozar as férias e ter uma perspectiva mais positiva. Contudo, os resultados observados podem indicar um viés de seleção ao avaliar sujeitos que possam ter personalidades que inerentemente já são menos propensas ao risco de sofrer a SB, por terem mecanismos de defesa psíquicos mais saudáveis (SHANAFELT *et al*, 2012).

Pesquisa buscando estimar a prevalência do *burnout* (ou síndrome da estafa profissional) em médicos cancerologistas identificou, dentre 136 profissionais (dos 645 membros da Sociedade Brasileira de Cancerologia em 2003/2004 – taxa de resposta de 21%), 15,7% com *burnout* ao se considerar níveis moderados ou graves nas três dimensões. Giglio e colaboradores (2006) utilizaram o questionário de Maslach (*Maslach Burnout Inventory*) com seus pontos de corte, e observaram exaustão emocional (EE) moderada (19 a 26 pontos) ou grave (pontuação maior ou igual a 27) em 55,8%; 96,1% para despersonalização (DP) moderada (6 a 9) e alta (≥ 10), e 23,4% para realização profissional (RP) moderada (34 a 39) e alta (0 a 33). Além disso, ao abordar um questionário de opinião e outro geral (variáveis sociodemográficas), constataram-se correlações estatísticas significativas entre menores níveis de EE e cancerologistas que tinham *hobby* ou prática de atividades físicas ($p=0,008$), bem como maiores níveis de DP naqueles que trabalhavam somente em unidades de saúde privadas (GIGLIO *et al*, 2006).

A relevância da SB para a área de saúde coletiva e para os profissionais de saúde é inquestionável, pois além de comprometer a saúde dos que atuam nos serviços, provocar a deterioração da qualidade do cuidado prestado com conseqüente insatisfação do usuário, ela leva ao maior absenteísmo e maior rotatividade de recursos humanos, causando distúrbios organizacionais e perda de eficiência (KOUR, 2019; EATON, 2019).

1.2 Atenção primária em saúde (APS) e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Segundo Carvalho (2013a), a história da assistência à saúde no Brasil passa obrigatoriamente pela filantropia, principalmente pela via religiosa nas Santas Casas e outras instituições de caridade. Além disso, predominava também o modelo liberal privado tradicional, com remuneração direta, antes de 1930 (BRASIL, 1997).

O Estado se ocupava de algumas intervenções pontuais, como saneamento básico e/ou vacinação frente a epidemias, tais como o saneamento no Rio de Janeiro e vacinação contra a varíola no final do século XIX e início do XX (BRASIL, 1997). É importante destacar alguns apontamentos de Finkelmann (2002) de que o país era considerado “um mundo sem mal” até metade do século XIX, apesar de diversas cidades serem um celeiro de doenças. Essa imagem pública de país saudável foi consideravelmente alterada somente com a epidemia de febre no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, que ocasionou mortes na elite carioca e levantou a questão sanitária como um problema político e científico importante. Em virtude das diferentes respostas imunológicas de acordo com os grupos étnicos que constituíam o país, cada enfermidade também despertava inevitáveis tensões sociais; até porque havia inúmeras controvérsias quanto ao processo patológico das enfermidades infecciosas.

As instâncias governamentais se ocupavam de algumas ações de intervenção em doenças negligenciadas, como a tuberculose, hanseníase e os transtornos mentais. Somente com a Lei Elói Chaves, de 1923, um sistema mesclando saúde e previdência passa a ser destinado apenas aos trabalhadores de grandes empresas, passando das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) aos institutos, até o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Outra iniciativa foram os Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), que ocorreram principalmente no Norte e Nordeste do país, com certo financiamento dos Estados Unidos e destinados às populações envolvidas na extração de manganês e borracha. Posteriormente, foram transformados em Fundação Sesp, um dos programas mais completos de assistência à saúde até aquele período. Outras classes de trabalhadores se arranjaram em associações que visavam

a assistência à saúde, falecimento e invalidez ocupacional via auxílio mútuo (MENICUCCI, 2014).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde no final do ano de 1963 apontava para a criação de um sistema de saúde destinado a todos (como direito) e com uma organização mais centralizada no município. Contudo, as propostas foram interrompidas frente ao golpe militar de 1964. Durante o regime militar, as poucas iniciativas não prosseguiram, tal como o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (Piass) – uma reedição da Fundação Sesp destinada à atenção a regiões mais carentes. Posteriormente, também foi criado, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que ficou responsável pela assistência médica do trabalhador registrado e de algumas empresas menores que não tinham planos de saúde. Desse modo, ao INPS ficou a responsabilidade de concessão beneficiária, e a gestão das finanças coube ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) (MENICUCCI, 2014; CARVALHO, F., 2013).

Carvalho (CARVALHO, F., 2013) destaca que, apesar da repressão militar, uma conjuntura sociopolítica e econômica propiciou os avanços que se seguiriam e que buscavam a assistência integral à saúde como um direito a todos os brasileiros e um dever estatal. Essa confluência incluiu os movimentos populares (principalmente os formados por cidadãos politizados da periferia de São Paulo, desassistidos de tudo nas condições miseráveis de vida), associações de vilas e bairros, a Igreja Católica, as faculdades de medicina (que buscavam por um modelo acadêmico mais assistencial e menos hospitalar, e criaram os departamentos de medicina social; algumas implantaram equipes de atenção primária similares aos modelos internacionais, com médico, enfermeiro e agentes de saúde – uma nova categoria), partidos políticos progressistas e algumas prefeituras (que tinham intenções mais progressistas e acabaram constituindo o movimento municipalista de saúde). Toda essa conjuntura era reforçada pela declaração de Alma-Ata e sua ênfase na atenção primária à saúde.

Na década de 80 foi criada, em decorrência de uma crise previdenciária, uma parceira da previdência com a saúde pública estadual e municipal, que recebiam recursos para

assistência ambulatorial primária, principalmente, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (CARVALHO, F., 2013). As AIS foram aperfeiçoadas e constituíram os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) de 1987 a 1991, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado. Cordeiro (2001) destaca que a conjuntura de criação do SUS no Brasil se deu em um cenário de redemocratização do país, mobilização social, entidades civis e também dos partidos políticos, em que o foco central era a definição de novas atribuições do Estado na formulação e implantação das políticas públicas de saúde. Permeando isso, a expansão da cobertura e assistência à saúde, melhoria na assistência aos usuários, maior equidade, eficiência nos serviços ofertados e também a viabilidade financeira e fiscal do sistema de saúde foram contemplados no projeto. Considerando a parcela exponencial com os gastos hospitalares (aproximadamente 70% dos recursos), dificuldade de acesso aos cuidados básicos e baixa resolubilidade, o novo modelo de saúde definiu a atenção básica de saúde como a porta principal de entrada no sistema, níveis de hierarquização do sistema e integralidade entre os níveis (CORDEIRO, 2001).

A Constituição de 1988 determinou as diretrizes pelas quais essa rede hierarquizada e regionalizada nortearia suas ações e serviços de saúde, a saber: descentralização, participação da comunidade e atendimento integral; e reforço das ações preventivas sem prejuízo das assistenciais. Também propôs o financiamento diversificado a partir da seguridade social, União, Estados e municípios (BRASIL, [2018]).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 pelo Ministério da Saúde formalizou os agentes de saúde e, em 1994, este foi expandido para o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF visava a reorganização da assistência básica municipal baseada na atuação das equipes de saúde da família (ESF), formadas por um enfermeiro, um médico, um a dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 1998; 2017).

Por meio da Portaria de nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu a revisão das diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, mantendo os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade; e os princípios organizacionais de: regionalização e hierarquização;

territorialização; população adstrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. Além disso, reforçou o direito à assistência integral e gratuita, bem como a proibição de qualquer tipo de exclusão, seja por limitação física, intelectual, funcional, nível socioeconômico, etnia, cor/raça, gênero, idade, identidade de gênero, orientação sexual, religião/crença, estado de saúde, nacionalidade, etc. (BRASIL, 2017).

Cordeiro (2001) analisa diversas questões quanto às reformas no sistema de saúde e aos processos de trabalho e destaca que, frente às questões econômicas e políticas, essas reformas se centram na restrição de gastos em investimentos nos serviços e na remuneração dos trabalhadores, bem como na redução do quadro de recursos humanos. O autor ainda aponta que, apesar da reforma sanitária brasileira ter dado valor à formação, atualização e emprego dos trabalhadores da saúde, na prática, salvo raras exceções, não foram implantadas políticas coerentes e adequadas. Desse modo, a divergência entre profissionais de unidades federais, estaduais e municipais trabalhando na gestão descentralizada ocasionou certos conflitos e discriminações. Houve, por exemplo, conflitos ideológicos entre a tradição técnico-burocrática de atenção médico-centrada, no nível hospitalar, dos funcionários federais oriundos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e incorporados ao Ministério da Saúde, e os sanitaristas da saúde pública de outros níveis. Esta situação exemplifica a cronificação de problemas administrativos e funcionais.

Soma-se a tal quadro a expansão das formas de “flexibilização” de contratos temporários e precários, descontinuidade e fragmentação do trabalho, ausência de incentivos quanto à capacitação, atualização, planos de carreira, cargos ou salários e terceirização de certos serviços prestados, o que corrobora para a diminuição do compromisso público do servidor, pouca participação, insatisfação e baixa autoestima. Outros fatores prejudiciais são a gestão insuficiente, os fluxos rígidos, avaliação de desempenho insuficiente e a distribuição, composição e disponibilidade da força de trabalho desequilibrados (CORDEIRO, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a ocorrência da síndrome de *Burnout* entre profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Belo Horizonte-MG.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar os principais fatores associados à Síndrome de *Burnout*.
- Construir indicadores associados à Síndrome de *Burnout*.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, viabilizado por meio de questionário semiestruturado (autoaplicável e anônimo) com profissionais da atenção primária à saúde, aplicado por meio de um inquérito de base institucional.

Este estudo é um recorte de um projeto de pesquisa maior, intitulado “Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde”, promovido pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A metodologia do projeto é quali-quantitativa e compõe-se de entrevistas semiestruturadas com usuários dos serviços de saúde, profissionais, gerentes locais e gestores; além de entrevistas abertas com informantes-chave da comunidade, gerentes e gestores dos dois municípios estudados (Belo Horizonte e Ribeirão das Neves).

3.2 Locais do estudo

Neste trabalho, o estudo foi realizado nos centros de saúde do Programa de Saúde da Família, que constituem a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Belo Horizonte/Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por meio de questionário autoaplicável aos profissionais que trabalhavam nas unidades de saúde selecionadas e satisfaziam o critério de inclusão: trabalhar há, no mínimo, um ano naquela Unidade Básica de Saúde (UBS)². Foi

² As UBS são também nomeadas como centros de saúde.

calculada amostra por conglomerado, em um estágio representado pela abordagem de todos os profissionais, de todas as áreas e níveis de conhecimento, que estivessem presentes nas Unidades, no momento da pesquisa. Desta forma, foram sorteadas aleatoriamente 45 Unidades Básicas de Saúde, sendo cinco de cada um dos nove distritos de Belo Horizonte, a saber:

- ✓ Barreiro (Barreiro, Tirol, Independência, Pilar/Olhos D'água e Regina);
- ✓ Centro-Sul (Menino Jesus, Nossa Senhora de Fátima, Oswaldo Cruz, Padre Tarcísio/Nossa Senhora da Conceição e Santa Lúcia);
- ✓ Leste (Horto, Mariano de Abreu, Pompeia, São Geraldo e Taquaril);
- ✓ Nordeste (Alcides Lins, Cidade Ozanan, Conjunto Paulo VI, Nazaré e São Paulo);
- ✓ Noroeste (Carlos Prates, Jardim Filadélfia, Pedreira Prado Lopes, Santos Anjos e São Cristóvão);
- ✓ Norte (Heliópolis, Jaqueline, Primeiro de Maio, São Tomaz e Tupi);
- ✓ Oeste (Conjunto Betânia, Palmeiras, São Jorge, Vila Leonina e Waldomiro Lobo);
- ✓ Pampulha (Confisco, Padre Joaquim Maia, Santa Rosa, Santa Terezinha e Serrano);
- ✓ Venda Nova (Andradas, Copacabana, Jardim Europa, Jardim Leblon e Piratininga).

Além desse critério, exigiu-se que em toda UBS ao menos um profissional das seguintes categorias deveriam responder ao questionário: médico da equipe de saúde da família ou médico de apoio, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

O contato com os profissionais participantes da pesquisa foi mediado pela abordagem dos aplicadores e ocorreu de forma espontânea em seus ambientes de trabalho. Foram convidados todos os trabalhadores dos turnos do dia da aplicação na unidade. O horário de funcionamento dos centros de saúde de Belo Horizonte é de 07:00 às 18:00. A aplicação foi mediante agendamento prévio com a gerência da UBS e distrito sanitário da regional. Além disso, foi facultada aos participantes a garantia de privacidade e o tempo adequado para responder ao questionário; de modo que os

aplicadores informavam que estariam recolhendo os questionários até o final do dia da aplicação. Em algumas unidades ocorreu retorno esporádico, com a intenção de se evitar perda de respondentes.

Baseando-se nos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, o município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, possui o modelo de assistência da Atenção Primária à Saúde (APS), com a Estratégia de Saúde da Família como base central. Desse modo, o centro de saúde se constitui como coordenador do cuidado no território, e também como a principal porta de entrada. A rede SUS/Belo Horizonte conta com 152 centros de saúde e 588 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (PBH, 2018; AGUIAR, 2007).

Os centros de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte são classificados de acordo com uma classificação de risco em A, B, C e D. Essa graduação define um abono salarial de estímulo quanto à fixação de profissionais de saúde nas unidades (classificação A é sem abono, e D recebe o maior valor de adicional, por exemplo). Esse abono é pago desde 2006. A criação desse sistema se deu, principalmente, em virtude da intenção de fixar os médicos em centros de saúde que não conseguiam manter suas equipes de saúde da família completas. No período da criação, um dos fatores que mais se destacavam era a violência local (mensurada a partir de dados colhidos do Sistema de Informação Hospitalar e Sistema de Informação de Mortalidade). Contudo, recorrentemente essa classificação é questionada, frente às mudanças do perfil de usuários adstritos às unidades ao longo dos anos, e também em função das divergências na classificação. Por exemplo: dois centros de saúde que distam cerca de um a dois quilômetros têm classificações discrepantes, bem como unidades bastante centrais, mas próximas a regiões muito violentas, são classificadas como A (sem abono). Outra crítica é desconsiderar a infraestrutura da unidade básica, que inicialmente estava na proposta como um dos critérios de mensuração do risco (PBH, 2018; 2013).

A última classificação de risco é baseada no índice de vulnerabilidade social (um constructo definido por indicadores como acesso a saneamento básico, escolaridade e renda média familiar), densidade da instabilidade e distância dos centros de saúde em relação à região central da capital. A densidade de instabilidade é fundamentada

pelo número de equipes do centro de saúde e o tempo e número de equipes descobertas em um intervalo de 20 meses, sendo definida por um cálculo (número de equipes de saúde da família descobertas em determinado período, avaliado sobre o número de equipes do centro de saúde vezes o número de meses do período considerado). Contudo, essa classificação é constantemente criticada pelos sindicatos e em audiências públicas na Câmara Municipal (PBH, 2018; 2013).

3.3 População do estudo

A população fonte deste estudo, como já se disse, foi constituída de todos os profissionais de saúde das UBS especificamente selecionadas para este estudo e que estavam na Unidade no dia da aplicação da pesquisa, exceto os profissionais que trabalhavam há menos de um ano naquela determinada UBS, e aqueles que estavam afastados do trabalho por algum tipo de licença (maternidade, capacitação profissional, por motivo de doença ou outro motivo), férias, transferidos para outros setores/unidades ou mesmo que não estavam trabalhando no dia específico da aplicação. Embora tal situação não tenha sido presenciada, trabalhadores que estavam em processo de demissão no período da fase de coleta de dados também seriam excluídos.

Apesar de poder ser considerada um viés de seleção, a exclusão dos profissionais que estavam afastados por algum tipo de licença se justificou porque esses profissionais poderiam estar vivenciando outros períodos de concepção de vida, como a maternidade, por exemplo, ou mesmo já estarem doentes – diferente da amostra que tentou identificar as pessoas que poderiam estar enfrentando potenciais riscos de adoecer.

Todos que tinham algum vínculo empregatício com a UBS há mais de um ano foram convidados: gerentes; profissionais de nível superior, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), caso existisse; equipes da zoonose; auxiliares de enfermagem; guardas municipais; equipe do administrativo; agentes comunitários de saúde; equipe

de saúde mental; equipe de saúde complementar; e serviços gerais. Foram, portanto, considerados os profissionais que exercem atividades direta e indiretamente associadas à prestação de cuidados com usuários, a fim de se tentar uma visão mais ampla no contexto da atenção primária.

Os questionários foram aplicados por um grupo de graduados³, sob orientação dos pesquisadores. Todos os aplicadores passaram por orientações prévias quanto à forma de abordagem, distribuição e coleta dos questionários. A aplicação correu após contato inicial com os profissionais da Unidade por meio de esclarecimentos quanto à pesquisa e viabilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após concordarem e assinarem os Termos, os profissionais puderam responder, individualmente, o questionário, ao longo do turno de trabalho. Os aplicadores da pesquisa estavam disponíveis no centro de saúde ao longo daquele dia específico para eventuais esclarecimentos quanto a dúvidas no questionário e também para os recolherem. Os questionários foram respondidos ao longo do período de funcionamento da UBS, salvo raras exceções, e a equipe de aplicação retornou ao local para resgatar os questionários respondidos.

A atuação dos pesquisadores/aplicadores ocorreu de março a maio de 2017 e, posteriormente, em dezembro de 2017, quando alguns aplicadores retornaram aos centros de saúde para completar o critério de inclusão quanto a um profissional de cada categoria participando da pesquisa (médico da equipe de saúde família ou médico de apoio, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde).

