

**UNIVERSIDADE FUMEC**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS – FACE**  
**Mestrado em Administração**

**Ana Carolina Barbosa Ferreira Nasser**

**SÍNDROME DE BURNOUT E ABSENTEÍSMO: um estudo na Equipe de Enfermagem  
do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte/Minas Gerais**

**Belo Horizonte-MG**

**2016**

**Ana Carolina Barbosa Ferreira Nasser**

**SÍNDROME DE BURNOUT E ABSENTEÍSMO: um estudo na Equipe de Enfermagem  
do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte/Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração da Universidade FUMEC, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão Estratégica de Organizações

Linha de pesquisa: Estratégia em Organizações e Comportamento Organizacional

Orientadora: Profa. Dra. Zélia Miranda Kilimnik

**Belo Horizonte-MG**

**2016**

---

C267s Nasser, Ana Carolina Barbosa Ferreira.  
Síndrome de Burnout e absenteísmo: um estudo na equipe de enfermagem do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte/Minas Gerais. / Ana Carolina Barbosa Ferreira Nasser. – Belo Horizonte, 2016.  
93 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Zélia Miranda Kilimnik.  
Dissertação (mestrado) – Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais.

Inclui bibliografia.

1. Burnout (Psicologia) – Estudo de casos.  
2. Enfermagem – Stress ocupacional – Estudo de casos.  
I. Kilimnik, Zélia Miranda. II. Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais. III. Título.

CDU: 658.3.04/.05

---



UNIVERSIDADE  
FUMEC

Dissertação intitulada **“Síndrome de Bournout e Absenteísmo: um estudo na equipe de enfermagem de Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte/Minas Gerais”** de autoria de Ana Carolina Barbosa Ferreira Nasser, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dra. Zélia Miranda Kilimnik – Universidade FUMEC  
(Orientadora)

Prof. Dr. Jefferson Lopes da Falce – Universidade FUMEC  
(Examinador Interno)

Prof. Dr. Luiz Carlos Honório – Faculdade Novos Horizontes  
(Examinador Externo)

Prof. Dra. Cristiana Fernandes De Múylder  
Coordenadora do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração da Universidade  
FUMEC

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2016.

REITORIA

Av. Afonso Pena, 3880 - Cruzeiro  
30135-005 - Belo Horizonte, MG  
Tel. 0800 0300 200  
www.fumec.br

CAMPUS

Rua Coelhos, 200 - Cruzeiro  
30310-190 - Belo Horizonte, MG  
Tel. (31) 3228-3000  
www.fumec.br

Aos meus pais, *José Sergio e Solange*,  
responsáveis pela minha base pessoal e  
educacional.

Ao meu esposo, *José Júnior*, meu maior  
incentivador.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar e iluminar meus caminhos, me proporcionando saúde, sabedoria e disposição para enfrentar essa árdua caminhada.

À minha mãe, fonte de aconchego e amor infinito. Ao meu pai, sempre presente e pronto a me ajudar. Obrigada por incentivar, participar e apoiar cada etapa e cada decisão.

Em especial, agradeço ao meu amado esposo, escolha perfeita de Deus para minha vida. Obrigada pela paciência, amor, carinho e incentivo constantes. Obrigada pelo apoio e por entender meus períodos de ausência e de estresse. Você foi meu conselheiro e meu porto seguro nos dias mais difíceis. Seu amor me dá força e segurança para sempre lutar em busca dos nossos objetivos.

Ao meu irmão, pela amizade e carinho. Aos meus sobrinhos, que, com um simples sorriso, recarregam minhas energias. Aos demais familiares, pela torcida e orações.

À Professora Doutora Zélia Miranda Kilimnik, que, com sua experiência e paciência, me guiou no desenvolvimento deste trabalho.

Nívea, minha eterna mestra. Você é, para mim, exemplo de profissionalismo e competência. Obrigada pelos conselhos, pela oportunidade de crescimento e por sua amizade.

Ao Centro de Saúde Miramar, em especial à ESF 05, e às minhas amigas Sirlândia e Daniela, confidentes e parceiras, sempre dispostas a me ajudarem.

Aos profissionais de enfermagem da regional Barreiro, que responderam aos questionários e permitiram a conclusão desta pesquisa.

Aos meus alunos, por motivar meu aprimoramento. Em especial, Cristina e Igor, pela ajuda na coleta de dados, torcendo e comemorando cada etapa vencida.

Fran, companheira nesta caminhada e amiga que levarei por toda a vida.

A todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos!

## RESUMO

A Síndrome de Burnout é considerada como um estado de exaustão profissional, gerada pelo contato direto, excessivo e estressante no ambiente de trabalho (ANDRADE *et al.*, 2012). A enfermagem é uma categoria profissional com grande possibilidade de desenvolver a síndrome, devido a fatores tais como: organização do trabalho, baixa autonomia, sobrecarga, dupla jornada e indefinição do papel profissional. Atrelado a esses fatores, está o contato direto e contínuo com pacientes e familiares, sendo o cuidar do outro a essência dessa profissão (ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2010). Além dos impactos diretos na saúde do trabalhador acometido pela síndrome, a literatura aponta também impactos para o empregador, entre eles, o absenteísmo. Diante desse contexto, este trabalho teve como objetivo identificar a incidência da Síndrome de Burnout em membros de equipes de enfermagem atuantes no Programa de Saúde da Família e verificar sua relação com os índices de absenteísmo do conjunto dessas equipes. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, viabilizada por meio de aplicação de questionário de autopreenchimento, composto da escala Maslach Burnout Inventory (MBI) e de uma seção sobre dados funcionais e demográficos. Foi realizado, além disso, um levantamento, por meio de registros de folha de ponto, dos índices de absenteísmos dos funcionários participantes do estudo. A coleta dos dados ocorreu no mês de outubro de 2016, nas Unidades Básicas de Saúde da regional do Barreiro em Belo Horizonte. Foram pesquisados 188 profissionais, atuantes no Programa de Saúde da Família. Observou-se com o presente estudo que um quarto (25,53%) dos trabalhadores pesquisados manifestou a Síndrome de Burnout. Foi detectada diferença significativa (valor-p = 0,006) nos índices de absenteísmos de acordo com os critérios de classificação de Burnout, sendo que os respondentes enquadrados nessa síndrome apresentaram um maior índice de absenteísmo. Não foram encontradas relações entre Burnout e as categorias das variáveis sociodemográficas. Constatou-se, porém, relação entre as variáveis sociodemográficas e o absenteísmo, sendo o perfil dos indivíduos que mais se ausentam no trabalho são os que possuem filhos, trabalham há mais de 10 anos na PBH, são efetivos, estão insatisfeitos com a carga horária de trabalho e julgam a estrutura de trabalho inadequada. Além disso, foi encontrada uma significativa e positiva correlação entre a idade e anos de formado com o índice de absenteísmo, ou seja, quanto maior a idade e quanto mais tempo de formado, maior tende a ser o absenteísmo.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Burnout; Absenteísmo.

## ABSTRACT

Burnout Syndrome is considered a state of professional exhaustion, generated by direct excessive contact in a stressful work environment (ANDRADE *et al.*, 2012). Nursing is a professional category with great possibilities in developing the syndrome due to factors such as: work organization, low workplace autonomy, work overload, double shifts and undefined professional roles. Coupled with these factors is the direct and continuous contact with patients and families, as caring for others is the essence of this profession (ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2010). Aside from direct impact on the health of the employee affected by the syndrome literature indicates impacts on the employer as well, including absenteeism. In light of this context, the aim of this project was to identify the occurrence of Burnout Syndrome in nursing team members active in the family health program and verify the relationship to the rate of absenteeism of all of these teams. The research is quantitative and descriptive, made possible by means of an auto-fill questionnaire, composed of the Maslach Burnout Inventory (MBI) scale, and a section on functional and demographic data. A survey was also carried out by means of data sheet records of the rate of absenteeism of the employees participating in the study. Data was collected in October 2016 at the Basic Health Units in the region of Barreiro in Belo Horizonte. A total of 188 active professionals in the Family Health Program were surveyed. Through the present study, it was observed that one quarter (25.53%) of the workers surveyed showed manifested Burnout Syndrome. A significant difference ( $p$ -value = 0.006) was detected in the absenteeism rates according to Burnout classification criteria, and the respondents encompassed with this syndrome had a higher rate of absenteeism. No relationship was found between Burnout and the categories of socio-demographic variables. However, there was a relationship between the socio-demographic variables and absenteeism, being that the profile of individuals that are more absent at work are those with children, who have worked more than 10 years for the City Hall of Belo Horizonte, are effective, are dissatisfied with the workload and pass judgment on the inadequate work structure. In addition, a significant and positive correlation was found between age and years of training with the rate of absenteeism, that is, the greater the age and the longer the training, the greater the rate of absenteeism tends to be.

**Keywords:** Nursing; Burnout; Absenteeism.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo esquemático da sintomatologia de Burnout.....	19
Quadro 2 – Fatores individuais associados ao Burnout.....	20
Quadro 3 – Fatores do trabalho associados ao Burnout .....	21
Quadro 4 – Fatores organizacionais associados ao Burnout .....	22
Quadro 5 – Fatores sociais associados ao Burnout .....	23

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico de barras com os intervalos de confiança para os itens das dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização.....	46
Gráfico 2 – Gráfico de barras com os intervalos de confiança para os itens da dimensão Realização Profissional.....	46
Gráfico 3 – Boxplot do índice de absenteísmo por nível de Realização Profissional.....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de pontos por dimensão .....	38
Tabela 2 – Pontos de corte sobre as dimensões da escala do MBI.....	39
Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis categóricas da amostra .....	43
Tabela 4 – Análise descritiva das variáveis numéricas da amostra.....	44
Tabela 5 – Análise descritiva dos itens das dimensões do Burnout .....	45
Tabela 6 – Validação dos indicadores .....	47
Tabela 7 – Distribuição de pontos por dimensão e pontos de corte para a escala MBI .....	47
Tabela 8 – Análise descritiva dos indicadores numéricos e categorizados .....	48
Tabela 9 – Comparação do indicador Exaustão Emocional categorizado com as variáveis características da amostra .....	49
Tabela 10 – Comparação do indicador Despersonalização categorizado com as variáveis características da amostra .....	51
Tabela 11 – Comparação do indicador Realização Profissional categorizado com as variáveis características da amostra .....	52
Tabela 12 – Comparação do indicador Burnout com as variáveis características da amostra.....	53
Tabela 13 – Comparação dos indicadores Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal categorizados com o índice de absenteísmo.....	54
Tabela 14 – Comparação do índice de absenteísmo com as variáveis categóricas características da amostra .....	55
Tabela 15 – Correlação do índice de absenteísmo com as variáveis numéricas características da amostra.....	56

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DE	Despersonalização
EE	Exaustão Emocional
ESF	Estratégia de Saúde da Família e Equipe de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura de Belho Horizonte
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
rRP	reduzida Realização Profissional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	Objetivos .....	14
1.1.2	<i>Objetivo geral</i> .....	14
1.1.3	<i>Objetivos específicos</i> .....	14
1.2	Justificativa .....	15
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TÉORICO</b> .....	<b>17</b>
2.1	Síndrome de Burnout .....	17
2.2	Fatores associados ao Burnout .....	19
2.3	Estresse <i>versus</i> Síndrome de Burnout .....	23
2.4	Estudos realizados sobre Burnout .....	24
2.5	Burnout <i>versus</i> absenteísmo.....	26
2.6	Enfermagem e o desgaste profissional .....	28
2.7	Atenção básica e Equipe de Saúde da Família.....	29
2.7.1	<i>Aspectos organizacionais da atenção básica e atribuições da Equipe de Enfermagem</i> .....	30
2.7.2	<i>Burnout na atenção básica</i> .....	32
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
3.1	Abordagem e tipo de pesquisa .....	35
3.2	População e amostra.....	35
3.3	Instrumento de pesquisa e coleta de dados .....	36
3.3.1	<i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> .....	37
3.3.2	<i>Cálculo de absenteísmo</i> .....	39
3.4	Análise dos dados.....	39
3.5	Aspectos éticos.....	41
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1	Análise descritiva .....	42
4.1.1	<i>Caracterização dos entrevistados</i> .....	42
4.1.2	<i>Descrição das variáveis das dimensões do Burnout</i> .....	44
4.2	Validação e criação dos indicadores do Burnout .....	46
4.3	Comparação dos indicadores (dimensões do Burnout) com as variáveis sociodemográficas.....	48

4.4	Comparação dos indicadores (dimensões do Burnout) com o índice de absenteísmo .....	53
4.5	Comparação do índice de absenteísmo com as variáveis sociodemográficas.....	55
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – Estudos publicados na base de dados Wiley .....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE B – Estudos publicados na base de dados Spell.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE C – Instrumento de pesquisa – Parte 1 – Dados demográficos.....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE D – Glossário.....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO A – Mapa da regional Barreiro .....</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXO B – Instrumento de pesquisa – Parte 2 – Maslach Burnout Inventory .....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO C – Carta de anuência.....</b>	<b>89</b>
	<b>ANEXO D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>90</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma das mais expressivas manifestações do ser humano. Não está apenas relacionado à necessidade de sobrevivência, mas reflete nossa autoimagem e nos agrega a possibilidade de realização pessoal (BRASIL, 2001; NASCIMENTO *et al.*, 2013; THEME FILHA; COSTA; GUILAM, 2013).

As constantes transformações do mercado contemporâneo impactam diretamente as relações de trabalho (ANDRADE *et al.*, 2012; KILIMNIK *et al.*, 2012; REZENDE; BORGES; FROTA, 2013; GOMES; SANTOS; CAROLINO, 2013; SCHUSTER *et al.*, 2014b; SILVA *et al.*, 2012). A globalização gera benefícios para o mundo, todavia torna o mercado cada vez mais competitivo, individualista, consumista, instável, exigente e agressivo (JODAS; HADDAD, 2009; ANDRADE *et al.*, 2012; REZENDE; BORGES; FROTA, 2013; SCHUSTER *et al.*, 2014b; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Nesse cenário, e com o intuito de garantir o emprego, trabalhadores submetem-se às exigências das instituições, criando um conflito entre submissão às regras do novo mercado de trabalho e atendimento de suas próprias necessidades (NASCIMENTO *et al.*, 2013; REZENDE; BORGES; FROTA, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015). Esse conflito, associado às condições ambientais, políticas e gerenciais de trabalho, pode gerar desequilíbrio na saúde e no bem-estar do profissional e provocar prejuízos pessoais (físicos e psíquicos), sociais e econômicos (ANDRADE *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2013; REZENDE; BORGES; FROTA, 2013; CORRÊA; SOUZA; BAPTISTA, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2012).

Permanecer no trabalho sem condições adequadas de saúde afeta a qualidade do serviço e aumenta o risco de erros graves (PASCHOALIN *et al.*, 2013; GOMES; SANTOS; CAROLINO, 2013). Uma consequência desses problemas sobre a saúde do trabalhador é o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, que é considerada como um estado de exaustão profissional, gerada pelo contato direto, excessivo e estressante no ambiente de trabalho (ANDRADE *et al.*, 2012). Trata-se de um conceito multidimensional que envolve três componentes relacionados, porém independentes: a *Exaustão Emocional*, a *Despersonalização* e a *Baixa Realização no Trabalho* (EZAIAS *et al.*, 2010; OLIVEIRA; COSTA; SANTOS, 2013).

Para Rossi, Santos e Passos (2010), os profissionais de enfermagem apresentam grande possibilidade de desenvolver a síndrome, tendo em vista a organização do trabalho, baixa autonomia, sobrecarga e dupla jornada e a indefinição do papel profissional. Atrrelado a esses

fatores, está o contato direto e contínuo desses profissionais com pacientes e familiares, sendo o cuidar do outro a essência dessa profissão.

A Síndrome de Burnout acarreta muitos impactos para a saúde do profissional, tais como: satisfação no trabalho, produtividade, número de erros e acidentes de trabalho, apatia, indiferença, fadiga, ansiedade, criatividade, flexibilidade e desmotivação (MOREIRA, 2013), bem como impactos para o empregador, como, por exemplo, o absenteísmo (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; MARTINS, 2011; REZENDE; BORGES; FROTA, 2013; GHERMAN, 1981<sup>1</sup> citado por MOREIRA, 2013; SILVA *et al.*, 2012).

O absenteísmo por adoecimento é um problema institucional conhecido. Entende-se por absenteísmo a falta do funcionário ao serviço, o que pode gerar prejuízos no processo de trabalho e no campo financeiro (GEHRING JUNIOR *et al.*, 2007). Devido ao impacto na gestão das empresas, os estudos sobre essa temática têm aumentado ao longo dos anos (PASCHOALIN; GRIEP; LISBOA, 2012).

Diante desse contexto, questiona-se: Qual a relação entre Síndrome de Burnout e absenteísmo na Equipe de Enfermagem atuante no Programa de Saúde da Família da Região do Barreiro?

## 1.1 Objetivos

### 1.1.2 *Objetivo geral*

- Descrever e analisar a tendência da Síndrome de Burnout em uma Equipe de Enfermagem atuante em um Programa de Saúde da Família e sua relação com o absenteísmo.

### 1.1.3 *Objetivos específicos*

1. Identificar a propensão à Síndrome de Burnout da Equipe de Enfermagem atuante no Programa de Saúde da Família.
2. Identificar a incidência do absenteísmo nessa mesma equipe.
3. Relacionar a propensão ao Burnout e o absenteísmo com dados demográficos e funcionais.

---

<sup>1</sup> GHERMAN, E. M. **Stress and the bottom line**. New York: Amacon, 1981. 348 p.



## 1.2 Justificativa

Este estudo é de grande relevância na área da administração, pois a Síndrome de Burnout, associada ao absenteísmo, está relacionada com aspectos organizacionais do trabalho, condições ocupacionais inadequadas e atribuições profissionais, sendo que a incidência pode causar impactos diretos na performance e na gestão da instituição.

É preciso compreender que profissionais de enfermagem acometidos pelo Burnout manifestam um comportamento mais distante em relação ao paciente, o que é confundido como sendo descaso ou negligência. Isso se deve ao processo de despersonalização que é característico do Burnout e que se soma à exaustão emocional e à falta de realização profissional, também característicos desse fenômeno. A prevenção do Burnout é importante, assim como de realização de estudos sobre o tema, considerando as consequências negativas que a síndrome pode acarretar não só para os pacientes, mas também para o próprio profissional, que corre o risco de ser agredido ou processado, mesmo sem ter tido uma conduta incorreta ou cometido erros.

A escolha pela enfermagem justifica-se pelo fato de a categoria ser o elo entre os agentes envolvidos no processo do cuidar e, por vezes, absorver conflitos, problemas e sofrimentos. Sob a ótica acadêmica, apesar da existência de vários estudos sobre Burnout, busca-se contribuir com a investigação sobre a relação entre a síndrome e o absenteísmo. Ao se realizar uma pesquisa bibliométrica na base Spell, que mantém grande parte da produção científica aberta do Brasil, não foram encontrados artigos que trabalhassem a relação dos dois construtos. Já em pesquisa bibliométrica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) apenas um artigo foi encontrado (REZENDE; BORGES; FROTA, 2013). Por fim, na Wiley, base do exterior, essa relação também não foi abordada. Logo, o estudo pretende contribuir com o desenvolvimento de futuras pesquisas nessa área.

Para Ferreira e Martino (2006), um fator desencadeante do estresse em profissionais da enfermagem é o seu papel como mediador entre a Equipe de Enfermagem, os outros profissionais e o cliente/a família assistido/a. A atenção básica (AB) à saúde é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Ainda de acordo com Brasil (2012), a AB assume a função de acolher, resolver problemas de saúde da população, responsabilizar pelo encaminhamento para outros serviços da rede de saúde e, sobretudo, buscar a resolutividade nas ações de saúde.

Essa complexidade de funções, aliada a aspectos com alta responsabilidade, sobrecarga de trabalho e contato direto e intenso com a população vivenciados na AB, gerou o interesse na pesquisa.

Além disso, observa-se na literatura que a maioria dos estudos sobre Burnout na Equipe de Enfermagem foram realizados no setor terciário da saúde, ou seja, em hospitais (MARTINS, 2011). Dessa forma, este estudo contribuirá ainda para ampliar as pesquisas sobre essa temática no setor primário da saúde.

Esta pesquisa poderá contribuir ainda para auxiliar gestores de serviços de saúde, pois os dados gerados podem ser úteis nas estratégias das instituições, minimizando os impactos do Burnout e do absenteísmo, além de incentivar a elaboração de políticas e programas que visem à melhoria das condições de trabalho em um setor tão importante para a saúde pública.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos. Este primeiro apresentou a introdução, que contempla a contextualização do tema, o problema de pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa. A revisão de literatura sobre os construtos Burnout e absenteísmo está exposta no segundo. O terceiro trata dos procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. A descrição e a análise dos resultados se encontram no quarto capítulo e a discussão dos achados à luz de outros estudos, no quinto capítulo. O sexto capítulo traz as conclusões e, por fim, são apresentadas as referências utilizadas para a elaboração da pesquisa, bem como os anexos e os apêndices.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados os principais conceitos da Síndrome de Burnout e de absenteísmo, assim como a ocorrência desses fenômenos na enfermagem.