³ Os aplicadores do questionário da pesquisa tinham formações diversas, todas em nível superior completo, nas áreas da Fonoaudiologia, Psicologia, Direito, Administração, Medicina, Serviço Social, Odontologia e Enfermagem.

3.4 Instrumentos

A pesquisa “Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”, na qual se aninha este trabalho, utilizou, para as entrevistas, questionário semiestruturado em 16 blocos: Características pessoais, Trabalho, Trabalho na sua unidade, Matriciamento em Saúde Mental, Atividades físicas, Relação com a Secretaria Municipal de Saúde, Relações interpessoais na unidade de trabalho, Relacionamento com o usuário, Relação entre colegas e os usuários, Atendimento de situações de violência na unidade, Situações de violência na área de abrangência da unidade, Vivência de situações de violência, Enfrentamento da violência, Doenças estigmatizantes, Papéis de gênero, Assistência farmacêutica. Este questionário foi elaborado de acordo com subsídios de outros instrumentos e da literatura, sendo então analisado por mestrandos do Programa e, posteriormente, testado em estudo piloto com entrevista direta dos aplicadores em profissionais do centro de saúde Capitão Eduardo, da Regional Nordeste da rede SUS do município de Belo Horizonte, e considerando as diferentes categorias profissionais da unidade (agente comunitário de saúde, agente de combate a endemias, médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, dentista, gerente, técnico/auxiliar de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais, guarda municipal, auxiliar administrativo, médico de apoio). Posteriormente, discutiram-se as dificuldades apresentadas na aplicação e ajustes foram realizados para o modelo final para a pesquisa. Esse centro de saúde foi excluído do sorteio posterior das UBS. Ressalte-se que o mesmo questionário já havia sido testado no município de Ribeirão das Neves, quando foi aplicado aos profissionais de todas as UBS desse município, gerando várias dissertações de Mestrado e algumas publicações – tal experiência permitiu ajuste fino e bem qualificado do questionário (Apêndice A).

Para o presente trabalho foram utilizadas as variáveis sociodemográficas e aquelas relativas ao trabalho e às relações de trabalho, tal como descrito a seguir. Também foi utilizado neste estudo: o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)*, traduzido e validado no Brasil por Benevides-Pereira (2001), Lautert (1995) e Tamayo (1997). O *MBI-HSS* é constituído de 22 afirmações associadas ao

comportamento e sentimento quanto aos aspectos do trabalho que compõem as três dimensões do *burnout*: exaustão emocional (nove citações), despersonalização (cinco) e realização profissional (oito). Assim, o questionário permite descrever cada um dos aspectos fundamentais do *burnout* de forma independente. Cada afirmação é avaliada com sete opções de respostas do tipo *Likert*, variando de um a sete: nunca (1); algumas vezes ao ano ou menos (2); uma vez ao mês ou menos (3); algumas vezes durante o mês (4); uma vez por semana (5); algumas vezes durante a semana (6); todo dia (7). Habitualmente, os estudos usam de zero a seis. Todavia, nesta pesquisa as respostas foram recodificadas posteriormente no banco de dados.

Considerando que a Síndrome de *Burnout* engloba três dimensões, o diagnóstico é verificado com as seguintes alterações: elevada exaustão emocional (> 25), elevada despersonalização (> 8) e baixa realização profissional (< 34). Os critérios utilizados foram estimados pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB), conforme especificados na Tabela 2, a seguir. Os pontos de corte utilizados foram definidos na validação do *MBI* em 595 moradores da cidade de Maringá/PR, de diferentes categorias profissionais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Tabela 2 – Critérios das dimensões da Síndrome de *Burnout*

Aspecto	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão emocional	0 a 15	16 a 25	26 a 54
Despersonalização	0 a 2	3 a 8	9 a 30
Realização profissional	0 a 33	34 a 42	43 a 48

Fonte: adaptado de Benevides-Pereira (2002)

Não existe um consenso na literatura quanto à interpretação da escala *MBI* e seus pontos de corte. Ao longo das últimas décadas, o diagnóstico da Síndrome de *Burnout* foi definido a partir da manifestação de grau elevado em duas ou somente uma das dimensões. Há ainda autores que consideram a “tendência ao *Burnout*” quando uma das dimensões se encontra alta e as outras na média (REINHOLD, 2004 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Ainda diversos trabalhos definem a identificação da SB de modo variável, considerando somente uma das três dimensões alterada ou até duas dimensões, sugerindo uma propensão/tendência à SB (Grunfeld *et al*, 2000 *apud*

MARTINS *et al*, 2014; GALINDO *et al*, 2012; MOREIRA *et al*, 2009; MASLACH, LEITER, 2008).

3.5 Variáveis e fontes de dados

A pesquisa foi desenvolvida utilizando fonte de dados dos questionários aplicados, de modo que os dados de natureza quantitativa e qualitativa foram armazenados em banco de dados do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0. As variáveis contempladas no estudo são:

- ✓ características pessoais: sexo; idade (calculada a partir da data de nascimento informada); estado civil; cor/raça; grau de instrução;
- ✓ trabalho: tempo que trabalha na UBS; função ocupada na Unidade; tipo de vínculo profissional com a Secretaria Municipal de Saúde; carga horária de trabalho semanal na UBS; turno de trabalho; existência de outro vínculo de trabalho além da atenção primária à saúde; ocorrência de trabalho em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais); opinião sobre a participação dos trabalhadores nas decisões da Unidade; percepção quanto à existência de conflitos na Unidade; opinião quanto ao cumprimento dos horários pelos profissionais; ocorrência de momentos de encontros da equipe para planejamento e organização dos trabalhos; satisfação com o trabalho; elementos de fortalecimento/enfraquecimento que podem interferir no vínculo profissional com a UBS (distância trabalho-residência; mercado de trabalho; remuneração; condições de trabalho na UBS; situação de violência; relações interpessoais com equipe e usuários; perfil e formação profissional; tipo de trabalho realizado na atenção primária em saúde); opinião sobre a Secretaria Municipal de Saúde levar em conta as reivindicações dos trabalhadores;
- ✓ relações interpessoais na unidade de trabalho e relacionamento com o usuário: ocorrência de episódios em que foi vítima de ameaças e agressões (física,

verbal, moral ou psicológica, sexual, *bullying* ou intimidação) por algum usuário e/ou profissional da Unidade;

- ✓ relação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA): percepções quanto à consideração das reivindicações dos profissionais da UBS, autonomia perante a SMSA e participação nas formulações das políticas públicas para o município;
- ✓ variáveis que compõem o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), validado no Brasil por Benevides-Pereira (2001), Lautert (1995) e Tamayo (1997).

A partir das 22 perguntas contempladas no *Maslach Burnout Inventory* (MBI), formulou-se um Índice da Síndrome de *Burnout* (ISS) que contempla as três dimensões da Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional), graduado de 0,0 a 1,0. Nesta graduação, quanto maior o índice, maior a expressão da Síndrome de *Burnout*; dado que níveis elevados indicam um grau alto nas três dimensões. Esse Índice da Síndrome de *Burnout* (ISS) permitiu a comparação de algumas variáveis por meio de gráficos do tipo *Boxplot*.

A partir das perguntas relativas à autonomia, mensurou-se um índice de Grau de Autonomia estratificado em baixo, moderado e alto. Esse índice foi estabelecido de acordo com as seguintes perguntas:

- ✓ *As decisões na unidade contam com a participação dos trabalhadores?*
- ✓ *Há conflitos no desenvolvimento do trabalho?*
- ✓ *Existem momentos de encontros da equipe para planejamento e organização dos trabalhos?*
- ✓ *Os profissionais têm a oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua unidade?*
- ✓ *A Secretaria Municipal de Saúde leva em conta as reivindicações dos profissionais da unidade?*
- ✓ *Os profissionais na unidade têm algum grau de autonomia perante a Secretaria Municipal de Saúde?*
- ✓ *Os profissionais participam da formulação das políticas de saúde para o município?*

Inicialmente o índice foi estabelecido de 0 a 1,0, sendo que quanto maior o índice, pior é a percepção do profissional quanto à autonomia em seu campo de atuação frente às decisões e à participação nos planejamentos, em nível local e diante do órgão gestor. Posteriormente, o índice foi graduado de acordo com percentil (p33 e p66).

Além disso, o ISS foi dicotomizado para testagem em modelo de regressão logística. Por não ser uma variável dicotômica, utilizou-se a mediana como referência, sendo atribuído a valores acima da mediana o valor 1, e a valor abaixo ou igual, o valor 0. As variáveis explicativas alusivas aos fatores sociodemográficos e relacionadas ao trabalho e violência foram dicotomizadas de acordo com os Quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas dicotômicas

Variável sociodemográfica		
	Respostas	Variável dicotômica
Faixa etária	Até 40 anos	Sim (1)
	Acima de 40 anos	Não (0)
	Não informado	N/I (99)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 2 – Variáveis ocupacionais dicotômicas

Variáveis ocupacionais		
	Respostas	Variável dicotômica
Há conflitos no desenvolvimento do trabalho?	Sempre / quase sempre	Sim (1)
	Raramente / nunca	Não (0)
	Não informado	N/I (99)
Perfil e formação profissional como fator de fortalecimento para o vínculo do profissional com a UBS	Sim	Não (0)
	Não	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Condições de trabalho como fator de enfraquecimento o vínculo do profissional com a UBS	Sim	Sim (1)
	Não	Não (0)
	Não informado	N/I (99)

Continua

Quadro 3 – Continuação

Variáveis ocupacionais		
Em sua opinião, os horários são cumpridos por todos?	Sempre / quase sempre	Sim (0)
	Raramente / nunca	Não (1)
	Não informado	N/I (99)
Você está satisfeito com o seu trabalho?	Sempre / quase sempre	Sim (0)
	Raramente / nunca	Não (1)
	Não informado	N/I (99)
Você participa da Comissão Local de Saúde (CLS) da sua unidade?	Sim	Sim (0)
	Não	Não (1)
	Não informado	N/I (99)
Situação de violência como fator de enfraquecimento o vínculo do profissional com a UBS	Sim	Sim (1)
	Não	Não (0)
	Não informado	N/I (99)
Grau de instrução - ensino médio completo (EM)	Até o EM	0
	Acima do EM	-1
	Não informado	N/I (99)
Distância do trabalho a residência como fator de fortalecimento para o vínculo do profissional com a UBS	Sim	Não (0)
	Não	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Quais os tipos de violência você já atendeu aqui na Unidade? (agressões física, verbal, moral ou psicológica, sexual, <i>bullying</i> ou intimidação; negligência ou abandono, trabalho infantil, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais ou cuidados necessários)	Sempre / quase sempre	Sim (0)
	Raramente / nunca	Não (1)
	Não informado	N/I (99)
Que tipo de violência você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade? ((física, verbal, moral ou psicológica, sexual, <i>bullying</i> ou intimidação, negligência ou abandono, trabalho infantil, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais ou cuidados necessários)	Sempre / quase sempre	Sim (0)
	Raramente / nunca	Não (1)
	Não informado	N/I (99)

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir das perguntas relativas à ocorrência de ameaça por usuário e agressões por profissionais da UBS e/ou usuários (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, *bullying* ou intimidação), formulou-se o Índice de Violência Sofrida (IVS). Posteriormente, o IVS também foi dicotomizado de acordo com a mediana. Já o Índice de violência na UBS e no entorno (IVE) inclui atendimento de: casos frequentes de violência (interpessoal, doméstica, institucional, estrutural/exclusão social); agressões (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, *bullying* ou intimidação); negligência ou abandono, trabalho infantil, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais ou cuidados necessários; casos de violência contra criança, idoso, adolescente, mulher, homem, deficiente físico ou mental e trabalhador); presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da UBS (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, *bullying* ou intimidação, negligência ou abandono, trabalho infantil, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais ou cuidados necessários e assassinato).

Ressalta-se que a definição dos parâmetros para a reclassificação das variáveis foi realizada de acordo com as apreciações de frequência das respostas, análise da literatura científica especializada e também com a experiência ocupacional dos pesquisadores com a temática em questão.

3.6 Análise dos dados

A avaliação dos dados compreendeu análises univariada, bivariada e regressão logística. Na análise univariada foi realizada a distribuição das frequências das variáveis e calculada a média, mediana e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. A análise bivariada foi usada para verificar a associação entre as três dimensões do *burnout* e as variáveis sociodemográficas e laborais, utilizando o teste qui-quadrado de homogeneidade.

A regressão logística multivariada foi utilizada para analisar a relação entre fatores sociodemográficos e ocupacionais e diferentes padrões diagnósticos da SB, bem

como o Indicador da Síndrome de *Burnout* (ISS). De acordo com Lindsey (1997), a regressão logística permite estimar probabilidades para as categorias de uma variável qualitativa a partir de um modelo linear generalizado. As variáveis resposta e explicativas foram recodificadas no formato “sim” e “não” para se tornarem dicotômicas e, então, promoverem uma interpretação mais fácil das razões de chances e também aumentar o tamanho da amostra em cada nível. O teste de Hosmer e Lemeshow foi utilizado para avaliar o modelo ajustado da regressão logística. Nesse teste há uma avaliação do modelo proposto a partir das distâncias entre as probabilidades observadas e ajustadas, em que os dados das probabilidades estimadas, da mais baixa à mais alta, são associados e posteriormente o teste qui-quadrado determina se as frequências observadas estão próximas às esperadas. Basicamente esse teste ratifica se o modelo proposto pode esclarecer bem o que se observa (significado de H_0) (HOSMER, LEMESHOW, 1980; LEMESHOW, HOSMER, 1982).

Inicialmente todas as variáveis com um valor $\leq 0,25$ são aspirantes ao modelo logístico, sendo que só permanecem no modelo final aquelas com valor $p \leq 0,05$ na análise final. Além disso, o teste também calcula o *odds ratio* (OR), ou razão de chances, para todas as variáveis do modelo proposto com um intervalo de confiança de 95% (R FOUNDATION..., 2012).

Os indicadores são definidos pela recodificação das respostas de cada variável, de forma que a soma dos pesos seja igual a “zero”. Somam-se todas as respostas encontradas e subtrai-se o valor mínimo; este resultado é dividido pela subtração do valor máximo pelo mínimo. Logo, o indicador trabalha com distâncias.

Para cada modelo de regressão logística foi calculada área sob a curva ROC (AUC), a fim de testar a precisão do modelo. A curva ROC (“*Receiver Operating Characteristic*”) é medida estatística que determina a capacidade de uma classificação correta dentro de uma chave dicotômica, ou seja, determina a validade de um diagnóstico a partir da capacidade de minimizar o máximo possível os erros (falsos resultados positivos) e detectar os acertos (resultados positivos verdadeiros), respectivamente a especificidade e sensibilidade. A área sob a curva ROC (nomeada como AUC: “*area under the ROC curve*”) é um importante indicador da precisão total

independente de um limiar particular que mede a capacidade discriminativa de um teste (classificar adequadamente os com ou sem doença, por exemplo). Logo, quanto maior a AUC, melhor é o teste. A curva ROC associada ao modelo logístico mensura a capacidade de predição do modelo proposto, através das predições da sensibilidade e especificidade. Fawcett (2006) destaca que esta curva serve para visualizar, organizar e classificar o modelo com base na performance preditiva. É uma representação bidimensional que relaciona a taxa dos verdadeiros positivos e a taxa dos falsos positivos preditos. A classificação perfeita/excelente ocorre no ponto operacional ideal (0, 1), ou seja, quando se tem simultaneamente uma taxa nula de falsos positivos e uma taxa máxima de verdadeiros positivos. Segundo Tharwat (2018) não existe um valor escalar que representa o desempenho esperado e, por isso, não é fácil comparar diferentes modelos ou classificadores na curva ROC. Uma medida de precisão de classificadores é a medida da área sob a curva ROC (AUC) que gera um escore da AUC compreendido entre 0 e 1. Não há um classificador realista com uma AUC menor que 0,5. Ao comparar dois ou mais classificadores, o melhor desempenho será atribuído ao classificador com maior AUC. Em geral, essa precisão é excelente quando AUC está entre 0,90 e 1,00; boa entre 0,80 e 0,90; regular entre 0,70 e 0,80; ruim entre 0,60 e 0,70 e fraca/inútil entre 0,50 e 0,60.

3.7 Aspectos éticos

De acordo com as normas da Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo A) e também ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/BH) (Anexo B), além da obtenção do consentimento dos profissionais e instituições envolvidas. O projeto foi aprovado no CEP-SMSA/BH em abril de 2016 (CAAE 01140812.1.3001.5140), no parecer de número 1.512.402.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto: aos objetivos desta; à garantia de sigilo e segredo das informações pessoais; à

participação voluntária e gratuita; à possibilidade de recusa e interrupção da pesquisa em qualquer tempo e sem eventuais problemas de qualquer natureza; ao uso dos dados obtidos somente na pesquisa, e dos resultados publicados em artigos e eventos científicos; à ausência de riscos à integridade física; à possibilidade de benefícios, ao acreditar que os resultados possam ajudar a fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução de problemas avaliados e também políticas públicas; e à destruição dos materiais dos questionários após elaboração do trabalho. Baseando-se no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e nas condições nele expostas, os profissionais que consentiram assinaram o Termo.

Os resultados deste estudo serão divulgados, independentemente das implicações, e se tornarão públicos para a comunidade científica e também a quem se interessar. Essa publicidade será mediada por meio da publicação da dissertação de mestrado, apresentação em eventos científicos e publicação em periódicos.

Será garantido o resguardo da identidade e integridade do público alvo em questão, a fim de que os dados coletados tenham a finalidade única e exclusiva para trabalhos científicos. Os profissionais de saúde foram informados de que os dados seriam identificados por um código de letras e números.

Não houve remuneração dos participantes envolvidos na pesquisa, e o custo estimado foi arcado pelo grupo de pesquisadores e também por patrocínio da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Fundep), através de financiamento público a programas destinados ao estímulo à pós-graduação. Exceto o fato de que o pesquisador principal trabalhava em um dos serviços da rede secundária/terciária da rede SUS/BH, não houve nenhum outro conflito de interesse na execução do trabalho.

4 RESULTADOS

Dos 1276 questionários distribuídos, 1042 foram incluídos no estudo por estarem de acordo com o critério de inclusão (trabalhar há pelo menos um ano na Unidade Básica de Saúde) – representando uma taxa de 81,6% de retorno; ou seja, perdas ou não devolução dos questionários entregues foram em torno de 18,3% (234 questionários).

Dentre os distritos sanitários de Belo Horizonte, a regional do Barreiro apresentou a maior parcela da amostra, com 16,8%; seguida da Leste (13,6%) e Nordeste (12,6%), de acordo com a Tabela 3. Destaca-se que a regional Centro-Sul apresentou uma das menores parcelas (7,5%). Essa regional apresenta o menor número de centros de saúde, sendo que alguns nem possuem equipes de saúde da família.

Tabela 3 – Distribuição de acordo com a regional

Regional	n	%
Barreiro	175	16,8
Centro-Sul	78	7,5
Leste	142	13,6
Nordeste	131	12,6
Noroeste	123	11,8
Norte	106	10,2
Oeste	73	7
Pampulha	119	11,4
Venda Nova	95	9,1
Total	1042	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Tabela 4, a amostra do estudo foi majoritariamente do sexo feminino, com 81,4%. Quanto à faixa etária, 87,4% tinham entre 31 e 60 anos, somente 5,2% acima de 60 anos e 6,7% abaixo de 31 anos. O maior predomínio foi verificado na faixa etária de 41 a 50 anos (30,7%). A média da idade foi de 44,9 anos, com desvio-padrão de 10,1. A mediana foi 46 anos, e a variância de 102,6%, indicando uma elevada variabilidade entre as idades apresentadas. Quanto ao estado civil, a maioria se declarou como casado (49,3%), seguido de solteiros (25%) e divorciados (12,3%).

Destaca-se que casados, “amasiados” e os sob regime de união estável representam 59,9% da amostra. Em relação à autodenominação de cor/raça, a maior parte se definiu como parda (44,3%), seguida de branca, com 36,7%, e preta, com 16,5%. Logo, os pardos/pretos representaram 60,8%. Quanto à escolaridade, 38,2% concluíram o ensino médio, 15,5% curso técnico, 17,9% graduação e 19,9% pós-graduação; já o ensino fundamental incompleto (sem escolaridade) representou 1,2%.

Ao se comparar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* (três dimensões alteradas) e faixa etária, verifica-se que há associação estatisticamente significativa, observando-se uma diminuição da manifestação da Síndrome de acordo com o avançar da idade ($p=0,0025$). Não foi encontrada associação estatística significativa com a manifestação da Síndrome de *Burnout* e outras variáveis.

Tabela 4 – Manifestação de Burnout de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Variável	Manifestação da Síndrome de <i>Burnout</i>						Total		Valor <i>p</i>
	Não		Sim		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Faixa etária									
Até 30 anos	62	88,6	7	10	1	1,4	70	6,7	0,0025
31 a 40 anos	286	94,1	10	3,3	8	2,6	304	29,2	
41 a 50 anos	289	90,3	16	5	15	4,7	320	30,7	
Acima de 50 anos	322	94,7	5	1,5	13	3,8	340	32,6	
Sexo									
Feminino	789	93	30	3,5	29	3,4	848	81,4	0,8466
Masculino	177	91,7	8	4,1	8	4,1	193	18,5	
Não informado	1	100	0	0	0	0	1	0,1	
Estado civil									
Casado/união estável	577	92,5	24	3,8	23	3,7	624	59,9	0,8243
Viúvo	17	89,5	0	0	2	10,5	19	1,8	
Solteiro	243	93,5	10	3,8	7	2,7	260	25	
Divorciado	119	93	4	3,1	5	3,9	128	12,3	
Não informado	11	100	0	0	0	0	11	1,1	
Cor / raça									
Branca	355	92,9	19	5	8	2,1	382	36,7	0,3404
Amarela	19	95	1	5	0	0	20	1,9	
Preta	159	92,4	4	2,3	9	5,2	172	16,5	
Parda	428	92,6	14	3	20	4,3	462	44,3	
Não informado	6	100	0	0	0	0	6	0,6	

Continua

Tabela 3 - conclusão

Manifestação da Síndrome de <i>Burnout</i>									
Variável	Não		Sim		Não informado		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade									
Sem escolaridade	8	66,7	0	0	4	33,3	12	1,2	0,2479
Ensino fundamental	65	90,3	0	0	7	9,7	72	6,9	
Ensino médio	365	91,7	17	4,3	16	4	398	38,2	
Curso técnico	153	95	3	1,9	5	3,1	161	15,5	
Ensino superior	173	93	10	5,4	3	1,6	186	17,9	
Pós-graduação	198	95,7	8	3,9	1	0,5	207	19,9	
Não informado	5	83,3	0	0	1	16,7	6	0,6	
Tempo de trabalho na UBS									
1 a 4 anos	232	92,8	12	4,8	6	2,4	250	24	0,7885
5 a 9 anos	335	92,3	12	3,3	16	4,4	363	34,8	
10 a 14 anos	158	92,4	7	4,1	6	3,5	171	16,4	
15 a 19 anos	155	93,9	4	2,4	6	3,6	165	15,8	
20 a 24 anos	60	93,8	3	4,7	1	1,6	64	6,1	
25 a 29 anos	17	89,5	0	0	2	10,5	19	1,8	
30 a 33 anos	10	100	0	0	0	0	10	1	
Tempo de trabalho na UBS									
< 10 anos	567	92,5	24	3,9	22	3,6	613	58,8	0,8583
10 a 20 anos	313	93,2	11	3,3	12	3,6	336	32,2	
> 20 anos	87	93,5	3	3,2	3	3,2	93	8,9	
Função ocupada na UBS									
Membro da ESF	734	93	27	3,4	28	3,5	789	75,7	0,6235
Apoio da ESF	233	92,1	11	4,3	9	3,6	253	24,3	
Tipo de vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde									
Concursado	613	93,7	26	4	15	2,3	654	62,8	0,7076
Não concursado	332	91,2	12	3,3	20	5,5	364	34,9	
Não informado	22	91,7	0	0	2	8,3	24	2,3	
Turno de trabalho									
Manhã ou tarde	128	94,8	3	2,2	4	3	135	13	0,4837
Manhã e tarde	839	92,5	35	3,9	33	3,6	907	87	
Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)									
Sim	22	91,7	1	4,2	1	4,2	24	2,3	1
Não	930	93	35	3,5	35	3,5	1000	96	
Não informado	15	83,3	2	11,1	1	5	18	1,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 4, no que se refere ao tempo de permanência de trabalho na Unidade Básica de Saúde em que o questionário foi aplicado, a maior parcela da amostra (34,8%) estava na UBS entre 5 e 9 anos; um grupo pouco menor (32,2%) estava nas unidades há 10 a 19 anos. Destaca-se que 58,8% trabalhavam entre um e nove anos. A média de tempo de trabalho na mesma Unidade foi de 9,75 anos, com desvio-padrão de 6,42, mediana de 8 anos e variância de 41,3%. Quanto à jornada diária de trabalho, 72,5% informaram que trabalhavam 08 horas por dia, e 12,3% de 4 a 6 horas por dia. Em relação ao tipo de vínculo trabalhista, 62,8% tinham vínculo no regime concursado, 34,9% eram não concursados (contrato, temporário e terceirizado). A maior porcentagem informou que não tinha outro vínculo ocupacional (86,9% da amostra). Dos que têm outro trabalho, 19,2% relataram que realizam regimes de 24 horas seguidas.

A equipe de saúde da família é formada por um médico, um enfermeiro, um a dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo que desde a Portaria nº. 1.007, de 4 de maio de 2010, o Ministério da Saúde regulamentou a incorporação dos agentes de combate a endemias (ACE) nas equipes. Ressalta-se que a Portaria instituiu que a definição do número desses agentes fica a cargo da gestão municipal, que deve considerar diversos fatores associados ao território, tais como densidade demográfica, área do território, perfil epidemiológico e sanitário, e também as condições socioeconômicas e culturais (BRASIL, 2010). Os membros da Equipe de Saúde da Família compunham 75,7% da amostra, e os profissionais de apoio às equipes constituíram 24,3%, incluídos: médico de apoio (ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínica médica e medicina antroposófica), assistente social, dentista, técnico ou auxiliar de saúde bucal, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, auxiliar administrativo, gerente da Unidade, auxiliar de serviços gerais, guarda municipal, veterinário e estagiários. Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram a categoria profissional da equipe de saúde da família mais representada: 31,3% de toda a amostra. Em seguida, o auxiliar ou técnico de enfermagem (16,3%), segundo a Tabela 5.

Tabela 5 – Funções ocupadas pelos profissionais

Função ocupada na UBS	n	%
Agente comunitário de saúde	326	31,3
Agente de combate a endemias (ACE)	142	13,6
Assistente social	14	1,3
Auxiliar administrativo	43	4,1
Auxiliar de saúde bucal	38	3,6
Auxiliar de Serviços Gerais	12	1,2
Auxiliar ou técnico em enfermagem	170	16,3
Dentista	40	3,8
Enfermeiro	95	9,1
Gerente da UBS	22	2,1
Guarda municipal	3	0,3
Médico	56	5,4
Médico de apoio	13	1,2
Outra	11	1,1
Outro nível superior	8	0,8
Profissional NASF	30	2,9
Profissional da saúde mental	8	0,8
Técnico de saúde bucal	11	1,1
Total	1042	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando que a manifestação tradicional da Síndrome de *Burnout* engloba as três dimensões, o diagnóstico é verificado com as seguintes alterações: elevada exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional. Logo, a Síndrome de *Burnout* foi constatada em somente 3,6% da amostra, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Diagnóstico por alteração em todas as dimensões

Manifestação da Síndrome de <i>Burnout</i>	N	%
Não	967	92,8
Sim	38	3,6
Não informado	37	3,6
Total	1042	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Todavia, ao se considerar a manifestação da SB com nível elevado em somente um dos três espectros do *Burnout*, verifica-se uma manifestação de 44,7% – o que corresponde a aumento de 1.241%, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 – Diagnóstico por alteração em, no mínimo, uma dimensão

Manifestação da Síndrome de <i>Burnout</i>	N	%
Não	513	49,2
Sim	497	47,7
Não informado	32	3,1
Total	1042	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que a prevalência da SB entre os profissionais da Atenção Primária variaram de acordo com as diferentes definições: com o critério tridimensional foi de 3,3%, com o bidimensional 15,8% e com o unidimensional foi de 47,7% (Tabela 7).

Tabela 7 – Prevalência da Síndrome de *Burnout* entre profissionais da Atenção Primária

Dimensões Alteradas	Critérios da Síndrome de <i>Burnout</i>					
	Tridimensional		Bidimensional		Unidimensional	
	N	%	N	%	N	%
Sim	38	3,6	165	15,8	497	47,7
Não	972	93,3	845	81,1	513	49,2
Não informado	32	3,1	32	3,1	32	3,1
Total	1042	100	1042	100	1042	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 8 apresenta análise bivariada para cada uma das definições da Síndrome de *Burnout*, dependendo do critério utilizado: uma, duas ou três dimensões alteradas. Foram incluídas todas as variáveis que mostraram associação estatisticamente significativa pelo menos para uma definição. Outras variáveis contempladas no estudo não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Tabela 8 – Análise bivariada da Síndrome de *Burnout*, nos três critérios de definição, segundo as variáveis do estudo.

Variável	Síndrome de <i>Burnout</i>									
	Tridimensional			Bidimensional			Unidimensional			
	Presente	Ausente	NI*	Presente	Ausente	NI*	Presente	Ausente	NI*	
n (%)			n (%)			n (%)				
Faixa etária										
Até 30 anos	7 (0,7)	62 (6,0)	1 (0,1)	21 (2,0)	48 (4,6)	1 (0,1)	47 (4,5)	22 (2,1)	1 (0,1)	
31 a 40 anos	10 (1,0)	287 (27,5)	8 (0,8)	55 (5,3)	242 (23,2)	8 (0,8)	151 (14,5)	146 (14,0)	8 (0,8)	
41 a 50 anos	16 (1,5)	291 (27,9)	13 (1,2)	58 (5,6)	249 (23,9)	13 (1,2)	159 (15,3)	148 (14,2)	13 (1,2)	
Acima de 50 anos	5 (0,5)	324 (31,1)	10 (1,0)	31 (3,0)	298 (28,6)	10 (1,0)	136 (13,1)	193 (18,5)	10 (1,0)	
Não informado	0 (0)	8 (0,8)	0 (0)	0 (0)	8 (0,8)	0 (0)	4 (0,4)	4 (0,4)	0 (0)	
<i>n</i> =1042	Vapor <i>p</i>		0,032				0,000	0,006		
Escolaridade										
Até ensino médio completo	17 (1,6)	440 (42,5)	25 (2,4)	73 (7,0)	384 (37,1)	25 (2,4)	241 (23,3)	216 (20,8)	25 (2,4)	
Acima do ensino médio	21 (2,0)	527 (50,9)	6 (0,6)	90 (8,7)	458 (44,2)	6 (0,6)	254 (24,5)	294 (28,4)	6 (0,6)	
<i>n</i> =1036	Vapor <i>p</i>		0,001				0,001	0,000		
Presença de conflitos no trabalho										
Sempre/quase sempre	32 (3,1)	347 (33,9)	7 (0,7)	100 (9,8)	279 (27,3)	7 (0,7)	222 (21,7)	157 (15,3)	7 (0,7)	
Raramente/nunca	5 (0,5)	610 (59,6)	22 (2,2)	62 (6,1)	553 (54,1)	22 (2,2)	268 (26,2)	347 (33,9)	22 (2,2)	
<i>n</i> =1023	Vapor <i>p</i>		0,000				0,000	0,000		
Cumprimento de horários por todos os profissionais										
Sempre/quase sempre	18 (1,8)	813 (79,5)	26 (2,5)	111 (10,9)	720 (70,5)	26 (2,5)	383 (37,5)	448 (43,8)	26 (2,5)	
Raramente/nunca	20 (2,0)	142 (13,9)	3 (0,3)	52 (5,1)	110 (10,8)	3 (0,3)	106 (10,4)	56 (5,5)	3 (0,3)	
<i>n</i> =1022	Vapor <i>p</i>		0,000				0,000	0,000		
Satisfação com o trabalho										
Sempre/quase sempre	24 (2,3)	885 (86,3)	25 (2,4)	115 (11,2)	794 (77,4)	25 (2,4)	412 (40,2)	497 (48,5)	25 (2,4)	
Raramente/nunca	13 (1,3)	76 (7,4)	2 (0,2)	47 (4,6)	42 (4,1)	2 (0,2)	78 (7,6)	11 (1,1)	2 (0,2)	
<i>n</i> =1025	Vapor <i>p</i>		0,000				0,000	0,000		
Condições de trabalho na UBS como fator de enfraquecimento do vínculo profissional										
Sim	23 (3,4)	476 (70,3)	9 (1,3)	99 (14,6)	400 (59,1)	9 (1,3)	280 (41,4)	219 (32,3)	9 (1,3)	
Não	4 (0,6)	160 (23,6)	5 (0,7)	20 (3,0)	144 (21,3)	5 (0,7)	67 (9,9)	97 (14,3)	5 (0,7)	
<i>n</i> =677	Vapor <i>p</i>		0,307				0,056	0,002		
Violência na UBS como fator de enfraquecimento do vínculo profissional										
Sim	25 (3,4)	542 (74,3)	9 (1,2)	106 (14,6)	461 (63,2)	9 (1,2)	293 (40,2)	274 (37,6)	9 (1,2)	
Não	1 (0,1)	147 (20,2)	5 (0,7)	13 (1,8)	135 (18,5)	5 (0,7)	64 (8,8)	84 (11,5)	5 (0,7)	
<i>n</i> =729	Vapor <i>p</i>		0,039				0,006	0,075		
Participa da Comissão Local de Saúde da UBS										
Sim	6 (0,6)	382 (37,6)	10 (1,0)	47 (4,6)	341 (33,6)	10 (1,0)	171 (16,8)	217 (21,4)	10 (1,0)	
Não	32 (3,2)	567 (55,9)	18 (1,8)	117 (11,5)	482 (47,5)	18 (1,8)	316 (31,1)	283 (27,9)	18 (1,8)	
<i>n</i> =1015	Vapor <i>p</i>		0,009				0,009	0,027		
Índice de violência no entorno da UBS										
Baixo	16 (1,5)	737 (70,7)	22 (2,1)	99 (9,5)	654 (62,8)	22 (2,1)	353 (33,9)	400 (38,4)	22 (2,1)	
Elevado	22 (2,1)	235 (22,6)	10 (1,0)	66 (6,3)	191 (18,3)	10 (1,0)	144 (13,8)	113 (10,8)	10 (1,0)	
<i>n</i> =1042	Vapor <i>p</i>		0,000				0,000	0,027		

Continua

Tabela 8 – Conclusão

Variável	Síndrome de <i>Burnout</i>								
	Tridimensional			Bidimensional			Unidimensional		
	Presente	Ausente	NI*	Presente	Ausente	NI*	Presente	Ausente	NI*
	n (%)			n (%)			n (%)		
Índice de violência sofrida									
Baixo	4 (0,4)	429 (45,2)	15 (1,6)	45 (4,7)	388 (40,8)	15 (1,6)	181 (19,1)	252 (26,5)	15 (1,6)
Elevado	28 (2,7)	458 (48,2)	16 (1,7)	107 (11,3)	379 (39,9)	16 (1,7)	268 (28,2)	218 (22,9)	16 (1,7)
<i>n</i> =950	<i>Vapor p</i>			<i>0,000</i>			<i>0,000</i>		

* Não informado

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 9 mostra os modelos finais de regressão logística, correspondentes a cada uma das definições de SB, e a partir dos quais destacam-se alguns resultados gerais: 1) o fato de a insatisfação com o trabalho permanecer nos três modelos, 2) a variável conflitos no trabalho aparecer nos dois modelos mais fortes (Tridimensional e Bidimensional) e, 3) a violência permanecer em dois dos modelos (Bidimensional e Unidimensional).