### 2.1 Síndrome de Burnout

Burnout é a síndrome de exaustão emocional e cinismo (MASLACH; JACKSON, 1981). Trata-se de uma condição de saúde relacionada com a atividade laboral e tem como características o estresse crônico e o esgotamento do profissional, o que gera consequências negativas nas esferas pessoal, social, profissional e familiar da pessoa acometida pela síndrome (EZAIAS *et al.*, 2010). É caracterizada por uma atitude negativa, insensível e cínica para com o trabalho, uma vez que finda os recursos emocionais do trabalhador (SCHUSTER *et al.*, 2015a). Para Oliveira, Costa e Santos (2013), a Síndrome de Burnout se manifesta no estágio mais avançado do estresse.

*Burnout* é uma palavra da língua inglesa, que, de acordo com Codo e Vasques-Menezes (1999), ao traduzir para o português, expressa algo como “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar para fora” (numa tradução mais direta). Ruviaro e Bardagi (2010) e Moreira (2013) afirmam que o termo *burnout* quer dizer “incendiar-se”, “deixar-se queimar” (*burn* = queimar e *out* = exterior). Já Silva e Honório (2010) adotam a expressão “queimar até à exaustão”. Martins (2011) adota a expressão “síndrome do esgotamento profissional” como sinônimo de Síndrome de Burnout.

Carlotto e Câmara (2004) relatam que o termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez em 1964, por Freudenberger, médico psicanalista que descreveu esse fenômeno como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos. Esses autores esclarecem que, em estudos *a posteriori*, Freudenberger acrescentou em sua definição comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade.

Após alguns anos da publicação de 2004, contudo, Carlotto e Câmara (2008, p. 152) reconheceram que:

O termo *burnout* foi inicialmente utilizado em 1953 em uma publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como “Miss Jones”. Neste, é descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho. Em 1960, outra publicação foi realizada por Graham Greene, denominada de “A Burn Out Case”, sendo relatado o caso de um arquiteto que

abandonou sua profissão devido a sentimentos de desilusão com a profissão. Os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais são os que se conhece hoje como Burnout.

Foi a partir da década de 1970, nos Estados Unidos, porém, que esse conceito passou a despertar interesse dos estudiosos e, como consequência, adquiriu caráter científico, pois vários modelos teóricos e instrumentos foram construídos para tentar entender esse fenômeno (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999; CARLOTTO; CÂMARA, 2004; CARLOTTO; CÂMARA, 2008; RUVIARO; BARDAGI, 2010; MOREIRA, 2013). Foi então popularizado nessa época por Christina Maslach, Ayala Pines e Cary Cherniss (CARLOTTO; CÂMARA, 2004).

Christina Maslach é uma psicóloga americana pioneira nos estudos sobre o Burnout. E, atualmente, é professora de Psicologia da Universidade da Califórnia em Berkeley. Maslach já recebeu diversos prêmios e homenagens de reconhecimento por sua notória contribuição no campo do estresse laboral.

Dessa forma, a definição mais aceita para Burnout é baseada nas perspectivas de Maslach. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve três dimensões relacionadas, porém independentes: a *Exaustão Emocional (EE)*, a *Despersonalização (DE)* (ou ceticismo) e a *reduzida Realização Profissional (rRP)* (ou eficácia profissional) (MASLACH; JACKSON, 1981; SOBOLL, 2002; ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2010; EZAIAS *et al.*, 2010; MOREIRA, 2013; SCHUSTER *et al.*, 2014a).

A primeira dimensão, *Exaustão Emocional*, segundo Moreira (2013, p. 25), é a que mais se aproxima de uma variável de estresse, sendo caracterizada pela fadiga, falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento e sobrecarga emocional. Para Codo e Vasques-Menezes (1999), os profissionais sentem que suas energias acabaram e que não podem dar mais de si.

A segunda dimensão, *Despersonalização*, é caracterizada por atitudes negativas, como falta de sensibilidade, cinismo e ironia em relação aos clientes e aos colegas de trabalho. O profissional passa a “coisificar” as relações, adotando um comportamento frio, distante e pouco afetivo (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2010; RUVIARO; BARDAGI, 2010; MARTINS, 2011; FONTE, 2011; MOREIRA, 2013). De acordo com Moreira (2013), essa dimensão é considerada como o elemento defensivo da síndrome.

E, por fim, a terceira e última dimensão, *reduzida Realização Profissional*, observa-se um sentimento de insatisfação com o trabalho e as atividades desempenhadas, sentimento de incompetência, baixa autoestima, fracasso profissional e tendência do trabalhador de se autoavaliar de forma negativa (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999; BENEVIDES-

PEREIRA, 2010; RUVIARO; BARDAGI, 2010; MARTINS, 2011; FONTE, 2011; MOREIRA, 2013). Esse conceito multidimensional do Burnout é compartilhado pela maioria dos autores, segundo afirma Benevides-Pereira (2010).

Em relação aos sintomas apresentados pelo profissional no processo de Burnout, podem ser de ordem física, psíquica, comportamentais ou defensivas. Contudo, a pessoa não necessariamente apresentará todos esses sintomas, pois fatores individuais, ambientais, bem como a etapa em que a pessoa se encontra na síndrome, vão afetar o grau, o tipo e o número de sintomas apresentados (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Abaixo, é apresentado um quadro esquemático dos possíveis sintomas que podem ser encontrados em pessoas acometidas pelo Burnout (QUADRO 1).

Quadro 1 – Resumo esquemático da sintomatologia de Burnout

<b>Sintomatologia do Burnout</b>	
<b>Físicos</b>	<b>Comportamentais</b>
Fadiga constante e progressiva Distúrbios do sono Dores musculares ou osteomusculares Cefaleias, enxaquecas Perturbações gastrointestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais nas mulheres	Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudanças Perda de iniciativa Aumento do consumo de substâncias lícitas como café, álcool, por exemplo, e até mesmo ilícitas Comportamento de alto risco Suicídio
<b>Psíquicos</b>	<b>Defensivos</b>
Falta de atenção e de concentração Alterações de memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação Impaciência Sentimento de insuficiência Baixa autoestima Labilidade emocional Dificuldade de autoaceitação Astenia, desânimo, disforia, depressão Desconfiança, paranoia	Tendência ao isolamento Sentimento de onipotência Perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer) <b>Absenteísmo</b> Ironia, cinismo

Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2010.

## 2.2 Fatores associados ao Burnout

Em relação às características individuais capazes de gerar o Burnout, Benevides-Pereira (2010) aponta: idade, sexo, nível educacional, estado civil, filhos, personalidade, sentido de

coerência, motivação, idealismo. As características individuais que serão consideradas neste estudo estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Fatores individuais associados ao Burnout

<b>Idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 30 anos possuem maior propensão ao Burnout: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pouca experiência, insegurança e choque diante da realidade do trabalho.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres apresentam pontuação mais elevada em <i>Exaustão Emocional</i>.</li> <li>- Dupla jornada (profissional e lar).</li> <li>• Homens apresentam pontuação mais elevada em <i>Despersonalização</i>.</li> </ul>
<b>Nível educacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quanto maior o grau de instrução, maior a propensão ao Burnout.</li> <li>• EE, DE = pontuações mais elevadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pode estar relacionado com maiores expectativas ou maior nível de responsabilidades.</li> </ul> </li> <li>• RP = pontuações mais baixas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pode estar relacionado com problemas de <i>status</i> e reconhecimento.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Estado civil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Há controvérsias</b> (BURKE; GREENGLASS, 1989<sup>2</sup>; LEITER, 1990<sup>3</sup>; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001<sup>4</sup>; RAQUEPAW; MILLER, 1989<sup>5</sup> citado por BENEVIDES-PEREIRA, 2010): <ul style="list-style-type: none"> <li>- menor propensão: casamento/relacionamento estável;</li> <li>- maior propensão: solteiros, viúvos e divorciados.</li> </ul> </li> <li>(CONSTABLE; RUSSEL, 1986<sup>6</sup>; ROSS; ALTMAIER; RUSSEL, 1989<sup>7</sup> citado por BENEVIDES-PEREIRA, 2010 afirmam o oposto): <ul style="list-style-type: none"> <li>- maior propensão: casamento/relacionamento estável;</li> <li>- Menor propensão: solteiros, viúvos e divorciados.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Filhos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Há controvérsias</b> (VEGA; URDANIZ, 1997<sup>8</sup> citado por BENEVIDES-PEREIRA, 2010): <ul style="list-style-type: none"> <li>- paternidade equilibra o profissional, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento de fatores estressantes;</li> <li>- contudo, em uma pesquisa com médicos não conseguiram sustentar essa afirmação, pois não encontraram valores significativos nesse fator.</li> </ul> </li> </ul>

Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010.

Em relação às características do trabalho capazes de gerar o Burnout, Benevides-Pereira (2010), aponta: tipo de ocupação, tempo de profissão, tempo na instituição, trabalho por turnos ou noturnos, sobrecarga, relação profissional-cliente, tipo de cliente, relacionamento entre

<sup>2</sup> BURKE, R. J.; GREENGLASS, E. R. Psychological Burnout among men and women in teaching: an examination of the Cherniss model. **Human Relation**, 42, p. 261-2793, 1989.

<sup>3</sup> LEITER, M. P. The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of Burnout: a longitudinal study. **Human Relation**, 43, p. 1067-1083, 1990.

<sup>4</sup> MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, 52, p. 397-422, 2001.

<sup>5</sup> RAQUEPAW, J. C.; MILLER, R. Psychotherapist Burnout. A componential analysis. **Professional Psychology: Research and Practice**, 20, p. 32-36, 1989.

<sup>6</sup> CONSTABLE, J. F; RUSSEL, D. W. The effects of social support and the work environment upon Burnout among nurses. **Journal of Human Stress**, 112, p. 20-26, 1986.

<sup>7</sup> ROSS, R. R.; ALTMAIER, E. M.; RUSSEL, D. W. Job stress, social support and Burnout among counseling center staff. **Journal of Counseling Psychology**, 36, p. 464-470, 1989.

<sup>8</sup> VEGA, E. D; URDANIZ, A. P. **El síndrome de Burnout en el médico**. Madrid: Smithkline Beecham, 1997.

colegas de trabalho, conflito de papel, ambiguidade de papel, suporte organizacional, satisfação no trabalho, controle, responsabilidade, pressão no trabalho, possibilidade de progresso, percepção de inequidade, conflito com valores pessoais, falta de *feedback*. O Quadro 3 descreve as características relacionadas ao trabalho.