Tabela 9 – Modelos Finais de Regressão Logística para cada definição de Síndrome de *Burnout*

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelos - Síndrome de <i>Burnout</i>		
Modelo 3 (Tridimensional) (<i>Hosmer Lemeshow, p = 0,745</i>)		
<i>Intercepto</i>	- 5,912 (< 0,000)	0,003 (-, -)
Presença de conflitos no trabalho	1,960 (< 0,000)	7,101 (2,669 ;18,890)
Não cumprimento horários de trabalho	1,178 (< 0,001)	3,246 (1,576 ; 6,688)
Insatisfação com o trabalho	1,245 (< 0,002)	3,472 (1,593 ; 7,563)
Não participação em Comissão Local de Saúde	1,093 (< 0,021)	2,983 (1,180 ; 7,540)
Modelo 2 (Bidimensional) (<i>Hosmer Lemeshow, p = 0,834</i>)		
<i>Intercepto</i>	- 3,832 (< 0,000)	0,022 (-, -)
Presença de conflitos no trabalho	0,657 (< 0,009)	1,929 (1,182 ; 3,149)
Insatisfação com o trabalho	2,017 (< 0,000)	7,518 (4,109 ;13,754)
Não considera distância da UBS à residência como fator de fortalecimento do vínculo profissional	0,583 (< 0,024)	1,791 (1,080 ; 2,970)
Violência na UBS como fator de enfraquecimento do vínculo profissional	0,957 (< 0,010)	2,604 (1,257 ; 5,394)
Não participação em Comissão Local de Saúde	0,572 (< 0,036)	1,772 (1,038 ; 3,026)
Elevado Índice de violência no entorno da UBS	0,747 (< 0,005)	2,110 (1,2598 ; ,538)

Continua

Tabela 9 – Conclusão

Variáveis explicativas	Coeficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelos - Síndrome de <i>Burnout</i>		
Modelo 1 (Unidimensional)		
<i>(Hosmer Lemeshow, p = 0,859)</i>		
<i>Intercepto</i>	- 0,458 (< 0,33)	0,632 (-, -)
Escolaridade superior ao ensino médio	- 0,464 (< 0,008)	0,629 (0,445 ; 0,888)
Insatisfação com o trabalho	2,142 (< 0,000)	8,520 (3,798 ; 19,113)
Condições de trabalho na UBS como fator de enfraquecimento do vínculo profissional	0,541 (< 0,007)	1,718 (1,156 ; 2,553)
Elevado Índice de Violência Sofrida	0,439 (< 0,013)	1,552 (1,099 ; 2,191)

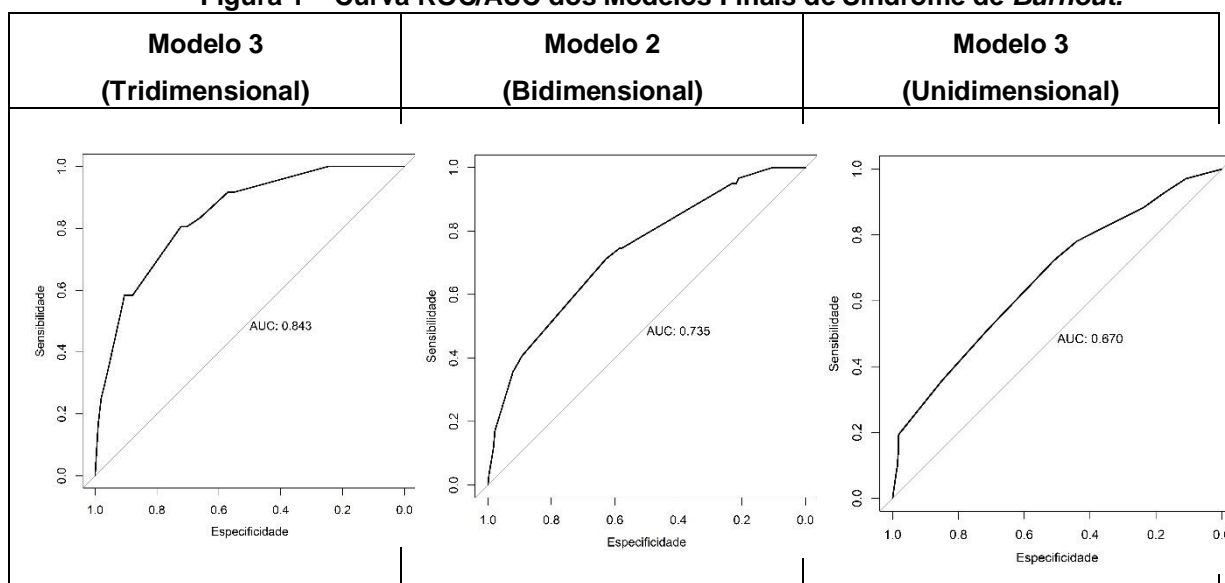
Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que no Modelo 3 (Tridimensional) de regressão logística, todas as variáveis que permaneceram constituem fatores de risco, aumentando a chance de ocorrência de SB: conflitos no trabalho (aumenta em 7,1 vezes a chance de SB); avaliação de que os colegas não cumprem os horários (aumenta em 3,24 vezes); insatisfação no trabalho (aumenta em 3,47 vezes) e não participação em Comissões Locais de Saúde (aumenta em 2,98 vezes). O Modelo 2 (Bidimensional), além da insatisfação e conflitos no trabalho e não participação em comissões locais, inclui a percepção da distância entre a residência e a UBS (aumentando 79,1% o risco de SB), a violência no entorno da UBS como fator de enfraquecimento do vínculo do servidor com a UBS (aumento de 160%) e o alto Índice de violência no entorno da UBS (aumento de 111%). Por fim, no Modelo 1 (Unidimensional) observa-se que apresentar escolaridade superior ao ensino médio completo diminuiu em 37,1% a chance de SB; entretanto, a insatisfação permanece e aumenta 8,5 vezes a chance de SB, as condições de trabalho como fator de enfraquecimento do vínculo profissional (aumento de 71,8%) e o Índice de Violência Sofrida (aumento de 55,2%) foram importantes para aumentar as chances de SB entre os profissionais participantes.

Deve-se fazer a ressalva para o fato de cada um dos modelos mostrar uma variável com Intervalo de Confiança muito largo (conflitos para o Modelo 3 e insatisfação no trabalho para os Modelos 2 e 1), o que pode ser devido à baixa frequência de algum cruzamento e implica certa perda de precisão.

A Figura 1 mostra a ROC (*Receiver Operating Characteristic Curve*) e sua área sob a curva (AUC). Verifica-se que o padrão diagnóstico que considera forte alteração nas três dimensões (Modelo 3) se apresenta como o melhor método diagnóstico dentre os três padrões diagnósticos da SB, embora os outros dois modelos sejam úteis ainda. Ele foi considerado de boa precisão, o Modelo 2 de precisão regular, e o Modelo 1 de precisão ruim.

Figura 1 – Curva ROC/AUC dos Modelos Finais de Síndrome de *Burnout*.



Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando separadamente as dimensões contempladas na Síndrome de *Burnout*, verificou-se, também pela Tabela 10, que 21% apresentavam uma moderada exaustão emocional, e 27,9%, alta. Na dimensão da despersonalização, 35,8% apresentaram grau moderado e 13,2%, alto. Quanto à realização profissional, 26,3% indicaram uma baixa realização e 36,2%, moderada.

Tabela 10 – Graus das dimensões do *Burnout*

Grau	Exaustão emocional		Despersonalização		Realização profissional	
	n	%	N	%	n	%
Baixo	532	51,1	514	49,3	274	26,3
Moderado	219	21	373	35,8	377	36,2
Alto	291	27,9	138	13,2	359	34,5
Moderado ou alto	510	48,9	511	49	736	70,7
Não informado	0	0	17	1,6	32	3,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando as dimensões que compõem a Síndrome de *Burnout*, pode-se verificar na Tabela 111 que a associação dos graus de risco da exaustão emocional com a faixa etária se mantém estatisticamente significativa quando se comparam o baixo risco e moderado/alto risco com a faixa etária ($p=0,0008$).

Não há associação significativa estatisticamente entre os graus de risco da exaustão emocional e o turno de trabalho ($p=0,0588$), apesar de haver uma maior parcela com moderado e alto risco dentre os profissionais que trabalham no turno de manhã e tarde do que entre aqueles que atuam somente de manhã ou de tarde. Assim como nas outras variáveis, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa com os graus da exaustão emocional.

Tabela 11 – Manifestação da exaustão emocional de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Variável	Exaustão emocional						Valor p
	Baixo risco		Moderado e alto risco		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	491	57,9%	357	42,1%	848	81,4	0,2543
Masculino	121	62,7%	72	37,3%	193	18,5	
Não informado	1	100,0%	0	0,0%	1	0,1	
Faixa etária							
Até 30 anos	30	42,9%	40	57,1%	70	6,7	0,0008
31 a 40 anos	142	46,7%	162	53,3%	304	29,2	
41 a 50 anos	152	47,5%	168	52,5%	320	30,7	
51 a 60 anos	204	60,0%	136	40,0%	340	32,6	
Não informado	4	50,0%	4	50,0%	8	0,8	
Estado civil							
Casado/união estável	363	58,2%	261	41,8%	624	59,9	0,5929
Viúvo	14	73,7%	5	26,3%	19	1,8	
Solteiro	154	59,2%	106	40,8%	260	25,0	
Divorciado	74	57,8%	54	42,2%	128	12,3	
Não informado	8	72,7%	3	27,3%	11	1,1	
Cor / raça							
Branca	214	56,0%	168	44,0%	382	36,7	0,3860
Amarela	11	55,0%	9	45,0%	20	1,9	
Preta	99	57,6%	73	42,4%	172	16,5	
Parda	285	61,7%	177	38,3%	462	44,3	
Não informado	4	66,7%	2	33,3%	6	0,6	
Escolaridade							
Sem escolaridade	9	75,0%	3	25,0%	12	1,2	0,5280
Ensino fundamental	45	62,5%	27	37,5%	72	6,9	
Ensino médio	241	60,6%	157	39,4%	398	38,2	
Curso técnico	97	60,2%	64	39,8%	161	15,5	
Ensino superior	103	55,4%	83	44,6%	186	17,9	
Pós-graduação	115	55,6%	92	44,4%	207	19,9	
Não informado	3	50,0%	3	50,0%	6	0,6	
Tempo de trabalho na UBS							
< 10 anos	351	57,3%	262	42,7%	613	58,8	0,3506
10 a 20 anos	202	60,1%	134	39,9%	336	32,2	
> 20 anos	60	64,5%	33	35,5%	93	8,9	

Continua

Tabela 11 – conclusão

Variável	Exaustão emocional				Total		Valor p
	Baixo risco		Moderado e alto risco		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Função ocupada na UBS							
Membro da ESF	457	57,9%	332	42,1%	789	75,7	0,3280
Apoio da ESF	156	61,7%	97	38,3%	253	24,3	
Tipo de vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde							
Concursado	372	56,9%	282	43,1%	654	62,8	0,1958
Não concursado	223	61,3%	141	38,7%	364	34,9	
Não informado	18	75,0%	6	25,0%	24	2,3	
Turno de trabalho							
Manhã ou tarde	90	66,7%	45	33,3%	135	13,0	0,0588
Manhã e tarde	523	57,7%	384	42,3%	907	87,0	
Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)							
Sim	11	45,8%	13	54,2%	24	2,3	0,2603
Não	594	59,4%	406	40,6%	1000	96,0	
Não informado	8	44,4%	10	55,6%	18	1,7	

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando a dimensão da despersonalização, uma associação significativa com a faixa etária também foi verificada, com diminuição do grau moderado/alto e aumento do baixo risco com o aumento da idade ($p=0,000208$). Outra associação significativa observada foi entre os graus de despersonalização e o tempo de trabalho na UBS, sugerindo que há diminuição dos graus moderado/alto risco nos funcionários que apresentam maior tempo de trabalho na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS) e aumento do baixo risco ($p=0,031702$).

Quanto à associação entre graus de despersonalização e função ocupada na Unidade Básica de Saúde (UBS) – membro da Equipe de Saúde Família (ESF) ou apoio da ESF – se observou uma porcentagem menor de baixo risco de despersonalização nos membros da ESF do que no apoio ($p=0,022631$). Ressalta-se que, salvo exceções incomuns, o apoio trabalha carga horária semanal de 20 horas.

Também se verificou associação entre os graus de despersonalização e o trabalho em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais) ($p=0,001839$). Há uma maior parcela de grau moderado/alto risco entre profissionais que executam jornadas

extensas do que entre os demais. Nas outras variáveis não foi encontrada uma associação com os graus da despersonalização, conforme observado na Tabela , a seguir.

Tabela 12 – Manifestação da despersonalização de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Variável	Despersonalização								Valor p
	Baixo risco		Moderado/alto risco		Não informado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Feminino	599	70,6	236	27,8	13	1,5	848	81,4	0,922279
Masculino	134	69,4	55	28,5	4	2,1	193	18,5	
Não informado	1	100	0	0	0	0	1	0,1	
Faixa etária									
Até 30 anos	26	37,1	44	62,9	0	0	70	6,7	0,000208
31 a 40 anos	125	41,1	175	57,6	4	1,3	304	29,2	
41 a 50 anos	169	52,8	148	46,3	3	0,9	320	30,7	
51 a 60 anos	188	55,3	147	43,2	5	1,5	340	32,6	
Não informado	6	75	2	25	0	0	8	0,8	
Estado civil									
Casado/união estável	448	71,8	166	26,6	10	1,6	624	59,9	0,686931
Viúvo	12	63,2	6	31,6	1	5,3	19	1,8	
Solteiro	183	70,4	75	28,8	2	0,8	260	25	
Divorciado	84	65,6	40	31,3	4	3,1	128	12,3	
Não informado	7	63,6	4	36,4	0	0	11	1,1	
Cor / raça									
Branca	271	70,9	109	28,5	2	0,5	382	36,7	0,110167
Amarela	10	50	10	50	0	0	20	1,9	
Preta	117	68	51	29,7	4	2,3	172	16,5	
Parda	331	71,6	120	26	11	2,4	462	44,3	
Não informado	5	83,3	1	16,7	0	0	6	0,6	
Escolaridade									
Sem escolaridade	7	58,3	3	25	2	16,7	12	1,2	0,685117
Ensino fundamental	44	61,1	22	30,6	6	8,3	72	6,9	
Ensino médio	289	72,6	105	26,4	4	1	398	38,2	
Curso técnico	106	65,8	52	32,3	3	1,9	161	15,5	
Ensino superior	131	70,4	55	29,6	0	0	186	17,9	
Pós-graduação	153	73,9	53	25,6	1	0,5	207	19,9	
Não informado	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	0,6	

Continua

Tabela 12 – conclusão

Variável	Despersonalização						Total		Valor p
	Baixo risco		Moderado/alto risco		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de trabalho na UBS									
< 10 anos	412	67,20%	189	30,80%	12	2,00%	613	58,8	0,031702
10 a 20 anos	249	74,10%	83	24,70%	4	1,20%	336	32,2	
> 20 anos	73	78,50%	19	20,40%	1	1,10%	93	8,9	
Função ocupada na UBS									
Membro da ESF	542	68,7	235	29,8	12	1,5	789	75,7	0,022631
Apoio da ESF	192	75,9	56	22,1	5	2	253	24,3	
Tipo de vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde									
Concursado	468	71,6	181	27,7	5	0,8	654	62,8	0,675613
Não concursado	247	67,9	106	29,1	11	3	364	34,9	
Não informado	19	79,2	4	16,7	1	4,2	24	2,3	
Turno de trabalho									
Manhã ou tarde	97	71,9	36	26,7	2	1,5	135	13	0,804862
Manhã e tarde	637	70,2	255	28,1	15	1,7	907	87	
Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)									
Sim	10	41,7	14	58,3	0	0	24	2,3	0,001839
Não	711	71,1	273	27,3	16	1,6	1000	96	
Não informado	13	72,2	4	22,2	1	5,6	18	1,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se associação entre os graus de realização profissional e a faixa etária ($p=0,0003$), estado civil ($p=0,0396$), escolaridade ($p=0,0163$) e tempo de trabalho na UBS ($0,0137$), conforme Tabela . Nas outras variáveis não foi encontrada associação estatisticamente significativa com os graus da realização profissional.

Tabela 13 – Manifestação da realização profissional de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais

Variável	Realização profissional						Total		Valor p
	Alto/moderado risco		Baixo risco		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Sexo									
Feminino	388	45,8	434	51,2	26	3,1	848	81,4	0,2371
Masculino	98	50,8	89	46,1	6	3,1	193	18,5	
Não informado	1	100	0	0	0	0	1	0,1	
Faixa etária									
Até 30 anos	45	64,3	24	34,3	1	1,4	70	6,7	0,0003
31 a 40 anos	142	46,7	154	50,7	8	2,6	304	29,2	
41 a 50 anos	163	50,9	144	45	13	4,1	320	30,7	
51 a 60 anos	133	39,1	197	57,9	10	2,9	340	32,6	
Não informado	4	50	4	50	0	0	8	0,8	
Estado civil									
Casado/união estável	278	44,6	326	52,2	20	3,2%	624	59,9	0,0396
Viúvo	6	31,6	11	57,9	2	10,5%	19	1,8	
Solteiro	140	53,8	113	43,5	7	2,7%	260	25,0	
Divorciado	58	45,3	67	52,3	3	2,3%	128	12,3	
Não informado	5	45,5	6	54,5	0	0,0%	11	1,1	
Cor / raça									
Branca	177	46,3	198	51,8	7	1,8	382	36,7	0,5552
Amarela	9	45	11	55	0	0	20	1,9	
Preta	89	51,7	76	44,2	7	4,1	172	16,5	
Parda	210	45,5	234	50,6	18	3,9	462	44,3	
Não informado	2	33,3	4	66,7	0	0	6	0,6	
Escolaridade									
Sem escolaridade	4	33,3	4	33,3	4	33,3	12	1,2	0,0163
Ensino fundamental	24	33,3	42	58,3	6	8,3	72	6,9	
Ensino médio	200	50,3	183	46	15	3,8	398	38,2	
Curso técnico	80	49,7	78	48,4	3	1,9	161	15,5	
Ensino superior	94	50,5	89	47,8	3	1,6	186	17,9	
Pós-graduação	82	39,6	125	60,4	0	0	207	19,9	
Não informado	3	50	2	33,3	1	16,7	6	0,6	

Continua

Tabela 13 – conclusão

Variável	Realização profissional						Total		Valor p
	Alto/moderado risco		Baixo risco		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de trabalho na UBS									
1 a 4 anos	131	52,4	115	46	4	1,6	250	24,0	0,0137
5 a 9 anos	170	46,8	178	49	15	4,1	363	34,8	
10 a 14 anos	74	43,3	91	53,2	6	3,5	171	16,4	
15 a 19 anos	74	44,8	86	52,1	5	3,0	165	15,8	
20 a 24 anos	33	51,6	30	46,9	1	1,6	64	6,1	
25 a 29 anos	2	10,5	16	84,2	1	5,3	19	1,8	
30 a 33 anos	3	30	7	70	0	0	10	1,0	
Função ocupada na UBS									
Membro da ESF	375	47,5	391	49,6	23	2,9	789	75,7	0,4055
Apoio da ESF	112	44,3	132	52,2	9	3,6	253	24,3	
Tipo de vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde									
Concursado	307	46,9	335	51,2	12	1,8	654	62,8	0,9939
Não concursado	170	46,7	176	48,4	18	4,9	364	34,9	
Não informado	10	41,7	12	50,0%	2	8,3	24	2,3	
Turno de trabalho									
Manhã ou tarde	53	39,3	78	57,8	4	3	135	13,0	0,0761
Manhã e tarde	434	47,9	445	49,1	28	3,1	907	87,0	
Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)									
Sim	7	29,2	16	66,7	1	4,2	24	2,3	0,1276
Não	470	47	500	50	30	3	1000	96,0	
Não informado	10	55,6	7	38,9	1	5,6	18	1,7	

Fonte: dados da pesquisa.

Os profissionais também foram questionados quanto à percepção de satisfação com o próprio trabalho realizado, de acordo com a Tabela 8.

Tabela 84 – Frequências conforme satisfação laboral

Você está satisfeito com o seu trabalho?	n	%
Sempre	366	35,1
Quase sempre	568	54,5
Raramente	79	7,6
Nunca	12	1,2
Não informado	17	1,6
Total	1042	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Na Figura 22, o Gráfico A mostra o *Boxsplot* do Índice de Síndrome de *Burnout* (ISS) segundo a faixa etária. Verificou-se que a distribuição do ISS apresentou uma diminuição da mediana de acordo o aumento da faixa etária. Em relação à dispersão do ISS, observa-se uma heterogeneidade maior até 30 anos de idade.

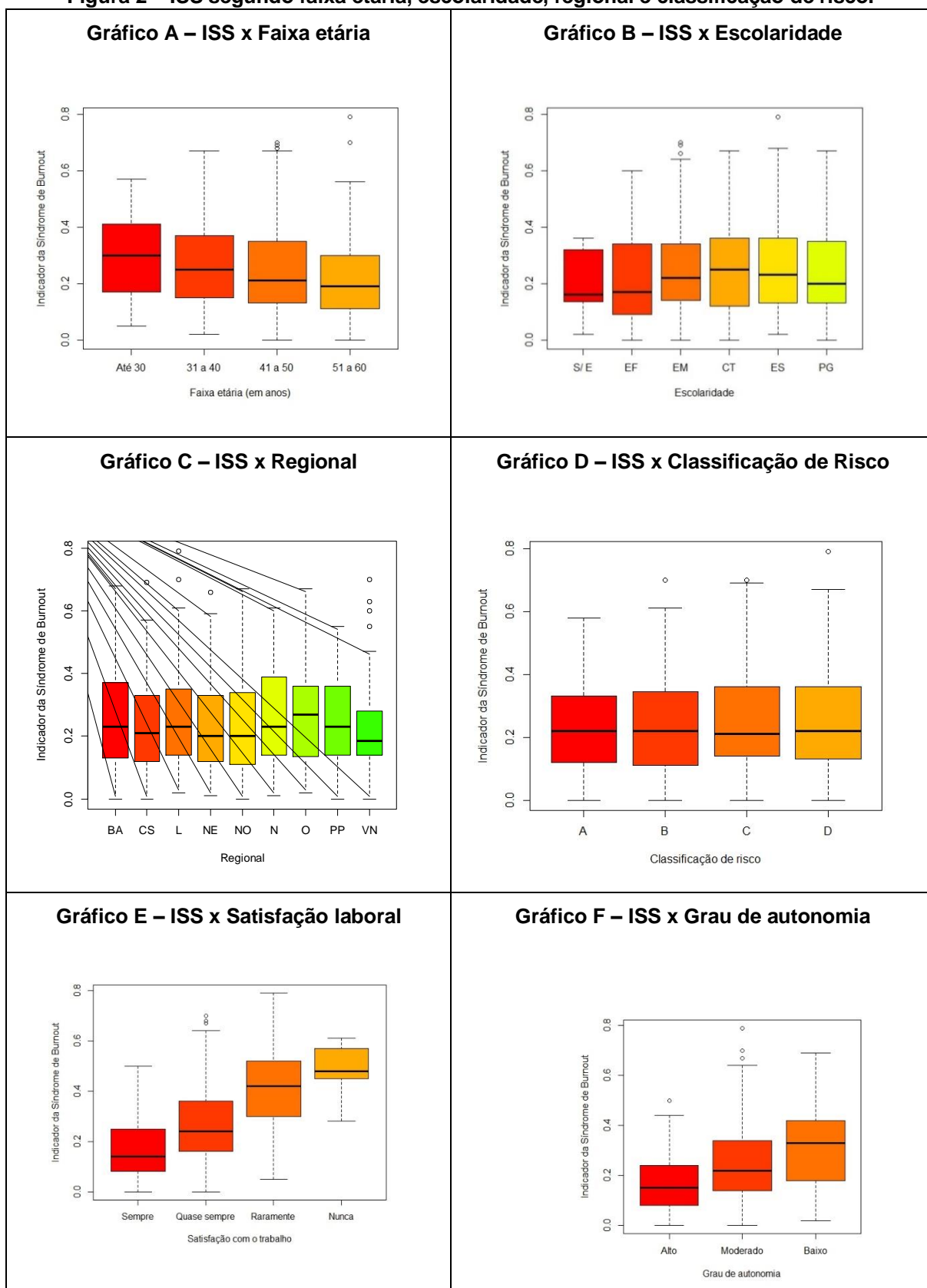
No Gráfico B – *Boxsplot* com a dispersão do ISS segundo a escolaridade –, igualmente representando na Figura 22, observa-se uma mediana maior no curso técnico, seguido do ensino superior e médio. A variabilidade é maior nos que concluíram o ensino fundamental. O grupo sem escolaridade apresenta uma assimetria maior.

No Gráfico C – *Boxsplot* do ISS de acordo com a regional (as 45 unidades de saúde foram agrupadas nas respectivas regionais/distritos sanitários), verifica-se certa proximidade da variabilidade, mas com simetrias dispersas; e a regional Oeste apresenta a maior mediana.

O ISS segundo a classificação de risco, representado pelo Gráfico D *Boxsplot*, indica uma proximidade no valor da mediana, apesar da uma maior diferença na simetria – principalmente nos classificados como risco C e D.

No Gráfico E *Boxsplot*, percebe-se o aumento gradual do ISS de acordo com o aumento da insatisfação. E, de acordo com o Gráfico F *Boxsplot*, observa-se um aumento do ISS de acordo com a piora de percepção de autonomia.

Figura 2 – ISS segundo faixa etária, escolaridade, regional e classificação de risco.



Fonte: Dados da pesquisa

O Índice de Violência Sofrida (profissional foi agredido por usuário e/ou outro colega de trabalho) foi determinado a partir das variáveis apresentadas na Tabela 5.

Tabela 15 – Frequências conforme violência relatada

Variável	Sim		Não		Não informado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressor outro profissional								
Agressão física	14	1,3	918	88,1	110	10,6	1042	100,0
Agressão verbal	426	40,9	557	53,5	59	5,7	1042	100,0
Agressão moral/psicológica	331	31,8	628	60,3	83	8,0	1042	100,0
Agressão sexual	4	0,4	920	88,3	118	11,3	1042	100,0
<i>Bullying</i> (ou intimidação)	159	15,3	788	75,6	95	9,1	1042	100,0
Agressor usuário								
Ameaça	505	48,5	510	48,9	27	2,6	1042	100,0
Agressão física	42	4,0	876	84,1	124	11,9	1042	100,0
Agressão verbal	664	63,7	347	33,3	31	3,0	1042	100,0
Agressão moral/psicológica	337	32,3	600	57,6	105	10,1	1042	100,0
Agressão sexual	25	2,4	891	85,5	126	12,1	1042	100,0
<i>Bullying</i> (ou intimidação)	160	15,4	770	73,9	112	10,7	1042	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

O Índice de violência na UBS e no entorno (IVE) inclui atendimento de: casos frequentes de violência (interpessoal, doméstica, institucional, estrutural/exclusão social); agressões (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, *bullying* ou intimidação); negligência ou abandono, trabalho infantil, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais ou cuidados necessários; casos de violência contra criança, idoso, adolescente, mulher, homem, deficiente físico ou mental e trabalhador); presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da UBS (física, verbal, moral ou psicológica, sexual, *bullying* ou intimidação, negligência ou abandono, trabalho infantil, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais ou cuidados necessários e assassinato). Esses índices foram determinado de acordo com as variáveis demonstradas nas Tabela 6 e 17.

Tabela 9 – Frequências conforme contextos de violência relatados

Variável	Sim		Não		Não informado		Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casos frequentemente atendidos na UBS										
Violência interpessoal	449	43,1	331	31,8	262	25,1	-	-	1042	100
Violência doméstica	502	48,2	309	29,7	231	22,2	-	-	1042	100
Violência institucional	210	20,2	532	51,1	300	28,8	-	-	1042	100
Violência estrutural (exclusão social)	465	44,6	325	31,2	252	24,2	-	-	1042	100
Abordou alguma pessoa em situação de violência no trabalho?										
	608	58,3	351	33,7	83	8	-	-	1042	100
Já atendeu casos de violência contra:										
Criança	273	26,2	150	14,4	49	4,7	564	54,1	1042	100
Idoso	326	31,3	115	11	49	4,4	552	53	1042	100
Adolescente	209	20,1	192	18,4	74	7,1	567	54,4	1042	100
Mulher	338	32,4	103	9	44	4,2	557	53,5	1042	100
Homem	119	11,4	262	25,1	81	7,8	580	55,7	1042	100
Deficiente físico	110	10,6	279	26,8	77	7,4	576	55,3	1042	100
Deficiente mental	190	18,2	210	20,2	75	7,2	567	54,4	1042	100
Trabalhador	141	13,5	232	22,3	94	9	575	55,2	1042	100
Conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da UBS										
	625	60	369	35,4	48	4,6	-	-	1042	100

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 10 – Frequências conforme relatos dos tipos de violência atendidos

Variável	Sempre		Quase Sempre		Raramente		Nunca		Não informado		Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipos de violência atendidos na UBS														
Agressão física	61	5,9	87	8,3	240	23	136	13,1	77	7,4	441	44,2	1042	100
Agressão verbal	128	12,3	162	15,5	132	12,7	106	10,2	72	6,9	442	42,4	1042	100
Agressão moral/psicológica	89	8,5	160	15,4	143	13,7	127	12,2	81	7,8	442	42,4	1042	100
Agressão sexual	22	2,1	32	3,1	208	20	239	22,9	99	9,5	442	42,4	1042	100
Bullying (ou intimidação)	44	4,2	102	9,8	170	16,3	185	17,8	99	9,5	442	44,2	1042	100
Negligência ou abandono	73	7	128	12,3	191	18,3	125	12	83	8	442	42,4	1042	100
Trabalho infantil	13	1,2	11	1,1	101	9,7	371	35,6	104	10	442	44,2	1042	100
Discriminação por racismo	13	1,2	34	3,3	167	16	286	27,4	100	9,6	442	42,4	1042	100
Falta de acesso a direitos sociais	62	6	147	14,1	153	14,7	147	14,1	91	8,7	442	44,2	1042	100
Falta de cuidados necessários	90	8,6	183	17,6	145	13,9	105	10,1	76	7,3	442	42,4	1042	100

Continua

Tabela 11 – Conclusão

Variável	Sempre		Quase Sempre		Raramente		Nunca		Não informado		Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da UBS	104	10	189	18,1	382	36,7	297	28,5	70	6,7	-	-	1042	100
Tipo de violência presenciada no bairro e/ou vizinhança da UBS														
Física	137	13,1	159	15,3	306	29,4	283	27,2	157	15,1	-	-	1042	100
Verbal	255	24,5	272	26,1	208	20	173	16,6	134	12,9	-	-	1042	100
Moral ou psicológica	146	14	195	18,7	214	20,5	291	27,9	196	18,8	-	-	1042	100
Sexual	34	3,3	24	2,3	141	13,5	623	59,8	220	21,1	-	-	1042	100
Abandono ou negligência	93	8,9	163	15,6	294	28,2	299	28,7	193	18,5	-	-	1042	100
Bullying (ou intimidação)	96	9,2	141	13,5	216	20,7	387	37,1	202	19,4	-	-	1042	100
Trabalho infantil	43	4,1	38	3,6	125	12	622	59,7	214	20,5	-	-	1042	100
Discriminação por racismo	62	6	67	6,4	224	21,5	479	46	210	20,2	-	-	1042	100
Falta de acesso a direitos sociais	118	11,3	180	17,3	238	22,8	312	29,9	194	18,6	-	-	1042	100
Falta de cuidados necessários	135	13	231	22,2	264	25,3	240	23	172	16,5	-	-	1042	100

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da regressão logística binária, foi estabelecido um modelo para correlacionar o ISS alto (variável resposta) com algumas variáveis (independentes): faixa etária, Índice de Violência Sofrida (profissional foi agredido por usuário e/ou outro colega de trabalho), perfil e formação profissional como fator de fortalecimento do vínculo do servidor com a UBS, condições de trabalho na UBS como fator de enfraquecimento desse vínculo e presença de conflitos no desenvolvimento do trabalho. Conforme a Tabela 12 adiante, aceita-se o modelo por existir uma associação significativa, dado que esse modelo permite observar:

- ✓ a chance dos profissionais terem um ISS alto aumenta em 85,3% se esse profissional tiver até 40 anos de idade;
- ✓ a chance de terem um ISS alto aumenta em 90,1% se esse trabalhador apresentou um Índice de Violência Sofrida (IVS) alto;

- ✓ a chance dos trabalhadores terem um ISS alto aumenta em 159% se estes não consideram o perfil e formação profissional como fatores de fortalecimento do vínculo do servidor com a UBS;
- ✓ a chance de terem um ISS alto aumenta em 92,8% se consideram as condições de trabalho na UBS como fator de enfraquecimento desse vínculo;
- ✓ a chance de terem um ISS alto aumenta em 94,2% se presencia conflitos no desenvolvimento do trabalho.

Tabela 12 – Modelo final de análise de regressão logística: Índice de Síndrome de *Burnout* com nível alto segundo as variáveis explicativas

Variáveis explicativas	Coeficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelo: Índice da Síndrome de <i>Burnout</i>		
(Hosmer Lemeshow, p = 0,845)		
Intercepto	- 1,356 (< 0,000)	0,258 (- , -)
Idade ≤ 40 anos	0,617 (< 0,002)	1,853 (1,256 ; 2,732)
Índice de Violência Sofrida	0,642 (< 0,001)	1,901 (1,299 ; 2,782)
Perfil e formação profissional	0,952 (< 0,001)	2,590 (1,490 ; 4,502)
Condições de trabalho na UBS	0,656 (< 0,002)	1,928 (1,263 ; 2,942)
Conflitos no trabalho	0,664 (< 0,001)	1,942 (1,311 ; 2,875)

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

As prevalências de síndrome de *Burnout* encontradas neste trabalho revelam uma amplitude em virtude da pluralidade de critérios utilizados na análise da MBI. Outros estudos, que usaram o mesmo instrumento demonstraram prevalências mais elevadas de SB, como o que avaliou residentes de cirurgia norte-americanos, que encontrou 68,9% e 41,9% nos critérios uni e bidimensional, respectivamente (LEBARES *et al*, 2017). No entanto, com o critério tridimensional a prevalência foi menor (0,8%) que o observado entre os profissionais de saúde de Belo Horizonte-MG. Na avaliação realizada com 51 equipes de APS de Barcelona – Espanha, incluindo médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e equipe administrativa (auxiliares de enfermagem e administrativos, administradores e cuidadores), considerando o critério bidimensional a prevalência de SB foi de 36,7% (n=879) (FALGUERAS *et al*, 2015), bem mais elevada que o encontrado no presente estudo. É interessante observar que o estudo espanhol foi realizado por meio de correio eletrônico e obteve aproximadamente um terço de retorno, o que pode se relacionar com maior intensidade do interesse/envolvimento dos participantes com o problema. Em estudo brasileiro realizado em Juiz de Fora-MG, com 153 profissionais da Atenção Primária, encontrou prevalência de 51% de SB no critério unidimensional, semelhante ao dos profissionais do presente estudo (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

Vale a pena pontuar que, a avaliação aqui realizada, entre profissionais que atuam na atenção primária evidencia que este nível de complexidade da atenção em saúde pode oferecer menos fatores exaustivos que a atenção hospitalar, por exemplo. Isso fica evidente no estudo realizado com 151 residentes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre-RS, usando o critério unidimensional, mostrou prevalência de SB de 81,5% (BOND *et al*, 2018), bem acima do encontrado nas equipes de Atenção primária aqui avaliados.