Quadro 3 – Fatores do trabalho associados ao Burnout

(Continua)

<b>Tipo de ocupação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissionais que prestam assistência estão mais propensos ao Burnout, como médicos, <b>enfermeiros</b>, professores, policiais, bombeiros, psicólogos, enfim, cuidadores em geral.</li> </ul>
<b>Tempo de profissão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Há controvérsias</b> (SCHAUFELI, 1999<sup>9</sup> citado por BENEVIDES-PEREIRA, 2010): <ul style="list-style-type: none"> <li>Profissionais recém-ingressados no mercado de trabalho possuem maior propensão em virtude de pouca experiência, fatores associados à idade e por não ter desenvolvido mecanismos de enfrentamentos.</li> </ul> </li> <li>(CODÓ; VASQUES-MENEZES, 1999): <ul style="list-style-type: none"> <li>Para docentes, observaram aumento gradativo no Burnout através dos anos, atingindo valores mais elevados entre 10 e 15 anos, diminuindo posteriormente.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tempo na instituição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há relação direta.</li> <li>Burnout pode iniciar já no primeiro ano na instituição.</li> <li>Neste item, devem-se agregar os efeitos do tempo na profissão.</li> </ul>
<b>Trabalho por turno ou noturno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumenta a propensão ao Burnout.</li> </ul>
<b>Sobrecarga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumenta a propensão ao Burnout.</li> </ul>
<b>Relação profissional/cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quanto mais próxima e intensa a relação do trabalhador com o cliente, maior a probabilidade de desenvolver Burnout.</li> </ul>
<b>Tipo de cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características dos clientes favorecem Burnout, como, por exemplo, clientes agressivos, poliqueixosos, portadores de distúrbios mentais etc.</li> <li>Contato com sofrimento e morte: principal causa em profissionais de saúde.</li> </ul>
<b>Precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso com os colegas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provocam pensamentos de não poder contar com ninguém, sentem-se desamparados, carentes de orientação e desrespeitados.</li> <li>Quadro piora na presença de indivíduos competitivos, distantes, excessivamente críticos ou preguiçosos.</li> </ul>

<sup>9</sup> SCHAUFELI, W. Burnout. In: FIRTH-COZENS, J.; PAYNE, R. **Stress in health professionals**. West Sussex: John Wiley & Sons, 1999.

Quadro 3 – Fatores do trabalho associados ao Burnout

(Conclusão)

<b>Conflito de papel e ambiguidade de papel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando maior o conflito e a ambiguidade de papel, maior a propensão ao Burnout.</li> </ul>
<b>Suporte organizacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quanto menor o suporte, maior a probabilidade ao Burnout.</li> <li>• Está relacionado com o sentimento de união, relaciona-se com a dinâmica estabelecida pelos colegas e superiores.</li> </ul>
<b>Satisfação no trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há consenso quanto à insatisfação no trabalho ser um efeito ou causa de Burnout.</li> </ul>
<b>Controle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quanto menor o controle do profissional sobre suas atividades, menor o bem-estar e maior a propensão ao Burnout.</li> </ul>
<b>Responsabilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A responsabilidade sobre a vida de outra pessoa e as consequências civis e penais advindas de um possível erro é uma ameaça a profissionais de saúde e podem acarretar no Burnout.</li> </ul>
<b>Pressão no trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repercute negativamente na saúde do trabalhador, podendo gerar <i>Exaustão Emocional</i>.</li> </ul>
<b>Possibilidade de progresso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas que possuem altas discrepâncias entre suas expectativas profissionais e sua situação profissional real apresentam maiores níveis de Burnout.</li> </ul>
<b>Percepção de inequidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem ser consequentes à carga de trabalho, salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colega sem merecimento, torna o indivíduo mais vulnerável ao Burnout.</li> </ul>
<b>Conflito com os valores pessoais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esses conflitos geram níveis altos de tensão.</li> </ul>
<b>Falta de <i>feedback</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciona-se com Burnout, em especial na dimensão <i>Despersonalização</i>.</li> </ul>

Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010.

Dentre os fatores organizacionais apontados por Benevides-Pereira (2010) e Trigo (2010) como capazes de gerar o Burnout, destacam-se: ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, burocracia, comunicação ineficiente, impossibilidade de ascender na carreira. O Quadro 4 descreve essas características.

Quadro 4 – Fatores organizacionais associados ao Burnout

(Continua)

<b>Ambiente físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambientes considerados insalubres (calor ou frio intenso, ruídos excessivos ou iluminação inadequada, ambientes sujos ou com elevado risco tóxico) interferem na saúde do trabalhador e geram sentimentos de ansiedade, medo e impotência.</li> </ul>
<b>Mudanças organizacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provocam inseguranças e predispõem o funcionário ao erro.</li> </ul>
<b>Normas institucionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas rígidas impedem que o trabalhador atinja a autonomia e que possa sentir-se no controle de suas tarefas.</li> </ul>



Quadro 4 – Fatores organizacionais associados ao Burnout

(Conclusão)

<b>Burocracia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impede a autonomia, a participação criativa e, portanto, a tomada de decisões. As atividades são realizadas lentamente, demandando muito tempo e muita energia por parte da equipe e/ou indivíduo na sua manutenção.</li> </ul>
<b>Comunicação ineficiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provoca distorções e lentificação na disseminação da informação.</li> </ul>
<b>Impossibilidade de ascender na carreira</b> (de melhorar sua remuneração, de reconhecimento de seu trabalho, entre outras)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem provocar grande desestímulo no trabalhador.</li> </ul>

Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2010; TRIGO, 2010.

Por fim, os fatores sociais capazes de gerar Burnout apresentados por Trigo (2010) estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Fatores sociais associados ao Burnout

<b>Falta de suporte social e familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impedem o indivíduo de contar com os colegas, amigos de confiança e familiares.</li> </ul>
<b>Manutenção do prestígio social em oposição à baixa salarial que envolve determinada profissão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O indivíduo busca vários empregos, surgindo sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, pouco tempo para descanso e lazer. O trabalhador não tem disponibilidade para atualização profissional, levando-o à insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas.</li> </ul>
<b>Valores e normas culturais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem incrementar ou não o impacto dos agentes estressores no desencadeamento do Burnout.</li> </ul>

Fonte: TRIGO, 2010.

### 2.3 Estresse *versus* Síndrome de Burnout

Silva *et al.* (2012), após uma revisão integrativa, afirmaram que há grande quantidade de trabalhos científicos com foco no Burnout, todavia suspeitam de que há subnotificações, por semelhanças entre a síndrome e outros transtornos psiquiátricos, como depressão e estresse.

Por isso, é importante elucidar que há uma distinção entre a Síndrome de Burnout e o estresse comum. O estresse é um estado de esgotamento pessoal que interfere na vida da pessoa, mas não necessariamente no trabalho. Benevides-Pereira (2010) alerta que até em níveis fisiológicos há diferença entre os conceitos.

De acordo com Brasil (2001), o quadro de estresse tradicional não envolve a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização no trabalho. Trata-se de um esgotamento

pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho.

Benevides-Pereira (2010) relata que estresse é uma palavra derivada do latim, empregada no século XVII significando fadiga, cansaço. Selye (1997, p. 54)<sup>10</sup> citado por Benevides-Pereira (2010) definiu estresse como: “o estado manifestado por sua síndrome específica que consiste em todas as mudanças não específicas induzidas dentro de um sistema biológico”. Lipp (2003)<sup>11</sup> citado por Kilimnik *et al.* (2012, p. 670) ressalta que “há dificuldade em delimitar o conceito de estresse, uma vez que a mesma palavra é usada para denominar uma condição, causa ou estímulo desencadeante de uma reação do organismo e para descrever seu efeito”.

Já a Síndrome de Burnout está diretamente relacionada ao trabalho e engloba atitudes e condutas negativas por parte do profissional em relação aos seus clientes e ao seu trabalho, além de envolver sentimentos e ações cujas consequências podem ser danosas para o trabalhador e para a instituição (BRASIL, 2001; EZAIAS *et al.*, 2010). Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos e negativos e se aplica a qualquer categoria profissional, o Burnout sempre apresentará caráter negativo e está relacionado a profissões que envolvem o cuidado com o outro (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

As leis brasileiras de auxílio ao trabalhador já contemplam a Burnout. No Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, que altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, traz em seu Anexo II um quadro com os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), em que a Síndrome de Burnout é reconhecida e classificada de acordo com o Cadastro Internacional de Doenças (CID-10), e registrada com o código Z73.0 – “esgotamento” (OMS, 2000; BRASIL, 2001; BRASIL, 2007; FORESTO; SOUZA, 2014).

#### 2.4 Estudos realizados sobre Burnout

Em pesquisa realizada na base de dados Wiley, utilizando as palavras-chave “Burnout” e “Nurse”, observa-se uma grande quantidade de publicações internacionais sobre o tema. Após leitura exploratória dos títulos dos artigos disponíveis, alguns artigos foram selecionados.

---

<sup>10</sup> SELYE, N. **MBI Inventário “Burnout” de Maslach**. Manual da tradução espanhola. Madrid: TEA, 1997.

<sup>11</sup> LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 17-21.

Observa-se, nessa seleção, um interesse de países asiáticos no estudo dessa temática, uma vez que, de 14 artigos selecionados, seis são japoneses, dois chineses e um tailandês. Os demais: um é da Alemanha, um da Suécia, um do leste africano e, finalmente, um relata pesquisa replicada em seis países, inclusive no Japão (APÊNDICE A).

Outro ponto de destaque é que a maioria dos estudos utilizou o Maslach Burnout Inventory (MBI) para investigar o Burnout, o que evidencia que esse instrumento é adequado e amplamente utilizado em diversos países.

Esses estudos, além de comprovar a importância do tema para a enfermagem (POGHOSYAN *et al.*, 2010) e sua relação com a qualidade do cuidado (LIN *et al.*, 2016; NANTSUPAWAT *et al.*, 2016), avaliam os fatores individuais, de trabalho e organizacionais apontados por Benevides-Pereira (2010) e seu vínculo com o Burnout.

Dos fatores individuais, destacam-se nível de escolaridade (SCHULZ *et al.*, 2009) e filhos (MARUYAM; SUZUKI; TAKAYAMA, 2016). Segundo Schulz *et al.* (2009), enfermeiros com menor escolaridade apresentam taxas de Burnout mais baixas do que os enfermeiros qualificados. Maruyam, Suzuki e Takayama (2016) afirmam que enfermeiros com crianças em idade escolar possuem fatores que predisõem ao Burnout.

Os fatores relacionados ao trabalho presentes nos estudos são: suporte organizacional precário (KANAI-PAK *et al.*, 2008; CAO *et al.*, 2016); trabalho em equipe (KANAI-PAK *et al.*, 2008); conflitos de papéis (OHUE; MORIYAMA; NAKAYA, 2011; MARUYAM; SUZUKI; TAKAYAMA, 2016); conflito com pacientes (OHUE; MORIYAMA; NAKAYA, 2011); pressão no trabalho (NARUSE *et al.*, 2012); tempo de profissão (SUZUKI *et al.*, 2006); carga horária (OHUE; MORIYAMA; NAKAYA, 2011) e sobrecarga de trabalho (DOEF; MBAZZI; VERHOEVEN, 2012).