A satisfação no trabalho é reiteradamente relacionada ao *Burnout* entre profissionais de saúde, tanto no presente trabalho, em que esta variável permaneceu nos três modelos, como na literatura (SAGALOWSKY *et al*, 2019; PÉREZ, 2013; GÓMEZ-URQUIZA *et al*, 2017; AMOAFIO *et al*, 2015). Há, no entanto, estudos com médicos e residentes que, embora reconheçam essa associação, destacam aspectos, como a vocação e a autoestima decorrente de uma carreira consolidada (PISTELLI *et al*, 2011; GARCIA *et al*, 2014) ou ainda uma boa relação médico-paciente (ESCRIBAGUIR; ARTAZCOZ; PEREZ-HOYOS, 2008), que podem atenuar ou compensar essa condição.

Os conflitos no trabalho são amplamente relatados na literatura, como fatores associados à SB, em múltiplas manifestações, por exemplo, como conflitos interpessoais no trabalho conflitos interpessoais no trabalho e na vida pessoal (SAGALOWSKY *et al*, 2019; TAFVELIN; KEISU; KVIST, 2020; WILLEMS; MONTEN; PORTZKY, 2018) ou conflitos entre princípios orientadores da profissão, o compromisso ético baseado no juramento de Hipócrates versus a crescente incorporação da saúde ao mundo dos negócios (CLARK, 2018). A opinião sobre o cumprimento/descumprimento dos horários que aparece também como um aspecto ligado à SB e poderia ser vista como uma forma ou fonte de conflito. Um estudo realizado na Suécia mostrou que os conflitos relacionados à delegação, divisão e cumprimento das tarefas são os mais comuns em alguns espaços de trabalho (TAFVELIN; KEISU; KVIST, 2020). No entanto, diferentemente dos nossos achados, no artigo da Suécia, tais conflitos não foram associados à produção de mal-estar, mas podem constituir forma de qualificar decisões e desempenhos.

A distância do local de residência à UBS, participação/não participação de CLS, condições de trabalho, são todas as variáveis que remetem a processos organizativos, gerenciais e logísticos e são relatados frequentemente na literatura como aspectos ligados ao *Burnout*. Enquanto boas condições de trabalho, participação, autonomia, sucesso na carreira e desenvolvimento profissional funcionam como fatores protetivos, a sobrecarga de trabalho, a falta de suporte institucional e de equipe se associam à SB (WILLEMS; MONTEN; PORTZKY, 2018; KOUR, 2019). Pesquisa com

médicos jovens e recém-graduados em universidades públicas, conduzida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com 4.601 médicos mostrou que 84% deles apontaram a qualidade das condições de trabalho como o principal fator para fixação em um emprego ou município e 91,6% apontaram a falta de condições de trabalho como o principal motivo de não adesão ao serviço público, entre elas a falta de um plano de carreira, a baixa remuneração no SUS e a elevada carga horária (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Vários estudos analisam os efeitos da obrigação legal de agentes comunitários de saúde (ACS) residirem na área adstrita à unidade de saúde em que trabalham. Esta exigência ocorre para facilitar o contato íntimo e intenso com a realidade da população, a familiaridade e identificação profissional/usuário que visam melhorar a atuação da equipe. No entanto, isso pode implicar em aumento do sofrimento psíquico, dificultar a distinção entre vizinho e trabalhador, entre vida pessoal e profissional, em diminuição do reconhecimento laboral, muitas vezes associada a constantes demandas que independem da atuação do ACS, necessidade de manejo diversificado diante de contextos complexos e até aumentar a carga de trabalho (SANTOS; HOPPE; KRUG, 2018; CREMONESE; MOTTA; TRAESEL, 2013; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012; LOPES *et al*, 2012; VOGT *et al*, 2012)

A violência, neste trabalho, abrange aquela ocorrida entre usuários e comunidades, entre colegas de trabalho e a violência produzida pelas organizações de saúde (institucional). A violência também é fonte de estresse para os trabalhadores desse campo. Estudo com médicos chineses mostrou que a violência no local de trabalho se associa não só diretamente com a SB, mas também indiretamente, por meio da deterioração da satisfação dos profissionais (DUAN *et al*, 2019). A violência esteve associada com exaustão profissional e despersonalização de trabalhadores de serviços de emergência no Chile (JIMÉNEZ *et al*, 2019) e com o aumento da SB, considerando o critério tridimensional, entre médicos da Turquia (HACER; ALI, 2020).

Sobre os modelos finais de regressão logística, considerando os três diferentes critérios para identificação de SB, destaca-se que, comparativamente, o melhor foi o que apresentou maior AUC (THARWAT, 2018), portanto, o Modelo 3. Logo, a associação da SB com as variáveis insatisfação no trabalho, conflitos no trabalho, opinião sobre o descumprimento de horários e não participação em Comissão Local de Saúde constituem os principais achados do presente trabalho. No entanto, há de se reconhecer que os Modelos 2 e 1, apesar de menos precisos, ainda têm utilidade, em primeiro lugar pela sobreposição de variáveis nos 3 modelos, por exemplo, insatisfação profissional que permaneceu em todos os modelos finais; conflitos e violências em pelo menos dois deles. Segundo, porque um número considerável de estudos, Falgueras *et al* (2015), Lima, Farah e Bustamante-Teixeira (2018); Bond *et al* (2018) e Sagalowsky *et al* (2019), trabalha com o critério do Modelo 1, o que baseou a decisão de não descartá-lo. Em terceiro lugar, destaca-se que as variáveis que permaneceram nos Modelos 2 e 1 não são incongruentes, nem com a literatura nem com o Modelo 3.

Uma pesquisa realizada em 2003 com 162 médicos de Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas da Prefeitura de Belo Horizonte de quatro regionais (Barreiro, Oeste, Venda Nova e Norte) indicou que 83,3% (135) já haviam sofrido, no mínimo, um episódio de violência ocupacional no último ano que precedia a entrevista, e 45,7% (74) relataram terem sido ameaçados no local de trabalho (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2005). Esses dados de violência são alarmantes por influenciarem diretamente a vida das pessoas, e corroboraram os resultados encontrados de que há uma associação entre o índice de violência sofrida (que considera a violência sofrida pelo profissional a partir de um paciente e/ou outro profissional) e o Índice de Sofrimento de *Burnout* ($p=0,001$).

Uma pesquisa com médicos jovens e recém-graduados em universidades públicas foi conduzida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com apoio do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com 4.601 médicos que estavam inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) no período de setembro de 2014 a outubro de 2015 (estavam inscritos 16.323 profissionais). Seus resultados indicaram que para

84% dos egressos das faculdades a qualidade das condições de trabalho era o principal fator decisivo para fixação em um emprego ou município. Outros pontos destacados foram o nível de qualidade de vida (66,2%), seguido da remuneração (63,1%). 91,6% dos entrevistados apontaram ainda a falta de condições de trabalho como o principal motivo de não adesão ao serviço público; a falta de um plano de carreira e baixa remuneração no SUS, com 70,5%; 64% indicaram a necessidade de outros empregos para complementar a renda, e 60,3% a elevada carga horária (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017). Dados dessa pesquisa realizada pelo CFM destacam a importância das condições de trabalho como fator de fixação do médico, corroborando os resultados encontrados de que as condições ocupacionais estão associadas significativamente ($p=0,002$) ao Índice de Sofrimento de Burnout e, conseqüentemente, o esgotamento profissional pode estar englobado como fator de decisão dos profissionais.

Alguns fatores de risco foram elencados e associados ao quadro de adoecimento de médicos: descontentamento com o sistema de saúde, conflitos dentro da família em virtude da atuação profissional, dificuldades nas finanças, elevada demanda ocupacional (física e mental), abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, raiva, exaustão e alterações de sono (BROWN; GOSKE; JOHNSON, 2009; CHEN *et al*, 2013; LEITER; FRANK; MATHESON, 2009; OPOKU; APENTENG, 2014; STAFFORD; JUDD, 2010; BARBOSA *et al*, 2007). Tais pesquisas reforçam os achados de associação entre condições de trabalho, que estão diretamente conexas ao sistema de saúde, e o ISS ($p=0,002$).

Pérez (2013) identificou, em pesquisa com 673 profissionais da área da saúde no México, uma associação negativa entre o *burnout* e a satisfação laboral, e positiva quanto à presença de conflito trabalho-família, a partir de quatro escalas para avaliar o *burnout* (Escala de Desgaste Ocupacional de Uribe), da sobrecarga de trabalho (Escala de Sobrecarga de Trabalho Percebida de Moore), e de dois quesitos da qualidade de vida no trabalho – satisfação laboral (Índice Descritivo de Trabalho) e conflito trabalho-família (Escala de Sobrecarga de Adams, King e King) – em uma amostra estratificada com metodologia de investigação do tipo *ex post facto*.

Estudo transversal realizado em 2010 com 348 médicos em um hospital de nível terciário na Arábia Saudita demonstrou uma relação com a SB, através da análise de regressão logística univariável, e algumas variáveis: solteiro, mulher, residente ou início de carreira, privação de sono e conflitos entre o trabalho e vida familiar. Além disso, a prevalência local da SB foi de 70% (ALDREES *et al*, 2013). Apesar das diferenças culturais evidentes, encontrou-se uma associação entre a existência de conflitos no trabalho e o Indicador de Síndrome de *Burnout* ($p=0,001$).

Alguns fatores de risco para SB em enfermeiros da atenção básica chegaram a ser listados em outra revisão sistemática: idade avançada, maior antiguidade laboral (tempo de carreira profissional), ansiedade e depressão; bem como alguns fatores de proteção: salários elevados, alta satisfação ocupacional, apoio institucional e autoconceito bom (GÓMEZ-URQUIZA *et al*, 2017). Essa mesma revisão destacou que a exaustão emocional é a principal dimensão da SB afetada pela enfermagem na atenção primária. Esta condição não foi observada na presente análise, em que níveis moderados ou altos de exaustão emocional foram de 48,9%, e de despersonalização 49%; e nível baixo ou moderado de realização profissional chegou a 62,5%. Outra divergência foi que o aumento na faixa etária não correspondeu a ampliação da ocorrência da SB. No entanto, a piora da satisfação com o trabalho coincidiu com o aumento do ISS. Pressupondo que a autonomia compõe parte do composto nomeado como apoio institucional, o modelo da regressão indicou essa associação entre autonomia e ISS.

Estudos com residentes de Pediatria e com pediatras da Argentina e da Espanha apontaram que, apesar de condições de trabalho insatisfatórias poderem contribuir com a SB, os profissionais podem estar satisfeitos com sua vocação; e que, ao decorrer da carreira profissional, em virtude da consolidação da autoestima na profissão, há uma diminuição das taxas de despersonalização e aumento da realização profissional (PISTELLI *et al*, 2011; GARCIA *et al*, 2014; FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010). Tais estudos reforçam o modelo de regressão logística proposto nesta pesquisa, ao identificarem algumas das variáveis associadas a SB, tais como faixa etária (menor de 40 anos) e condições laborais.

Levantamento quantitativo realizado com 52 profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de hospital da região Sudeste brasileira, utilizando o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23, identificou que 23% sentiam-se totalmente insatisfeitos e/ou insatisfeitos na maior parte das vezes. Além disso, observou-se por meio de análise de regressão linear múltipla uma influência negativa estatisticamente significativa entre a Satisfação Intrínseca com o Trabalho e Oportunidade de Crescimento (SITOPC – uma das variáveis relativas à satisfação no trabalho e que compreende a percepção do trabalhador quanto ao desempenho ocupacional, ciência dos objetivos e metas do trabalho e oportunidade de desenvolvimento em atividades nas quais possa se destacar) e as dimensões da SB: EE (-0,870, $p = 0,001$); DP (-0,443, $p < 0,01$); e RP (0,566, $p < 0,05$) (SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014).

Estudo transversal realizado em três municípios mineiros de pequeno porte da Zona da Mata, com 107 profissionais da APS, utilizando o MBI, classificou 101 profissionais com indicação positiva para esgotamento profissional [considerando os critérios de Grunfeld *et al* (2000, apud MARTINS *et al*, 2014) de apresentar escores acima do percentil 75 nas dimensões de EE ou DP, ou abaixo de 25 para RP], e identificou 41,6% com indicação positiva para SB. Além disso, os pesquisadores constataram uma associação significativa estatisticamente, por meio de regressão logística pelo método *backward stepwise*, do indicativo de esgotamento profissional com a idade mediada da população, e possuir mais de 29,5 anos representou 2,7 vezes menos chances de classificação com esgotamento profissional; $p < 0,05$. O uso de medicamentos “calmantes, tranquilizantes e remédios para dormir”, por sua vez, expôs a aproximadamente 9 vezes mais chances ($p < 0,01$).

Investigação em diferentes especialidades médicas ($n = 1.021$ médicos espanhóis), visando avaliar a prevalência da SB, concluiu que alguns fatores extrínsecos atuam diretamente na dimensão da ineficácia profissional da SB, tais como não atuação na docência, baixa satisfação na relação médico-paciente e seus familiares, pouco estímulo intelectual no ambiente laboral e poucas recompensas profissionais. Também elencou que a exaustão emocional e despersonalização estariam associadas a fatores de riscos psicossociais inerentes à atuação médica: sobrecarga ocupacional,

contato com a morte e sofrimento e privações do convívio familiar. A pesquisa também indicou que o ambiente psicossocial ocupacional e a satisfação no trabalho têm efeito negativo sobre a SB, principalmente na despersonalização e exaustão emocional (ESCRIBA-AGUIR; ARTAZCOZ; PEREZ-HOYOS, 2008). Reforçou também que a satisfação na relação médico-paciente e seus familiares afeta as três dimensões da SB, e que uma justificativa para o aumento da incidência da SB nas últimas décadas é a diminuição cada vez maior no tempo destinado a essas relações.

A prevalência da Síndrome de *Burnout* de 3,6%, ao se considerar alteração nas três dimensões do *burnout*, é bastante inferior a alguns estudos realizados. No entanto, ao se atender a um nível alto somente em uma das dimensões, essa prevalência sobe para 55,3%. Essa diferença discrepante também foi constatada em pesquisa entre os anestesistas brasileiros realizada em 2003/2004 por amostra aleatória e por conglomerado de cinco capitais (Belém/PA, Goiânia/GO, Porto Alegre/RS, Salvador/BA e São Paulo/SP), que demonstrou uma prevalência de 5% de SB ao se considerar níveis altos nas três dimensões de *burnout* (conceito de diagnóstico tradicional) e, quando foi identificada apenas uma faceta elevada de *burnout*, essa prevalência subiu para 61,7% (TIRONI *et al*, 2016).

Essa pluralidade de critérios diagnósticos dificulta a avaliação da SB. Por exemplo, uma pesquisa com residentes de cirurgia norte-americanos em 2016 encontrou uma prevalência de 68,9%; todavia, fez-se uso de uma versão reduzida do *MBI-HSS*, com nove perguntas, e o diagnóstico da SB foi definido como nível alto em apenas uma das três dimensões de *Burnout*. Considerando nível alto em duas facetas, a prevalência cai para 41,9% e, atendendo as três, para 0,8% (LEBARES *et al*, 2017). Destaca-se que há uma elevada variabilidade na prevalência das dimensões da SB na atenção primária realizada pela enfermagem: exaustão emocional oscilando de 5,2% a 31,3%, e realização profissional de 4,3% a 92,8% (VILÁ FALGUERAS *et al*, 2015; SOTO CAMARA; SANTAMARÍA, 2005). Uma revisão sistemática (com cinco estudos incluídos no final da seleção) indicou diferentes incidências da SB em médicos: 31%, 13% e 6%, com taxas de despersonalização oscilando de 4,5% a 35,3%, e de exaustão emocional de 13,3% a 43% (DEWA *et al*, 2014).

Alguns estudos brasileiros indicam uma prevalência da SB de 24,1% em agentes comunitários de saúde, 16,2% em profissionais da enfermagem e 7,8% em oncologistas, sendo que a média em outras nações chega a 33,8% para profissionais da área da saúde (SILVA; MENEZES, 2008; GLASBERG *et al*, 2007; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; SCHAUFELI; ENZMANN, 1998). Monsalve-Reyes e colaboradores (2018) realizaram uma meta-análise que objetivou estimar a prevalência das três dimensões da SB em enfermeiros da atenção primária, e que incluiu oito estudos até setembro de 2017 (representando um n= 1.110 enfermeiros). Os autores identificaram, a partir da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Prisma), uma prevalência de exaustão emocional (EE) alta, de 28% (IC_{95%} = 22-34%), despersonalização (DP) alta de 15% (IC_{95%} = 9-23%) e realização profissional (RP) de 31% (IC_{95%} = 6-66%). Concluem que a enfermagem que atua na atenção primária é um grupo de risco, haja vista a elevada EE e baixa RP, enquanto a DP é menos prevalente. Tais resultados corroboram essa investigação nos profissionais da UBS: EE e DP com grau alto de, respectivamente, 27,9%, e 13,9%, e RP baixa com 26,3%.

Falgueras *et al* (2015) realizaram estudo transversal multicêntrico nas 51 equipes de APS (médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e equipe administrativa – equipe formada por auxiliares de enfermagem e administrativos, administradores e cuidadores) do *Institut Català de la Salut* de Barcelona/Espanha em 2010, através de pesquisa por correio eletrônico com 2398 participantes, que obteve uma taxa de resposta de 36,7% (879) e considerou a presença de SB com dois ou mais graus elevados dentro das dimensões da SB pelo MBI. 17,2% apresentaram a SB, 46,2% tiveram uma ou mais dimensões alteradas (elevadas EE ou DP e baixa RP), 38,2% com alta EE (ponto de corte ≥ 27), 23,8% com alta DP (≥ 10) e 7,7% de baixa RP (≤ 33). Além disso, observaram que, dentre as categorias profissionais, os assistentes sociais tinham maior média de dimensões alteradas, seguidos da equipe administrativa, dentistas, médicos e enfermeiros ($p < 0,001$). Diante da situação laboral, funcionários fixos, ao se comparar com interinos, demonstraram um maior grau de EE ($p < 0,002$). Já em relação às relações de trabalho, os profissionais que menos consideravam trabalhar em equipe e os que pior valorizaram suas chefias, apresentaram mais EE, mais DP e um maior nível de *burnout* em geral ($p < 0,001$).

Os que menos valorizaram sua sede e aqueles que menos consideraram trabalhar em equipe apresentaram mais exaustão emocional, mais despersonalização e um nível mais alto de desgaste em geral ($p < 0,001$).

A atenção primária em saúde difere consideravelmente do serviço realizado em hospitais em diferentes aspectos, por exemplo: na atenção básica a assistência ocorre diretamente na comunidade, por um longo período de tempo, com uma baixa rotatividade de pacientes e habitualmente com a prevenção e assistência a doenças crônicas (GIRARD *et al*, 2017). Embora o ambiente hospitalar seja bastante diferente da assistência em nível primário das unidades básicas, um estudo transversal com anestesistas associados à Faculdade de Medicina do ABC/SP em 2009/2010 ($n=59$), em que foi estratificada a SB em níveis (baixo, médio e alto), apresentou um nível alto de *Burnout* somente com 3,4% e também apontou uma associação significativamente estatística entre despersonalização e prática de exercícios físicos – reforçando a atividade física como promoção de saúde (SERRALHEIRO *et al*, 2011).

Dentre as associações com a manifestação da Síndrome de *Burnout* e as dimensões do *burnout*, observou-se somente uma associação estatisticamente significativa entre a faixa etária. Outras variáveis só contemplaram algumas dimensões: estado civil (realização profissional), escolaridade (realização profissional), função ocupada na unidade de saúde (despersonalização e realização profissional), tempo de trabalho na UBS (despersonalização e realização profissional), turno de trabalho (realização profissional), trabalho em regime de 24 horas ou mais seguidas (despersonalização).

Pesquisa observacional analítico-transversal realizada em 2013 com 217 profissionais da APS de dois distritos sanitários de Porto Alegre/RS, dentre eles enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos, técnicos em saúde bucal e de enfermagem, odontólogos e nutricionistas, utilizou o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT) e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido pela OMS e que avalia transtornos mentais comuns com o intuito de avaliar a prevalência e preditores da SB na APS. O CESQT, já validado no Brasil, foi criado no intuito de identificar o estágio de adoecimento, indo além de certas deficiências psicométricas que foram identificadas no MBI em idiomas diferentes do inglês. O CESQT se baseia em um modelo teórico diante do estresse laboral crônico

com manifestações iniciais de problemas afetivos e cognitivos diante de uma baixa ilusão pelo trabalho e um alto desgaste psíquico; seguido de uma alta indolência (desenvolvimento de comportamento negativo em relação aos usuários); por último, a culpa que afeta os mais adoecidos. A partir da presença ou ausência da culpa, o CESQT define Perfil 1 ou 2 da SB (o segundo demonstra culpa e é considerado mais grave). Nessa pesquisa na APS de Porto Alegre, identificou-se 11% com SB perfil 2 e 18% dos trabalhadores com SB perfil 1. Além disso, foi demonstrada uma associação significativa estatisticamente por meio da regressão linear múltipla entre a SB perfil 1 e os seguintes preditores: maior tempo de profissão, somente trabalhar, presença de transtornos mentais comuns (cansaço mental, irritação, ansiedade, reações psicossomáticas e depressão), não ter filhos, cansaço, trabalhar em UBS e residir na capital. Para o perfil 2, fora o tipo de unidade e residência, os preditores foram semelhantes (SILVEIRA; CAMARA; AMAZARRAY, 2014).

Estudo transversal conduzido com 141 agentes comunitários de saúde (ACS) que trabalhavam há, no mínimo, 6 meses em unidades básicas de saúde de uma única regional da cidade de São Paulo, em 2006, constatou que 24,1% apresentaram a SB; 70,9% de níveis moderados ou altos de exaustão emocional e 34% de despersonalização; e 47,5% de baixa ou moderada realização profissional. Nessa pesquisa não foram encontradas associações significativas estatisticamente na análise bivariada entre exaustão emocional moderada ou alta e variáveis sociodemográficas, tais como: sexo, faixa etária, cor, estado civil, escolaridade, religião e tempo de trabalho. Destaca-se que se evidenciou um predomínio de ACS do sexo feminino (92,2%), faixa etária de 31 a 40 anos (33,3%), cor branca (41,1%) e escolaridade de ensino fundamental ou médio (73%) (SILVA; MENEZES, 2008). Apesar dessa amostra ser exclusivamente de ACS, quando se avaliam todas as categorias profissionais da UBS nessa pesquisa se constatou uma maior parcela de profissionais do sexo feminino (81,4%), idade de 31 a 40 anos, com 29,2%, 36,6% autodeclarados como raça/cor branca; bem como não foram encontradas associações expressivas entre as variáveis sociodemográficas, exceto quanto à faixa etária.

Revisão sistemática que buscou elencar os fatores de risco significativos para a ocorrência da SB em médicos analisou 47 artigos (de 395 inicialmente separados)

publicados de 2009 a 2014. De acordo com a análise realizada, os fatores preditivos são: sexo feminino, idade jovem, solteiro, longas jornadas de trabalho e baixa satisfação ocupacional. As causas não foram estabelecidas por limitações metodológicas, haja vista o limitado número de estudos longitudinais (AMOAF0 *et al*, 2015).

Observou-se uma relação significativa entre aumento da faixa etária e diminuição nos índices do ISB, bem como a manifestação da SB e seus aspectos básicos. Sugere-se um comportamento adaptativo associado ao desenvolvimento de algumas estratégias pessoais para enfrentar os problemas ocupacionais. Rebouças, Legay e Abelha (2007) observaram, em pesquisa realizada em instituição carioca de saúde mental de longa permanência, que havia um nível maior de satisfação e redução no nível de impacto ocupacional de acordo com o aumento da idade, ou seja, os jovens se sentiam menos satisfeitos e mais impactados pelo trabalho. Lee e colaboradores (2013) realizaram uma meta-análise que constatou que médicos com maior tempo de carreira apresentaram um melhor manejo em lidar com os fatores de risco da SB. Além disso, os médicos mais novos apresentam maior risco de apresentarem sintomas depressivos (DYRBYE *et al*, 2014; MAGNAVITA; FILENI, 2014).

Meta-análise, a partir da metodologia Prisma, de 65 dos 92 artigos selecionados de 1991 a 2011 de bases de dados também concluiu que a exaustão emocional é o núcleo da SB e que essa dimensão está positivamente associada com sobrecarga de trabalho, violência e conflitos em geral, atitudes negativas no trabalho, conflitos entre a vida pessoal e trabalho, debilidades na estrutura da organização, padrões de baixa qualidade e segurança, ansiedade, fadiga e depressão. Verificou-se também que atitudes positivas no trabalho, autonomia e cultura de qualidade e segurança estariam positivamente associadas à exaustão emocional (LEE *et al*, 2013). Entretanto, na presente pesquisa a dimensão da exaustão emocional só apresentou uma correlação significativa com a idade, dentre os quesitos avaliados.

Estudo transversal realizado em 2005, em uma instituição de saúde mental de longa permanência da cidade Rio de Janeiro, que buscava avaliar a relação entre nível de satisfação no trabalho e o impacto nesses profissionais indicou que a variedade de vínculos ocupacionais era um fator influente no nível de satisfação. Contudo, foi

encontrado que os mais satisfeitos eram os que apresentavam o vínculo ocupacional mais frágil: contratados por organizações não-governamentais (ONGs), ou seja, sem nenhuma estabilidade profissional. Além disso, eram os que recebiam menos e com poucos benefícios; grande parcela somente com ensino médio completo, e também foram os que mais se queixaram de cobranças institucionais (REBOUÇAS, LEGAY, ABELHA, 2007). Tal constatação não pode ser observada no presente estudo, em que não houve associação estatística entre concursados e não concursados (contrato em regime celetista, contrato autônomo, temporário e terceirizado) e manifestação da SB e suas dimensões. Contudo, é notória a divergência de benefícios entre os dois tipos de vínculos (número de dias de férias, progressão de carreira, desconto em planos de saúde, ausência de fundos de garantia do trabalhador, regime contratual, por exemplo).

Análise transversal observacional e descritiva foi realizada com 53 profissionais de um centro de saúde da Cidade do México (México) em 2014. Foi usada uma versão validada para o castelhano, no ano de 1999, em Tenerife (Espanha), do *Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)*, com 16 perguntas e indicada para todos os profissionais da saúde. Foi identificada, de acordo com ajustes de percentis nível alto e muito alto para SB, uma prevalência de 22,6% e uma associação significativa entre realização profissional e estado civil e entre sensação de exigência e exaustão emocional (OLVERA-ISLAS *et al*, 2015). Apesar da diferença no tipo de questionário do *MBI*, situação semelhante foi encontrada nesta pesquisa entre as variáveis realização profissional e estado civil ($p=0,0396$).

Pesquisas indicam que indivíduos com maior grau de escolaridade e solteiros/divorciados estão associados a exaustão emocional e despersonalização (SILVA; MENEZES, 2008; GLASBERG *et al*, 2007; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; SCHAUFELI; ENZMANN, 1998) – situação não observada nesta análise. Foi observado que a exaustão emocional é maior na metade da carreira, e a despersonalização, no início da carreira médica (DYRBYE *et al*, 2013). Esta correlação também foi constatada nesta análise, que considera todas as categorias profissionais e quando foi notório o decréscimo da despersonalização, haja vista que habitualmente o início de carreira profissional coincide com idades mais jovens.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* nos profissionais da Atenção Básica à Saúde da rede SUS/Belo Horizonte e compõe uma amostra probabilística que contempla pontos de uma rede de atenção primária e representativa. Por se tratar de uma pesquisa que abrangeu todos os distritos sanitários do município, foi plausível estratificar esse subtipo de estresse e avaliar possíveis associações com algumas variáveis.

Embora o *burnout* seja um fenômeno multifacetado, é consenso científico que esse processo de estresse crônico tem o trabalho como fator desencadeante, frente a uma ruptura de adaptação diante de desgaste ocupacional e com desenvolvimento de atitudes negativas, principalmente a indiferença e até mesmo o cinismo e a ironia.

O estudo aborda três modelos diagnósticos da SB e variáveis associadas propondo, além do diagnóstico clássico (três dimensões da SB alteradas), elencar possíveis quadros iniciais que possam ser alertas para possíveis intervenções antes do quadro propriamente dito da SB.

Este trabalho encontrou algumas variáveis associadas significativamente a um alto Índice de Síndrome de *Burnout* e diretamente vinculadas ao processo ocupacional: presença de conflitos, condições inadequadas e elevado índice de violência sofrida pelo profissional (por usuários e/ou os próprios colegas profissionais). Maslach e colaboradores (2001) corroboram que as condições do ambiente ocupacional inadequadas são os principais fatores determinantes do *burnout* (problemas decorrentes de recursos, regras operacionais, hierarquia e distribuição do espaço, falta de apoio social e de autonomia, demandas conflitantes, pressão de tempo e sobrecarga).

O modelo de ajuste proposto ainda elencou características mais pessoais, como a idade menor que 40 anos e o perfil e formação profissional. Este último foi questionado na pesquisa como um fator de fortalecimento do vínculo profissional com a UBS. A idade mais jovem como fator de risco já foi apontada em inúmeros estudos e se

considera que o processo de maturidade, adaptação e inteligência cognitiva estejam diretamente associados a uma menor ocorrência do *burnout* com o avançar da idade.

A ausência de consenso na literatura quanto aos critérios diagnósticos da Síndrome de *Burnout* é visível na prevalência estimada, já que são consideradas alterações no nível das três dimensões do *burnout* (3,3%), duas (15,8%) e, no mínimo, de uma (55,3%).

Uma consideração que poderia justificar o baixo número de profissionais com SB seria que muitos funcionários poderiam estar afastados, ter mudado de profissão ou mesmo se recusado a participar da pesquisa pela descrença e falta de perspectiva encontrados na SB, bem como uma dedicação exagerada ao trabalho (mesmo que de forma negativa para os colegas e usuários do centro de saúde).

Apesar do anonimato garantido, questiona-se se baixos índices da SB estariam associados ao fato de profissionais fornecerem respostas mais esperadas politicamente por receio quanto a possíveis represálias. Durante a aplicação da pesquisa, foi notória a preocupação dos profissionais quanto à garantia do sigilo. Uma alternativa cogitada durante o desenvolvimento do projeto foi o envio, por e-mail com o *link* em página eletrônica, do formulário a ser preenchido com o questionário. Todavia, a literatura indica uma baixa adesão quando os questionários são enviados de forma eletrônica (GONZÁLEZ-SÁNCHEZ *et al*, 2017).

Ainda que a aplicação da pesquisa nas UBS tenha sido realizada, na maioria dos casos, em somente um dia, tentou-se diminuir possível viés de seleção ao convidar todos os profissionais que estavam trabalhando naquele dia; além disso, a equipe de aplicação permaneceu durante todo o horário de funcionamento do centro de saúde. Uma limitação observada é que os analfabetos, caso existissem no quadro de funcionários dos centros de saúde, não participaram da pesquisa, haja vista que o questionário era impresso e autoaplicável de forma individual.

A associação de aumento no ISS com a piora no grau de autonomia, bem como com a satisfação no trabalho desempenhado, reforça a percepção do grupo de pesquisa

quanto às queixas dos profissionais durante a aplicação, e aponta para novos estudos de natureza qualitativa.

Apesar de vários estudos e diretrizes internacionais destacarem a importância da valorização da APS, uma realização profissional com índices de moderado ou baixo de 62,5%, como encontrados nesta pesquisa, é alarmante. Afinal, os profissionais da APS têm um acompanhamento mais longitudinal e próximo dos pacientes na sua comunidade, e podem realizar uma assistência que vise a prevenção de doenças e promoção de saúde e que impacta diretamente nos custos com saúde, índices de morbidade, mortalidade e qualidade de vida.

Em detrimento das limitações metodológicas de um estudo transversal, outros estudos são necessários para explorar os determinantes do *burnout*, avaliações seriadas e até entrevistas direta com profissionais, por exemplo; bem como pesquisas com objetivos de elencar projetos de intervenção no ambiente daqueles que são a principal via de acesso ao SUS e lidam diretamente com a assistência e o cuidado da população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. R. J. *Modos de organização do trabalho na atenção primária à saúde: a experiência de Belo Horizonte*. 2007. 250f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ALDREES, T. M. *et al.* Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.*, v. 33, n. 5, p. 451-6, 2013.

AMOAFIO, E. *et al.* What are significant factors associated with burnout in doctors? *Ocuup Med (Lond)*, v. 65, n. 62, p. 117-121, 2015. doi: 10.1093/occmed/kqu144.

AVERY, T. *et al.* *Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice*. London: The General Medical Council: PRACTiCe Study, 2012.

BAKUSIC J, SCHAUFELI W, CLAES S, GODDERIS L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. *J. Psychosom. Res.*, n. 92, p. 34-44, 2017.

BARBOSA, G. A *et al.* *A saúde dos médicos no Brasil*. Conselho Federal de Medicina, 2007. 220p. ISBN 978-85-87077-13-4. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/include/asaudedosmedicosdobrasil.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400010&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 1 maio 2016.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *MBI - Maslach Burnout Inventory* e suas adaptações para o Brasil. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 32., 2001, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2001, p. 84-85.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T (Org.). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BIANCHI, R; SCHONFELD, I.S.; LAURENT, E. Is it Time to Consider the “Burnout Syndrome” A Distinct Illness? *Frontiers in Public Health*, v. 3, n. 158, 2015a. doi:10.3389/fpubh.2015.00158.

BIANCHI, R; SCHONFELD, I.S.; LAURENT, E. Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, n. 36, p. 28-41, 2015b.

BOND, M. M. K. *et al.* Prevalência de *Burnout* entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 42, n. 3, p. 97-107, 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, [2018]. Seção II – Da Saúde. Art. 196-200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao/federal.pdf. Acesso em: 14 nov. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007/GM, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.339*, de 18 de novembro de 1999. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html. Acesso em: 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 nov. 2017.

BRENNINKMEYER, V.; VAN YPEREN, N.W.; BUUNK, B.P. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers. Individ. Dif.*, v. 30, n. 5, p. 873-80, 2001.

BROWN, S. D., GOSKE, M. J., JOHNSON, C. M. Beyond Substance Abuse: Stress, Burnout, and Depression as Causes of Physician Impairment and Disruptive Behavior. *J. Am. Coll. Radiol.*, v. 6, p. 479-485, 2009. Disponível em: [https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(08\)00594-2/references](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(08)00594-2/references). Acesso em: 30 nov. 2017.

CAÑADAS-DE LA FUENTE, G. A.; VARGAS, C.; SAN LUIS, C.; GARCÍA, I.; CAÑADAS, G. R.; DE LA FUENTE, E. I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int. J. Nurs. Stud.*, v. 52, n. 1, p. 240-9, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>. Acesso em: 1 maio 2016.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico-PUCRS*, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461>. Acesso em: 1 maio 2016.

CARVALHO, F. F. O interesse científico da psicanálise hoje – Condições para uma conversação entre psicanálise e ciência. *Curinga: Psicanálise & Ciência*, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n.37, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. DOI: 10.1590/S0103-40142013000200002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017.

CHEN, K. et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int. J. Med. Sci.*, Austrália, v. 10, n. 11, p. 1471-1478, 2013.

CLARK, S. The Impact of the Hippocratic Oath in 2018: The Conflict of the Ideal of the Physician, the Knowledgeable Humanitarian, Versus the Corporate Medical Allegiance to Financial Models Contributes to Burnout. *Cureus*, v. 10, n. 7, p. 3076-80, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Carta do médico jovem para o Brasil – Pesquisa traça perfil do egresso das escolas. *Jornal Medicina*. Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina. Edição 270, ago. 2017. Plenária e comissões. Página 7. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-6abcc8f24321d1eb8c95855eab78ee95.pdf. Acesso em: 10 set. 2017.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-2, 2001.