Em relação ao tempo de profissão, Benevides-Pereira (2010) afirma que há controvérsias. Suzuki *et al.* (2006), contudo, observaram que enfermeiros novatos estão muito propensos ao desgaste profissional. Já em relação à sobrecarga de trabalho, Benevides-Pereira (2010) afirma que aumenta a propensão ao Burnout, o que foi comprovado por Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012). Ohue, Moriyama e Nakaya (2011) também corroboram com Benevides-Pereira (2010) e Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012), afirmando que quanto maior a carga horária de trabalho (qualitativa e quantitativa), maior a propensão ao Burnout.

Por fim, sobre os fatores organizacionais, observam-se os problemas de comunicação apontados por Suzuki *et al.* (2006), Suzuki *et al.*, (2009), Schulz *et al.* (2009) e Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012) e o ambiente físico inadequado que foi referido no estudo de Lindqvist *et al.* (2015).

Já na pesquisa realizada na base de dados Spell, utilizando a mesma palavra-chave “Burnout” e “enfermagem”, apenas 25 artigos foram encontrados. Após leitura exploratória dos títulos, 7 foram selecionados (APÊNDICE B). Na base Spell, todos os artigos são nacionais e observa-se que a maioria (4) avalia a aplicabilidade do Maslach Burnout Inventory (MBI) para investigar o Burnout, o que reforça a aplicabilidade do instrumento. Dois avaliam a influência do suporte social (ANDRADE; HOCH; VIEIRA; RODRIGUES, 2012) e organizacional (CORSO; SANTOS; FALLER, 2012) na influência do Burnout. E um busca refletir teoricamente sobre a relação existente entre saúde mental e Síndrome de Burnout (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Já na BVS foi realizada a busca utilizando as seguintes palavras-chaves: “Burnout”, “absenteísmo” e “enfermagem”, sendo encontrados 7 artigos e apenas 1 foi selecionado (REZENDE; BORGES; FROTA, 2013), por abordar os principais fatores relacionados à Síndrome de Burnout e ao absenteísmo em enfermeiros, apesar de o estudo ter sido realizado em contexto hospitalar.

## 2.5 Burnout *versus* absenteísmo

Benevides-Pereira (2010) aponta que as organizações estão cada vez mais preocupadas com a saúde do trabalhador, uma vez que o desequilíbrio na saúde do profissional repercute na qualidade do serviço e no atendimento prestado e, conseqüentemente, gera prejuízos financeiros. Esses prejuízos, segundo a autora, também estão relacionados com as taxas de absenteísmo, reposição de funcionário, auxílio-doença e treinamentos para as novas contratações.

Segundo Nascimento *et al.* (2013), em 2009, a Síndrome de Burnout representou a terceira maior causa de absenteísmo no Brasil.

Entende-se por absenteísmo a falta do funcionário ao serviço, o que pode gerar prejuízos no processo de trabalho e no campo financeiro. Essa ausência pode ser motivada por diversos fatores, intrínsecos ou extrínsecos, tornando o absenteísmo um problema de alta complexidade (GEHRING JUNIOR *et al.*, 2007).

Lima (2015) corrobora com Gehring Junior *et al.* (2007) e acrescenta que o absenteísmo não se dá apenas por motivo de doença, o que justifica estudos sobre o tema para identificar os fatores que geram esse tipo de fenômeno.

De acordo com Rezende, Borges e Frota (2013), muitos fatores associados à Síndrome de Burnout e ao absenteísmo podem ser modificados pelos gestores, o que levanta a importância

de um diagnóstico situacional para intervir nesses fatores, melhorando assim a qualidade de vida do profissional de enfermagem e, paralelamente, aprimorando os indicadores de qualidade da instituição, refletindo positivamente no aspecto econômico da empresa.

Os principais fatores relacionados à Síndrome de Burnout e ao absenteísmo provêm das seguintes categorias: aspectos organizacionais do trabalho, condições ocupacionais inadequadas e atribuições dos enfermeiros (REZENDE; BORGES; FROTA, 2013; GEHRING JUNIOR *et al.*, 2007).

Em relação aos aspectos organizacionais, condições precárias, processo de trabalho e sobrecarga ultrapassam a capacidade de adaptação dos enfermeiros, comprometendo a saúde e aumentando o absenteísmo. Pode-se dizer que fatores organizacionais são modificáveis, como, por exemplo, o dimensionamento de profissional, políticas de recursos humanos, estrutura física da instituição, educação permanente. Esses aspectos estão nas mãos de gestores, cuja tarefa deveria ser a elaboração de políticas e programas visando à melhoria da qualidade das condições de trabalho (REZENDE; BORGES; FROTA, 2013).

Na categoria condições ocupacionais inadequadas, destaca-se a exposição contínua aos fatores de risco no ambiente de trabalho, complexidade de cuidados oferecidos, aumento da taxa de ocupação dos leitos e do número de atendimentos, exigências cognitivas e a carência de recursos para executar suas atividades. Essas variáveis também são atribuídas ao desgaste profissional do enfermeiro. Associada a isso, observa-se a diversidade de ações desenvolvidas, interrupções frequentes no trabalho que está sendo desempenhado, imprevistos e o lidar com o sofrimento do outro. Todos esses fatores contribuem para adoecimento e aumento de ausências não programadas (REZENDE; BORGES; FROTA, 2013).

Em relação ao absenteísmo, esses conflitos podem estar vinculados também com a deficiência na liderança e com a organização do serviço do profissional.

John (2009) aponta que o contexto social da organização afeta os índices de absenteísmo, como, por exemplo, a burocracia, a ausência de cultura, a ausência de organização e a ação coletiva. Afirmar ainda que o absenteísmo é um fenômeno individual e que, muitas vezes, está relacionado ao sentimento de injustiça nas relações de trabalho.

Gehring Junior *et al.* (2007) realizaram uma comparação dos índices de absenteísmo obtidos em sua pesquisa sobre absenteísmo-doença na rede básica do SUS com outros estudos sobre essa temática. Constataram ainda que a rede básica apresentou índices de absenteísmo discretamente elevados quando comparados à maioria dos estudos realizados em hospitais.

Em uma revisão integrativa da literatura brasileira, realizada por Rezende, Borges e Frota (2013), as autoras constataram que os profissionais que mais publicaram sobre o tema foram enfermeiros, seguidos por médicos e psicólogos.

Para avaliar o índice de absenteísmo, existem diversas formas e instrumentos, devendo ser escolhido aquele que melhor se adequar à realidade e à finalidade para a qual se pretende utilizar (SILVA, 2012).

Nesta pesquisa, será adotada a fórmula descrita a seguir, que, segundo Chiavenato (1997) e Marras (2000), é a mais utilizada para calcular o índice de absenteísmo:

$$Ia = \frac{Nh_p}{NhP} \times 100,$$

onde:

Ia = índice de absenteísmo;

$Nh_p$  = número de horas perdidas;

$NhP$  = número de horas planejadas.

## 2.6 Enfermagem e o desgaste profissional

Os primeiros estudos de Maslach foram com profissionais de serviços sociais e de saúde (CARLOTTO; CÂMARA, 2004). Conforme dito anteriormente, para Rossi, Santos e Passos (2010), os profissionais da enfermagem apresentam grande possibilidade de desenvolver a síndrome, tendo em vista a organização do trabalho, baixa autonomia, sobrecarga e dupla jornada e a indefinição do papel profissional. Atrelado a esses fatores, está o contato direto e contínuo desses profissionais com pacientes e familiares, sendo o cuidar do outro a essência dessa profissão.

Para Gehring Junior *et al.* (2007), o absenteísmo entre o pessoal de enfermagem é maior que nos de profissionais de outros ramos, como o industrial e o empresarial, por exemplo. Os autores acreditam que esse fato pode estar relacionado às cargas psíquicas enfrentadas por essa categoria, no ambiente de trabalho, tanto em hospitais quanto na rede básica.

Os autores afirmam ainda que a enfermagem é classificada como a quarta profissão mais estressante e que a Síndrome de Burnout é frequente nesses profissionais, ocasionando uma importante taxa de absenteísmo e de abandono da profissão. Teixeira e Mishima (2000) afirmam que os trabalhadores ligados direta ou indiretamente à área de enfermagem são, majoritariamente, do sexo feminino.

Codo e Vasques-Menezes (1999) constataram que a síndrome afetava principalmente os trabalhadores encarregados de cuidar (*caregivers*). Nascimento *et al.* (2013) e Maroco e Tecedeiro (2009) corroboram com Codo e Vasques-Menezes (1999) e afirmam que o Burnout se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso, como, por exemplo, os profissionais da enfermagem.

Soboll (2002) acrescenta que, além desse contato direto, que muitas vezes ocorre em situações de sofrimento, profissionais de enfermagem podem ter envolvimento afetivo e alto grau de responsabilidade nas decisões. Para a autora, a intensidade com que esses fatores ocorrem justifica o esgotamento emocional.

## 2.7 Atenção básica e Equipe de Saúde da Família

O conceito de atenção básica (AB) se consolidou no Brasil, na década de 1990, no contexto da ampliação da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando o nível municipal o grande empregador da força de trabalho em saúde (DAVID *et al.*, 2009). Essa descentralização acarretou na mudança de modelo assistencial, que passou dar destaque às ações de prevenção e de enfrentamento de determinantes de saúde (DAVID *et al.*, 2009; LAVRAS, 2011). Cabe ressaltar que as expressões “atenção primária à saúde” (APS) e “atenção básica” (AB) são consideradas equivalentes pela atual Política Nacional de Atenção Básica (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012), a AB constitui a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Considerando a importância da AB para a saúde da população, em 2012, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de organizar e fortalecer a AB no país. Essa política apresenta a responsabilidade de cada esfera do governo (federal, estadual e municipal), bem como, entre outros assuntos, define o papel de cada profissional atuante na rede de AB.

Por ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, a AB está próxima da vida das pessoas e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). Para tanto, conta com estratégias para atingir esses objetivos, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994, após o desempenho positivo do Programa de Agentes Comunitários (PACS) implantado em 1991 como política da AB (LAVRAS, 2011; LIMA *et al.*, 2008). A ESF é, desde então, considerada a forma prioritária para reorganização, expansão e consolidação da AB no país (BRASIL, 2012). De acordo com Bonfim *et al.* (2015), é inegável que a ampliação do acesso da população brasileira à APS aconteceu, simultaneamente, a um processo continuado de readequação e aprimoramento da própria ESF.

A Equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL, 2012).

### *2.7.1 Aspectos organizacionais da atenção básica e atribuições da Equipe de Enfermagem*

Rossi, Santos e Passos (2010) apontam que diferentes dinâmicas organizacionais do trabalho geram uma sobrecarga de ação e tensão ocupacional com proporções diferentes relacionadas ao campo de atuação.

Segundo David *et al.* (2009), desde a implantação da ESF ou Programa de Saúde da Família (PSF), os processos de trabalho na AB vêm passando por mudanças significativas no que se refere às dimensões teórico-conceituais e metodológicas, porém, na prática, os trabalhadores não possuem condições concretas para implantar todas essas ações.

Em sua pesquisa, David *et al.* (2009) observaram que, nos municípios estudados no estado do Rio de Janeiro, elementos tradicionais da organização e da gestão do trabalho são presentes, tais como: escalas de horários, divisão do trabalho segundo categoria e prescrição de atividades predefinidas. Segundo as autoras, esses elementos impedem o desenvolvimento de ações criativas, voltadas para a vigilância da saúde e para o estabelecimento de vínculo entre equipes e população, bem como entre os membros da equipe.



Pedrosa (2011), em sua revisão de literatura sobre o trabalho das equipes de saúde da AB, constatou que elas estão submetidas às seguintes condições: composição insuficiente das equipes; perfil inadequado de profissionais; diferentes modalidades de contrato de trabalho; estrutura física inadequada e em situação precária; sobrecarga de atendimento, dificultando a execução do planejamento e discussão da dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e das informações entre os diferentes níveis do sistema; falta de medicamentos; problemas de fidedignidade na alimentação dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), além das expectativas contraditórias e conflitos das equipes com os poderes locais e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda, entre outros. David *et al.* (2009) acrescentam que, apesar das ações da AB estarem voltadas para a promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, a população tende à busca de serviços assistenciais tradicionais para a resolução de problemas já detectados.

Todas essas condições, somando-se aos riscos ocupacionais já conhecidos às quais os profissionais de enfermagem estão expostos, influenciam diretamente na saúde do trabalhador (DAVID *et al.*, 2009).

Para Rezende, Borges e Frota (2013), o enfermeiro, além de assumir a atividade assistencial, também é responsável por atividades organizacionais, de coordenação e gerenciamento dos serviços e da equipe. É o profissional de referência para gerenciar ações e relações, bem como o que faz o elo entre as equipes multidisciplinares.

Essas autoras afirmam ainda que, muitas vezes, essas responsabilidades ultrapassam os limites da capacidade de atuação desse profissional, atrelados à dupla jornada e à baixa remuneração. Por esses motivos, é uma categoria susceptível ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

No âmbito da AB e de acordo com Brasil (2012), são atribuições específicas do enfermeiro:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012, p. 46-47).

Observa-se que, excluindo o profissional médico, a responsabilidade sobre os demais membros da equipe (ACSs e técnicos de enfermagem) recai ao profissional enfermeiro. Além das atribuições comuns a todos os profissionais, o enfermeiro assume ações específicas à profissão, bem como ações gerenciais na equipe. De acordo com a pesquisa de Silva, Motta e Zeitoune (2010), a quantidade de atribuições próprias dos enfermeiros aponta uma dificuldade para o cumprimento real de tudo que lhe cabe.

Já em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) descreve como funções específicas:

- Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (BRASIL, 2012, p. 47).

Diferentemente dos enfermeiros, técnicos de enfermagem não assumem responsabilidade de gerenciar e planejar ações de membros da equipe, tão pouco realizam consultas de enfermagem. Em contrapartida, são responsáveis por executar outras tarefas dentro da UBS, tais como curativos, administração de medicamentos, vacina, recepção, farmácia, expurgo etc., enquanto o enfermeiro assume o dever técnico desses setores.

### 2.7.2 *Burnout na atenção básica*

Siqueira *et al.* (2013), em estudo com enfermeiros assistencialistas da AB, constataram que 80% dos enfermeiros afirmaram que o trabalho na AB causa estresse.

O estudo de Goés *et al.* (2012), realizado com enfermeiros de Unidades de Saúde da Família (USF) de São Sebastião do Paraíso-MG, não encontrou casos comprovados da

síndrome, mas observou variações significativas nos níveis para evolução do Burnout. Obtiveram-se em *Exaustão Emocional* 46,67% em nível médio, 53,33% em nível baixo e 0% em nível elevado; em *Despersonalização* 46,67% em nível médio, 26,67% em nível baixo, 26,67 em nível elevado; e em *Realização Profissional* 33,33% em nível médio, 60% em nível baixo e 6,67% em nível alto.

Já Foresto e Souza (2014), em seus estudos com enfermeiros da atenção primária do interior de São Paulo, identificaram altas pontuações nos seguimentos de *Exaustão Emocional* e *Despersonalização*, seguidas de reduzidas pontuações em *Realização Profissional*, indicando que os pesquisados apresentam Burnout, sendo que a *Exaustão Emocional* destacou-se como a dimensão mais preocupante. Os autores não encontraram nenhum sujeito sem algum indício da Síndrome de Burnout. Observaram que 44,44% das enfermeiras já estavam com a síndrome instaurada, 22,22% na fase inicial e 22,22% no nível avançado da Síndrome de Burnout. Por outro lado, observaram que apenas 11,11% apresentam possibilidade de desenvolvê-la.

Lorenz e Guirardello (2014) também estudaram enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde e descrevem que a média da frequência dos sentimentos relacionados à síndrome de Burnout foi de 24,6 para *Exaustão Emocional*, 9,4 para *Despersonalização* e 30,4 para *reduzida Realização Profissional* e a confiabilidade variou de 0,66 a 0,86.

Segundo Silva *et al.* (2015), a maioria dos profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária de Aracaju não apresentou a Síndrome de Burnout. No entanto, foi alto o índice de predisposição para desenvolvê-la. A prevalência de Síndrome de Burnout foi de 7% e mais significativa nos mais jovens, portanto com menor tempo de profissão, corroborando com o que foi apontado por Benevides-Pereira (2010).

Camelo e Angerami (2007), em sua pesquisa com profissionais de equipes de saúde da família, constataram a existência de riscos psicossociais relacionados ao trabalho, como: falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas de trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, recursos materiais e humanos insuficientes.

Siqueira *et al.* (2013) corroboram com Camelo e Angerami (2007) e acrescentam a falta de incentivo por parte dos gestores da saúde e a falta de compromisso e de responsabilidade como fatores de estresse.

A falta de profissionais qualificados e a alta demanda de pacientes foram apontadas por enfermeiras como um importante fator gerador de estresse, tendo algumas pesquisas apresentado sinais de Síndrome de Burnout, em termos de exaustão emocional (FERREIRA; MARTINO, 2006).

Quanto à organização do trabalho no PSF, verificou-se que a falta de formação e/ou preparo para atuar nesse modelo assistencial gera insegurança ao lidar com o usuário, levando ao desgaste do trabalhador e, conseqüentemente, ao estresse (FERREIRA; MARTINO, 2006; CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Ferreira e Martino (2006) afirmam que, segundo pesquisas, a falta de profissional qualificado e a alta demanda de pacientes podem estar relacionadas ao surgimento da Síndrome de Burnout, em termos de exaustão emocional. Ainda segundo esses autores, a sobrecarga de papéis é outro fator gerador de estresse.

Foresto e Souza (2014) afirmam que há uma necessidade de que os gestores do SUS reconheçam que a saúde mental dos profissionais da ESF tem ligação direta com a qualidade dos serviços prestados.

No estudo de Camelo e Angerami (2007), observou-se que a gerência do cuidado e da unidade são algumas das responsabilidades extras desempenhadas pelo profissional enfermeiro. Segundo os autores, essa sobrecarga acarreta o estresse, à medida que o trabalhador terá dificuldades de se situar nas tarefas que lhe cabem, prejudicando, assim, o seu desempenho.

Na atenção primária, com a criação das equipes de saúde da família, o trabalho passou a ser executado em equipe, ou seja, em grupo. A equipe deve estar em sintonia, pois, de acordo com Camelo e Angerami (2007), a falta de coesão do grupo é uma das características que pode facilmente causar estresse. Além da coesão, a presença de todos os profissionais é muito importante para o desenvolvimento adequado do trabalho. Leonelli (2013) afirma que há maior nível de estresse percebido em equipes que estão incompletas.

Conciliar o trabalho e a família foi expresso como difícil e desgastante para a maioria dos trabalhadores das ESF (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Profissionais do PSF, especialmente médicos e enfermeiros, pela multiplicidade de tarefas que devem executar, salientam que a falta de recursos humanos sobrecarrega o desempenho de suas funções no PSF e, atrelada à falta de recursos materiais, pode gerar insatisfação e, conseqüentemente, insegurança, baixa produtividade, absenteísmo e propensão a acidentes ocupacionais (CAMELO; ANGERAMI, 2007; FERREIRA; MARTINO, 2006).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Abordagem e tipo de pesquisa

A primeira etapa consta de um estudo por meio de levantamento bibliográfico.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. [...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002, p. 44).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (Medline), IBECs, SciELO, Wiley, Spell e em periódicos da área de administração e gestão. Livros, dissertações de mestrado e teses de doutorado também foram incluídos no material pesquisado. Após a seleção, leitura e fichamento do material levantado, realizou-se a construção do referencial teórico.

Na fase de desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, viabilizada por meio de aplicação de questionário de autopreenchimento.

De acordo com Gil (2002, p. 42), pesquisas descritivas têm como objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno. Para tanto, utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como, por exemplo, o questionário e a observação sistemática.

#### 3.2 População e amostra

A rede de saúde de Belo Horizonte está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde (PBH, 2016).

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem o serviço de Atenção Básica à Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, na Regional Barreiro. A escolha da amostra foi não probabilística e por conveniência.

O município de Belo Horizonte é dividido em nove regionais, sendo a regional Barreiro a selecionada para o estudo. Essa regional é composta de 20 UBS (ANEXO A), que atendem uma população de aproximadamente 283.544 habitantes, segundo dados do IBGE de 2010

divulgados no site da prefeitura. Ressalta-se que, das 20 UBS dessa regional, uma foi excluída por ser o local de trabalho da pesquisadora.

As Unidades Básicas de Saúde são compostas por diversos profissionais que, juntos, compõem uma equipe multidisciplinar. Contudo, como o objetivo deste estudo é direcionado para a Equipe de Enfermagem que atua no PSF, apenas enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, integrantes das equipes de saúde da família foram convidados a participarem da pesquisa. Foram avaliados profissionais lotados em 19 UBS e distribuídos em 83 equipes de saúde da família. Dos 249 profissionais inicialmente aptos a responderem ao questionário, apenas 188 responderam, sendo 67 enfermeiros e 121 técnicos de enfermagem.

Os participantes da pesquisa deveriam pertencer à ESF, com vínculo efetivo ou serem profissionais contratados pela PBH. Deveriam possuir a formação de nível superior e/ou auxiliar/técnico em Enfermagem, terem idade acima de 18 anos, estarem de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assiná-lo (ANEXO B). Os auxiliares de enfermagem, sem formação técnica, foram excluídos da amostra.

### 3.3 Instrumento de pesquisa e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira a aplicação de questionário entregue pessoalmente para cada profissional e a segunda o levantamento da frequência ao trabalho dos profissionais participantes da pesquisa, durante o período de um ano (de setembro de 2015 a setembro de 2016).