CORDES, C.L.; DOUGHERTY, T. W. A review and an integration of research on job burnout. *Acad. Manage Rev.*, v. 18, n. 4, p. 621-56, 1993. DOI: 10.2307/258593.

CREMONESE, G. R.; MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 16, n. 2, p. 279-93, 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. Funções psíquicas compostas e suas alterações: consciência e valoração do Eu, personalidade e inteligência. In: DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Capítulo 21. p. 245-256.

DEWA, C.S., LOONG, D., BONATO, S. *et al.* The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *B. M. J. Open*, v. 7, e015141, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015141. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/6/e015141.long>. Acesso em: 30 jul. 2017.

DEWA, C.S., LOONG, D., BONATO, S. *et al.* How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *B.M.C. Health Serv. Res.*, v. 14, p. 325, 2014. DOI:10.1186/1472-6963-14-325. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-325#citeas>. Acesso em: 30 jul. 2017.

DIAS, S. M. M.; BOAS, A. A. V.; DIAS, M. R. G *et al.* Fatores desmotivacionais ocasionados pelo estresse de enfermeiros em ambiente hospitalar. In: *SEMEAD – Seminários de Administração FEA-USP*, 8., 2005, São Paulo. *Anais...* São Paulo: FEA-USP, 2005, p. 1-13.

DUAN, X. *et al.* The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 17, n. 1, p.93, 2019.

DYRBYE, L. N. *et al.* Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin. Proc.*, Rochester, v. 88, n. 12, p. 1358-1367, 2013.

DYRBYE, L. N. *et al.* Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad. Med.*, Filadélfia, v. 89, n. 3, p. 443-451, 2014.

EATON, L. Health workforce burn-out. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 97, n. 9, p. 585-6, 2019.

ESCRIBA-AGUIR, Vicenta; ARTAZCOZ, Lucía; PEREZ-HOYOS, Santiago. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac. Sanit.*, Barcelona, v. 22, n. 4, p. 300-308, ago. 2008. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000400002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017.

EU-OSHA – EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. Press release. EU-OSHA launches free e-guide on managing stress and psychosocial risks at work. 28 nov. 2014. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/about-eu-osha/press-room/eu-oshalaunches-free-e-guide-on-managing-stress-and-psychosocial-risks-at-work/>. Acesso em: 23 Aug. 2016.

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

FAWCETT, T. An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters*, v. 27, n. 8, p. 861-74, 2006.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, Ago. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>. Acesso em: 29 set. 2017.

FINKELMAN, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 708-712, 2010.

FRANÇA, F. M. *et al.* Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 961-970, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2016.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *J Soc Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x/pdf>. Acesso em 30 abr. 2016.

GALINDO, R. H. *et al.* Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 2, p. 420-7, 2012.

GARCIA, T. T. *et al.* Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr. Crit. Care Med.*, Baltimore, v. 15, n. 8, p. 347-353, 2014.

GÊNESIS. In: A BÍBLIA: tradução ecumênica. São Paulo: Paulinas, 2002.

GIGLIO, A.D. *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 52, n. 2, p. 108-12, 2006.

GIRARD, A.; HUDON, C.; POITRAS, M.; ROBERGE, P.; CHOUINARD, M. Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. *J. Clin. Nurs.*, v. 26, n. 9-10, p. 1385-94, 2017.

GLASBERG, J. *et al.* Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Rev Assoc Med Bras.*, v. 53, n. 1, p. 85-9, 2007. DOI: 10.1590/S0104-42302007000100026.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.

GÓMEZ-URQUIZA, J.L.; MONSALVE-REYES, C.S.; SAN LUIS-COSTAS, C.; FERNÁNDEZ-CASTILLO, R.; AGUAYO-ESTREMER, R.; CAÑADAS-DE LA FUENTE, G.A. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten. Primaria*, v. 49, n. 2, p. 77-85, 2017.

GONZALEZ-SANCHEZ, Blanca *et al.* Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 63, n. 4, p. 361-365, abr. 2017. DOI: 10.1590/1806-9282.63.04.361. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000400361&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2017.

GRACINO, Mariana Evangelista *et al.* A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 244-263, set. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300244&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2018.

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

HACER, T. Y.; ALI, A. Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 69, 101874, 2020.

HALL, L.H.; JOHNSON, J.; WATT, I.; TSIPA, A.; O'CONNOR, D.B. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE*, v. 11, n. 7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>. Acesso em: 30 abr. 2016.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. A goodness of fit test for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics*, n. A10, p.1043-1069, 1980.

IACOVIDES, A.; FOUNTOULAKIS, K.N.; KAPRINIS, S.; KAPRINIS, G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J. Affect. Disord.*, v. 75, n. 3, p. 209-21, 2003.

JIMÉNEZ, R. E. *et al.* Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, v. 47, 100792, 2019.

KAKIASHVILI, T.; LESZEK, J.; RUTKOWSKI, K. The medical perspective on burnout. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*, v. 26, n. 3, p. 401-12, jun. 2013. DOI: 10.2478/s13382-013-0093-3. Epub: 2013 Sep. 10.

KÄRKKÄINEN, R.; SAARANEN, T. ; HILTUNEN, S. ; RYYNÄNEN, O. P.; RÄSÄNEN, K. Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*, v. 67, n. 6, ago. 2017, p. 461–468. DOI: 10.1093/occmed/kqx093. Disponível em: <https://academic.oup.com/occmed/article/67/6/461/4061093>. Acesso em: 30 abr. 2016.

KITZE, S.; RODRIGUES, A. B. Burnout em oncologia: Um estudo com profissionais de enfermagem. *Einstein*, v. 6, n. 2, p. 128-133, 2008.

KRAWULSKI, Edite. A Orientação Profissional e o significado do trabalho. *Revista da ABOP – Associação Brasileira de Orientadores Profissionais*, v. 1, n. 2, p. 5-19, 1998.

KOUR, H. Burnout among Medical Professionals: Does it Need a Major Concern? *Journal of the Scientific Society*, v. 46, n. 2, p. 35-6, 2019.

KUSHNIR, T.; GRENNBERG, D.; MADJAR, N.; HADARI, I.; YERMIAHU, Y.; BAHNER, Y. G. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Fam Pract.*, v. 31, n. 1, p. 44-50, 2014.

LAUTERT, Liana. O desgaste profissional do enfermeiro. 1995. Tese de doutorado, Universidade Pontífica de Salamanca, Espanha, 1995. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/11028>. Acesso em: 1 maio 2016.

LEBARES, C. C. et al. Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. *Journal of the American College of Surgeons*, n. 226, v. 1, p.80-90, 2017.

LEE R. T. et al. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum. Resour. Health*, v. 11, n. 48, 2013. DOI: 10.1186/1478-4491-11-48. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-48>. Acesso em: 30 abr. 2017.

LEITER, M. P.; FRANK, E.; MATHESON, T. J. Demands, values, and burnout. *Can. Fam. Physician*, Maryland, v. 55, n. 12, p. 1224-1225, 2009.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D.W. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. *American Journal of Epidemiology*, v. 115, n. 1, p. 92-106, 1982.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 16, n. 1, p. 283-304, 2018.

LINDSEY, J. K. *Applying generalized linear models*. New York: Springer, 1997.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 3, p. 633-40, 2012.

LÓPEZ IBOR, J. J.; LÓPEZ IBOR ALIÑO, J. J. *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Gredos, 1974.

LOVSETH, L. T. et al. Associations between confidentiality requirements, support seeking and burnout among university hospital physicians in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study). *Stress Health*, Chichester, v. 29, n. 5, p. 432-437, 2013.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002. DOI: 10.1590/S0034-89102002000200014.

MAGNAVITA, N.; FILENI, A. Work stress and metabolic syndrome in radiologists: first evidence. *Radiol. Med.*, Torino, v. 119, n. 2, p. 142-148, 2014.

MARTINS, L.F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12, p. 4939-4750, 2014.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, v. 93, n.3, p.498, 2008.

MASLACH, C.; LEITER, M.P. *The truth about burnout: how organization cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B. Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, W.B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (orgs.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis, 1993. p. 1-16.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. *Ann. Rev. Psychol.*, v. 52, p. 397-422, 2001. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 1 maio 2016.

MASLACH, C. Entendendo o burnout. In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. (orgs.). *Stress e Qualidade de Vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, Califórnia, v. 2, n. 2, p. 99-113, abr. 1981. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/epdf>. Acesso em: 1 maio 2016.

MCABEE, J. H. *et al.* Factors associated with career satisfaction and burnout among US neurosurgeons: results of a nationwide survey. *Journal of Neurosurgery JNS*, v. 123, n. 1, p. 161-173, jul. 2015. Disponível em: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/123/1/article-p161.xml>. Acesso em: 17 nov. 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.77-92, jan.-mar. 2014.

MOREIRA, D. S. *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1559-68, 2009.

MONSALVE-REYES, C.S. *et al.* Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *B. M. C. Fam. Pract.*, v. 19, n. 59, 2018. DOI:10.1186/s12875-018-0748-z

OLIVEIRA JÚNIOR, G. S. *et al.* The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth. Analg.*, Cleveland, v. 117, n. 1, p. 182-193, 2013.

OLVERA-ISLAS, R.; TÉLLEZ-VILLAGRA, C.; GONZÁLEZ-PEDRAZA, AVILÉS A. Prevalencia de *Burnout* en trabajadores de un centro de salud. *Aten. Fam.*, v. 22, n. 2, p. 46-49, 2015.

OPOKU, S. T.; APENTENG, B. A. Career satisfaction and burnout among Ghanaian physicians. *Int. Health*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 54-61, 2014.

PANAGIOTI, M. *et al.* Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern. Med.*, v. 177, n. 2, p. 195-205, 2017. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.7674.

PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. 2013. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf. Acesso em 20 abr. 2018.

PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Atenção primária*. [Online]. 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria>. Acesso em 20 abr. 2018.

PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Documento Complementar 01C*. Projeto de qualificação da infraestrutura da atenção primária à saúde de Belo Horizonte. Caracterização do sistema atual. Belo Horizonte, 2010. 164f.

PÉREZ, J. P. Efecto del *burnout* y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, n. 29, p. 445-455, 2013.

PICARD, J. *et al.* Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol. Health Med.*, Abingdon, v. 21, n. 3, p. 354-361, 2015.

PISTELLI, Y. *et al.* Síndrome de desgaste profissional em médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent pediatr.*, v. 109, n. 2, p. 129-134, 2011.

R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING. R Development Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria, 2012. Disponível em: <http://www.R-project.org>. Acesso em: 1 maio 2018.

REBOUCAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 244-250, abr. 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000200011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2018.

RODRIGUEZ, Sandra Yvonne Spiendler; CARLOTTO, Mary Sandra. Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estud. psicol.*, Campinas, v. 34, n. 1, p. 141-150, mar. 2017. DOI: 10.1590/1982-02752017000100014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2018.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc.*, v. 21, n. 1, p. 141-52, 2012.

ROTH, M. *et al.* Career Burnout Among Pediatric Oncologists. *Pediatric blood & cancer*, v. 57, p. 1168-73, 2011. DOI: 10.1002/pbc.23121.

SÁ, A. M. S.; MARTINS-SILVA, P. O.; FUNCHAL, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 664-674, 2014.

SABLIK, Z.; SAMBORSKA-SABLIK, A.; DROZDZ, J. Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Arch. Med. Sci.*, v. 9, n. 3, p. 398–403, 2013.

SAGALOWSKY, S. T. *et al.* Intimate Partner Relationships, Work-Life Factors, and Their Associations With Burnout Among Partnered Pediatric Residents. *Acad Pediatr*, v. 19, n. 3, p. 263-8, 2019.

SANTOS; A. C.; HOPPE, A. S.; KRUG, S. B. F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis*, v. 28, n.4, e280403, 2018.

SANTOS JÚNIOR, E. B.; DIAS, E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto-atendimento. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 705 - 722, 2005. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2005_3/artigos/CSC_2005-3_eber.pdf. Acesso em: 30 abr. 2016.

SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. *The Burnout companion to study and practice: a critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis; 1998.

SCHAUFELI, W. B.; TARIS, T.W. Commentary. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work and Stress*, v. 19, 356–362, 2005.

SERRALHEIRO, F.C.; BRAGA, A.L.; GARCIA, M.L.; GRIGIO, T.; MARTINS, L.C. Prevalência da síndrome de burnout em anestesiológicos de Instituição de Ensino Superior em Medicina. *Arq. Bras. Ciênc. Saúde*, v. 36, n. 3, p. 140-3, 2011.

SHANAFELT, T. D. *et al.* Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann. Surg.*, v. 251, p. 995-1000, 2010.

SHANAFELT, T.D. *et al.* Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Ann. Surg.*, v. 255, p. 625-633, 2012.

SHIROM, A. *et al.* Burnout, mental and physical health: a review of the evidence and a proposed explanatory model. *Int. Rev. Ind. Organ Psychol.*, v. 20, p. 269-309, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285185175_Burnout_mental_and_physical_health_A_review_of_the_evidence_and_a_proposed_explanatory_model. Acesso em: 30 abr. 2016.

SILVA JUNIOR, J. S., FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev. Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 186-90, 2014.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; MENEZES, Paulo Rossi. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, out. 2008. DOI: 10.1590/S0034-89102008000500019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017.

SILVA, Silmar Maria da *et al.* Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, v. 16, p. 41-48, dez. 2016. DOI: 10.19131/rpesm.0156. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017.

SILVEIRA, Stelyus Leônidas Mariano; CAMARA, Sheila Gonçalves; AMAZARRAY, Mayte Raya. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 386-392, dez. 2014. DOI:10.1590/1414-462X201400040012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000400386&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2017.

SOTO CAMARA, R.; SANTAMARÍA, C.I. Prevalence of burnout in primary care nurses. *Enferm. Clin.*, v. 15, n. 3, p. 123-30, 2005.

SOUZA, Isabela Alves Silveira *et al.* Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 447-453, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500447&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2016.

STAFFORD, L.; JUDD, F. Mental health and occupational wellbeing of Australian gynaecologic oncologists. *Gynecol. Oncol.*, Nova York, v. 116, n. 2010, p. 526-532, 2010.

TAFVELIN, S.; KEISU, B. I.; KVIST, E. The Prevalence and Consequences of Intragroup Conflicts for Employee Well-Being in Women-Dominated Work. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, v. 44, n. 1, p. 47-62, 2020.

TAMAYO, Mauricio Robayo. Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois serviços públicos. 1997. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, 1997.

THARWAT, A. Classification assessment methods. *Applied Computing and Informatics*. 2018. ISSN 2210-8327.

TIRONI, Márcia Oliveira Staffa *et al.* Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-277, set. 2016. DOI:10.5935/0103-507X.20160053. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300270&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2018.

TUCKER, S.J.; WEYMILLER, A.J.; CUTSHALL, S.M.; RHUDY, L.M.; LOHSE, C.M. Stress ratings and health promotion practices among RNs: a case for action. *J. Nurs. Admin.*, v. 42, n. 5, p. 282-92, 2012.

TUCUNDUVA, Luciana Tomanik Cardozo de Melo *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 108-112, abr. 2006. DOI: 10.1590/S0104-42302006000200021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000200021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017.

VANDER ELST, T. *et al.* Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nurs. Outlook*, v. 64, n. 6, p. 542-56, nov/dez. 2016. Disponível em: 10.1016/j.outlook.2016.06.004. Acesso em: 1 maio 2018.

VILÁ FALGUERAS, M.; CRUZATE MUÑOZ, C.; ORFILA PERNAS, F.; CREIXELL SUREDA, J.; GONZÁLEZ LÓPEZ, M.P.; DAVINS, M.J. Burnout and teamwork in primary care team. *Aten. Primaria*, v. 47, n. 1, p. 25–31, 2015.

VOGT, M. S. *et al.* Cargas físicas e psíquicas no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Cogitare Enferm.*, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

WILLEMS, R.; MONTEN, C. PORTZKY, G. Exploring the relative importance of work organizational burnout risk factors in Belgian residents. *Medical Education Online*, v. 23, n. 1, 1521246, 2018.

WRIGHT, T. A.; BONETT, D. G. The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, v. 18, n. 5, p. 491-499, 1997.

ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J.A. Several names for tiredness: emergent categories and their relationship with the world of work. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 77-88, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

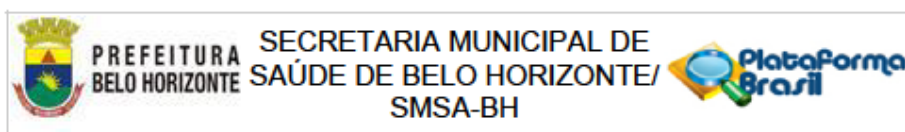
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Aprovação SMSA-BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

Pesquisador: Elza Machado de Melo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01140812.1.3001.5140

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.512.402

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo quali quantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município; também serão utilizados questionários on line. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Núcleo de Saúde e Paz

Questionário n°:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: (____) _____ 2. Celular: (____) _____ () 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO

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

Por favor, leia com atenção cada uma das afirmativas e decida se você já se sentiu deste modo em seu trabalho.

Instruções: Se você nunca teve estes sentimentos, marque um “0” (zero) na afirmativa. Se você já teve estes sentimentos, indique com que frequência você o sente, escolhendo o número (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

Frequência

1. Nunca.
2. Algumas vezes ao ano ou menos.
3. Uma vez ao mês ou menos.
4. Algumas vezes durante o mês.
5. Uma vez por semana.
6. Algumas vezes durante a semana.
7. Todo dia.

<u>Declaração</u>	Pontuação						
	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo dia. (7)
37. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.							
38. Eu me sinto como se estivesse no meu limite.							
39. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.							
40. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.							
41. Trabalhar diretamente c/ pessoas me deixa muito estressado.							
42. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.							

43. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.							
44. Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.							
45. Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.							
46. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.							
47. Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.							
48. Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.							
49. Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.							
50. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.							
51. Eu me sinto muito cheio de energia.							
52. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.							
53. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.							
54. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes							
55. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
56. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.							
57. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas.							
58. Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho.							