O questionário foi composto de duas partes, a primeira de dados funcionais e demográficos (APÊNDICE D). E a segunda continha perguntas do Maslach Burnout Inventory (MBI) (ANEXO C), com o objetivo de avaliar a propensão para o desenvolvimento da síndrome. A aplicação dos questionários foi realizada em uma única fase, entre os dias 10 e 21 de outubro de 2016.

Já a segunda etapa da pesquisa foi realizada nos dias 27 e 28 de outubro de 2016, com levantamento de frequência, por meio de registros de ponto, e, assim, calculados os índices de absenteísmos dos funcionários participantes do estudo referente ao período de 1 ano (setembro/2015 a setembro/2016).

Para preservar a confiabilidade dos dados, os participantes não precisavam se identificar ao preencherem o questionário do MBI. Contudo, como o resultado do MBI foi cruzado com o índice de absenteísmo, os questionários foram numerados, e os nomes dos participantes no relatório de absenteísmo foram substituídos pelos respectivos números de maneira a impedir a

identificação dos participantes, nas fases de tratamento e análise dos dados. Assim, ao preencher o TCLE de número 1, o participante responderia o MBI de número 1, o que permitiu relacionar o nível de Burnout com o índice de absenteísmo de cada respondente.

### 3.3.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

A escala mais utilizada em estudos sobre Burnout é Maslach Burnout Inventory (MBI) (VIEIRA *et al.*, 2006; FORESTO; SOUZA, 2014). Contudo, Fonte (2011), em sua pesquisa, afirma que esse “monopólio” da MBI foi contestado por Kristensen *et al.* (2005), que criaram um novo questionário, denominado Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Essa nova ferramenta de mensuração do Burnout é composta por três escalas: o Burnout pessoal (*personal Burnout*); o Burnout relacionado com o trabalho (*workrelated Burnout*); o Burnout relacionado com o cliente (*client-related Burnout*) (KRISTENSEN *et al.*, 2005<sup>12</sup> citado por FONTE, 2011). Fonte (2011) validou o CBI para a língua portuguesa aplicando em 228 enfermeiros de um centro hospitalar.

Já Carlotto e Câmara (2004) validaram o MBI e afirmam que a versão brasileira desse instrumento apresenta os requisitos necessários em termos de consistência interna e validade fatorial para ser amplamente utilizada na avaliação da síndrome de Burnout na realidade brasileira.

Vieira *et al.* (2006) descrevem que o MBI possui três versões aplicáveis a categorias profissionais específicas: MBI-HSS (Human Services Survey), para as áreas de saúde/cuidadores ou serviços humanos/sociais; MBI-ES (Educator’s Survey), para educadores; e MBI-GS (General Survey), para profissionais que não estejam necessariamente em contato direto com o público-alvo do serviço. É um instrumento autoaplicável e avalia as três dimensões do Burnout (*Exaustão Emocional, Despersonalização e reduzida Realização Profissional*).

Apesar de os autores Schuster *et al.* (2014a, 2014b), Schuster *et al.* (2015) e Schuster e Battistella (2015) afirmarem que o MBI-GS é adequado para enfermeiros, neste estudo foi utilizado o MBI-HSS por ser o instrumento específico e validado para profissionais da saúde (JODAS; HADDAD, 2009; LIMA *et al.*, 2009; MOREIRA, 2013).

O MBI-HSS foi traduzido para o português e validado por Tamayo (1997), a partir do inventário de Burnout de Maslach (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996). É um instrumento autoaplicável que contém 22 perguntas acerca dos sentimentos relacionados ao

---

<sup>12</sup> KRISTENSEN, T. *et al.* The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. **Work & Stress**, v. 19, n. 3, p. 192-207, 2005.

trabalho. As questões desse questionário abordam as três dimensões do Burnout: 1) *Exaustão Emocional*; 2) *Despersonalização*; e 3) *Realização Profissional*. Os itens dessa escala estão distribuídos em uma escala do tipo Likert com 7 pontos, na qual os respondentes podem assinalar 0 - para nunca, 1 - para poucas vezes por ano, 2 - para uma vez por mês, 3 - para poucas vezes por mês, 4 - para uma vez por semana, 5 - para poucas vezes por semana e 6 - para todos os dias (BENEVIDES-PEREIRA, 2001<sup>13</sup> citado por MOREIRA, 2013).

O instrumento, apresentado no Anexo C, contém 9 perguntas relacionadas à dimensão *Exaustão Emocional* (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) e pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho. Considerando essas 9 perguntas e uma pontuação máxima do tipo Likert de 6 pontos, teremos no máximo 54 pontos nessa dimensão. A *Despersonalização* pretende medir 5 perguntas para avaliar essa dimensão (5, 10, 11, 15 e 22), alcançando, portanto, a somatória máxima de 30 pontos. Por fim, as demais 8 perguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) da dimensão *Realização Profissional* são usadas para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização, obtendo-se o total de até 48 pontos (JODAS; HADDAD, 2009; LIMA *et al.*, 2009; MOREIRA, 2013). Dessa forma, considerando a escala do tipo Likert de 6 pontos, a somatória total das respostas pode variar de 0 a 132, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de pontos por dimensão

<b>Dimensão</b>	<b>Nº de perguntas</b>	<b>Variação de pontos</b>
Exaustão Emocional	9 (nove)	De 0 a 54 pontos
Despersonalização	5 (cinco)	De 0 a 30 pontos
Realização Profissional	8 (oito)	De 0 a 48 pontos

Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2001.

Jodas e Haddad (2009) afirmam que o manual do MBI traz como princípio para o diagnóstico de Burnout a obtenção de nível alto para *Exaustão Emocional* e *Despersonalização* e nível baixo para *Realização Profissional*. Vicente, Oliveira e Maroco (2013) corroboram com Jodas e Haddad (2009). Os valores de referência, desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre Síndrome de Burnout, também são apresentados por Jodas e Haddad (2009). Dessa forma, conforme descrito na Tabela 2, para que o indivíduo seja enquadrado, por exemplo, com baixa *Exaustão Emocional* deverá obter a pontuação de 0 a 15 pontos nas perguntas referentes a essa dimensão.

<sup>13</sup> 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, 2001. p. 84-85.



Tabela 2 – Pontos de corte sobre as dimensões da escala do MBI

Dimensões	Pontos de corte		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	0-15	16-25	26-54
Despersonalização	0-02	03-08	09-30
Realização Profissional	0-33	34-42	43-48

Fonte: JODAS; HADDAD, 2009.

Martins (2011) explica que, para a utilização do instrumento, não é preciso termo de autorização ou licença. Para o seu uso, deve-se apenas citar a fonte original, como foi feito no presente estudo.

Moreira (2013) alerta que o questionário a ser aplicado não deve especificar as dimensões às quais cada afirmativa está relacionada para não influenciar os respondentes.

### 3.3.2 Cálculo de absenteísmo

Para avaliar o índice de absenteísmo dos enfermeiros, foi feito o levantamento dos registros de folha de ponto dos últimos 12 meses (setembro de 2015 a setembro de 2016), junto ao RH do Distrito Sanitário do Barreiro.

Para calcular o índice de absenteísmo, optou-se pela fórmula proposta por Chiavenato (1997) e Marras (2000), que está descrita no item 2.5. Ressalta-se que, nesse cálculo, foram consideradas como absenteísmo apenas as ausências que não foram programadas, como, por exemplo: faltas, atestados de comparecimento, paralizações, greve, ausências ligadas a doenças ou a acidentes de trabalho. As ausências previstas, como folgas, licença maternidade, férias regulares e férias prêmio, foram desconsideradas como absenteísmo, no presente estudo.

### 3.4 Análise dos dados

Este estudo foi composto por 40 variáveis, sendo 14 variáveis caracterizadoras da amostra, 22 variáveis relacionadas a 3 dimensões (*Exaustão Emocional*, *Despersonalização* e *Realização Profissional*) e 4 variáveis sobre a quantidade de faltas dos entrevistados. O total de amostras coletadas foi de 188 respondentes, em que havia apenas um dado faltante, que foi imputado pela média da determinada questão.

Para descrever as variáveis caracterizadoras da amostra, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Já na descrição das variáveis das dimensões do Burnout, utilizaram-se a média, o desvio padrão e o intervalo de confiança Bootstrap, assim como as frequências

relativas. O método Bootstrap (EFRON; TIBSHIRANI, 1993) é muito utilizado na realização de inferências quando não se conhece a distribuição de probabilidade da variável de interesse.

A fim de testar a validade convergente dos constructos, foi utilizado o critério proposto por Fornell *et al.* (1981). Ele garante tal validade caso a Variância Média Extraída (VME), que indica o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus indicadores e que varia de 0 a 100% (HAIR *et al.*, 2009), seja superior a 50% (HENSELER, *et al.*, 2009), ou 40%, no caso de pesquisas exploratórias (NUNNALLY *et al.*, 1994). Para mensurar a confiabilidade das dimensões, foram utilizados o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC). De acordo com Tenenhaus *et al.* (2005), os índices AC e CC devem ser maiores que 0,70, para uma indicação de confiabilidade do constructo, ou maiores que 0,60, no caso de pesquisas exploratórias. Para verificar a dimensionalidade dos constructos, ou seja, se os mesmos medem somente o conceito que se propõem a medir, foi utilizado o critério da Análise Paralela (Parallel Analysis) elaborado por Horn (1965).

Uma vez validados, os indicadores foram criados a partir da soma dos itens de cada dimensão e depois categorizados com respeito aos pontos de corte das categorias “baixo”, “médio” e “alto”. Conforme Jodas e Haddad (2009), o indicador Burnout foi criado da seguinte forma: se o respondente apresentasse uma alta *Exaustão Emocional*, uma alta *Despersonalização* e uma baixa *Realização Profissional*, ele seria classificado como tendo Burnout.

Para verificar a associação das variáveis caracterizadoras da amostra e os indicadores categorizados foram utilizados o Teste Exato de Fisher (AGRESTI; KATERI, 2011), o Teste de Kruskal-Wallis e o Teste de Mann-Whitney (HOLLANDER; WOLFE, 1999), enquanto, para os indicadores numéricos, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999), além da correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

A associação entre o índice de absenteísmo e os indicadores categorizados foi feita utilizando novamente os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney (HOLLANDER; WOLFE, 1999), enquanto a associação com os indicadores numéricos foi feita usando a correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999). A correlação de Spearman é uma medida do grau de relação entre duas variáveis quantitativas, limitada entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1, maior a correlação negativa, e quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1, maior a correlação positiva. Uma correlação de Spearman não significativa representa um coeficiente de correlação estatisticamente igual à zero, ou seja, não existe correlação entre as duas variáveis testadas.

Para verificar a associação das variáveis categorizadoras da amostra e o índice de absenteísmo, foram utilizados novamente os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999), além da correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.3.0).

### 3.5 Aspectos éticos

Os preceitos da Resolução nº 196/1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde humanos (BRASIL, 1996), aplicáveis ao estudo, foram integralmente respeitados. O projeto da pesquisa foi submetido primeiramente ao Centro de Educação em Saúde do CES. Após aprovação e emissão da carta de anuência (ANEXO D), foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade FUMEC, denominada Instituição Proponente, e da PBH, denominada Instituição Coparticipante, via Plataforma Brasil. A pesquisa foi aprovada segundo o Parecer CEP nº 1.725.813 (ANEXO E).

Para a coleta de dados nas unidades básicas de saúde, primeiramente foi realizada uma reunião com a gerente distrital e todas as gerentes do Barreiro para apresentação da pesquisa. Em seguida, foi realizado contato individual nas UBS para agendamento do dia e horário para a coleta de dados junto aos trabalhadores.

Na apresentação da pesquisa para os respondentes, foi feita a identificação da pesquisadora e da pesquisa de forma clara e concisa e solicitada a participação mediante a leitura e assinatura do TCLE (ANEXO B) em duas vias, sendo uma para o sujeito participante e outra para a pesquisadora. A coleta de dados foi realizada conforme a conveniência e oportunidade no local de trabalho, evitando-se causar constrangimentos e prejuízos para o bom andamento do serviço. Para a proteção da confidencialidade, a coleta de dados foi monitorada pela própria pesquisadora e os dados coletados serão protegidos, garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes.

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com a pesquisa. Primeiramente, será realizada a análise descritiva do perfil dos pesquisados, bem como das variáveis das dimensões do Burnout. Em seguida, será apresentada a validação e criação dos Indicadores do Burnout, seguida da comparação das três dimensões do Burnout com as variáveis do questionário sociodemográfico e com os índices de absenteísmo. Por fim, será realizada uma comparação dos índices de absenteísmo com as variáveis do questionário sociodemográfico.

Conforme dito anteriormente, no estudo foram avaliados profissionais lotados em 19 UBS, distribuídos em 83 equipes de saúde da família. Dos 249 profissionais inicialmente aptos a responderem ao questionário, apenas 188 (75,5%) responderam. A maioria dos 25,4% que não participaram foi por um dos seguintes motivos: não estavam na UBS no dia da coleta de dados por motivo de férias, folga, cursos externos, licença médica ou em atividades fora da unidade. Apenas 5 profissionais que estavam na unidade no dia da coleta não responderam por estarem escalados em um setor que, naquele momento, impedia o preenchimento dos questionários.

### 4.1 Análise descritiva

#### 4.1.1 Caracterização dos entrevistados

A análise descritiva das variáveis categóricas da amostra é apresentada na Tabela 3, sendo importante destacar que:

- a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (89,26%) e mais da metade era casado (55,32%). Esse achado vai ao encontro da pesquisa de Teixeira e Mishima (2000), que afirmam que os trabalhadores de enfermagem são, majoritariamente, do sexo feminino;
- a maior parte dos indivíduos possuía filhos (80,32%);
- metade dos indivíduos possuía título de técnico em enfermagem, enquanto que aproximadamente 30% estava adquirindo o título de pós-graduado. Além disso, a maioria (57,98%) era contratada pela PBH como técnico em enfermagem. A diferença entre o número de enfermeiros e técnicos é baseado nas PNAB em que cada equipe necessita de um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem (BRASIL, 2012);

- em relação ao tempo em que trabalhavam na Prefeitura de Belo Horizonte, as faixas mais frequentes foram “inferior a 5 anos” (29,79%) e “5 a 10 anos” (31,91%), sendo que a maioria dos profissionais (78,72%) tinha vínculo de efetivo com a PBH e grande parte não possuía nenhum outro vínculo empregatício (81,91%);
- 79,26% dos indivíduos não estavam satisfeitos com a remuneração e boa parte (59,04%) também não estava satisfeita com a carga horária de trabalho;
- a maior parte dos indivíduos (56,91%) alegou que a equipe de trabalho estava completa, mas a grande maioria disse que a estrutura de trabalho (79,25%) e os recursos fornecidos (88,83%) não eram adequados;
- quase toda a amostra (96,26%) respondeu que a população geralmente procura a UBS em caráter curativo, ou seja, para resolução de problemas já detectados.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis categóricas da amostra  
(Continua)

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	168	89,36%
	Masculino	20	10,64%
Estado civil	Casado	104	55,32%
	Solteiro	33	17,55%
	União estável	18	9,57%
	Divorciado	29	15,43%
	Viúvo	4	2,13%
Filhos	Sim	151	80,32%
	Não	37	19,68%
Nível de formação	Auxiliar de enfermagem	12	6,38%
	Técnico em enfermagem	94	50,00%
	Graduação	24	12,77%
	Pós-graduação incompleta	56	29,79%
	Pós-graduação completa	1	0,53%
	Mestrado incompleto	1	0,53%
Cargo na PBH	Auxiliar de enfermagem	12	6,38%
	Técnico em enfermagem	109	57,98%
	Enfermeiro	67	35,64%
Tempo na PBH	Inferior a 5 anos	56	29,79%
	5 a 10 anos	60	31,91%
	10 a 15 anos	24	12,77%
	15 a 20 anos	15	7,98%
	Superior a 20 anos	33	17,55%
Vínculo com a PBH	Efetivo	148	78,72%
	Contratado	40	21,28%

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis categóricas da amostra (Conclusão)

Variáveis		N	%
Outro vínculo	Sim	34	18,09%
	Não	154	81,91%
Satisfação com a remuneração	Sim	39	20,74%
	Não	149	79,26%
Satisfação com a carga horária de trabalho	Sim	77	40,96%
	Não	111	59,04%
Equipe completa	Sim	107	56,91%
	Não	81	43,09%
Estrutura adequada	Sim	39	20,74%
	Não	149	79,26%
Recursos adequados	Sim	21	11,17%
	Não	167	88,83%
População aciona a UBS em caráter	Preventivo	7	3,74%
	Curativo	180	96,26%

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

A análise descritiva das variáveis numéricas da amostra é apresentada na Tabela 4, sendo importante ressaltar que:

- a idade média dos indivíduos da amostra foi de 43,50 anos, enquanto a idade mínima foi de 20 e a máxima de 68 anos;
- em média, os indivíduos da amostra tiveram 16,12 anos de formação, sendo que o tempo de formação mínimo foi de 2 anos e o máximo de 43 anos;
- o número médio de usuários cadastrados na ESF foi de 3.640,99 indivíduos, sendo que o número mínimo foi de 1.714 e o máximo de 5.280;
- 25% dos indivíduos apresentaram um índice de absenteísmo maior que 11,72. Apenas um respondente apresentou o índice igual a 78,02, sendo a média 9,44%.

Tabela 4 – Análise descritiva das variáveis numéricas da amostra

Variáveis	Média	D.P.	Mín.	1° Q	2° Q	3° Q	Máx.
Idade	43,50	9,92	20,00	36,00	43,00	51,00	68,00
Anos de formação	16,12	8,71	2,00	10,00	15,00	21,00	43,00
Nº de usuários cadastrados na ESF	3.640,99	651,56	1.714,00	3.229,00	3.587,50	3.995,00	5.280,00
Índice de absenteísmo	9,44	10,85	0,00	2,56	7,33	11,72	78,02

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

#### 4.1.2 Descrição das variáveis das dimensões do Burnout

Na Tabela 5 é apresentada a análise descritiva dos itens que formam os constructos e os Gráficos 1 e 2 ilustram esses resultados. Sobre isso, vale a pena ressaltar que:

- em média, em relação à dimensão *Exaustão Emocional*, os indivíduos responderam que experimentavam com maior frequência o conteúdo sugerido nos itens Q2 (“Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado”) e Q14 (“Sinto que estou trabalhando demais”) em relação aos demais itens da dimensão, visto que os intervalos de confiança não se sobrepõem;
- para a dimensão *Despersonalização*, houve diferença significativa na frequência em que os indivíduos experimentavam os itens Q22 (“Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por algum de seus problemas”), que apresentou a maior média da dimensão, e ao item Q15 (“Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente”), que apresentou a menor média entre os itens da dimensão;
- em média, em relação ao constructo *Realização Profissional*, os respondentes tenderem a responder todos os itens com frequências altas, sendo o item Q9 (“Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho”) o de maior média e o item Q12 (“Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho”) o de menor média.

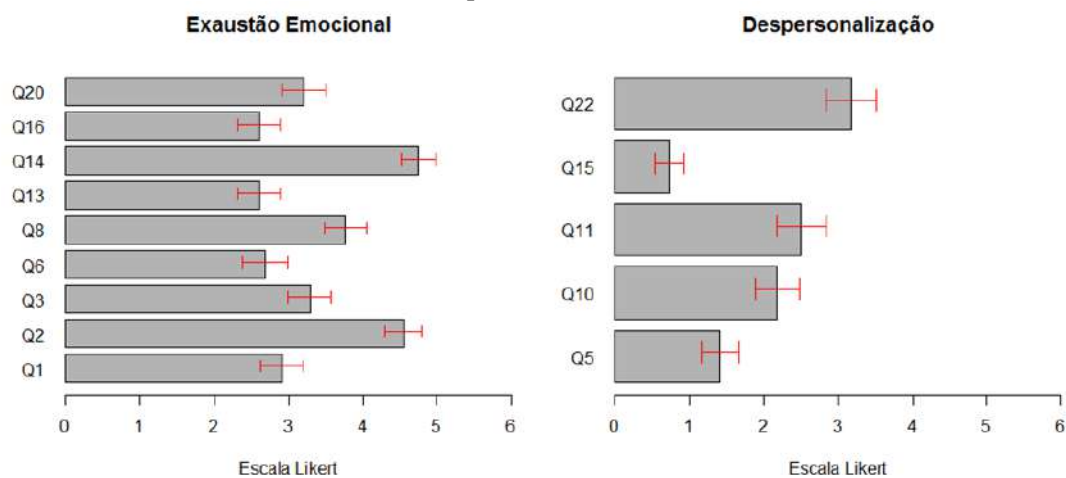
Tabela 5 – Análise descritiva dos itens das dimensões do Burnout

Dimensões	Itens	Média	D.P.	I.C. - 95% <sup>1</sup>	Escala Likert (%)						
					0	1	2	3	4	5	6
Exaustão Emocional	Q1	2,92	1,96	[2,62;3,20]	10,64%	23,94%	6,91%	20,74%	8,51%	17,55%	11,70%
	Q2	4,55	1,66	[4,30;4,79]	2,13%	6,91%	4,26%	12,23%	5,85%	31,91%	36,70%
	Q3	3,30	1,98	[3,00;3,57]	11,70%	13,30%	8,51%	19,68%	6,91%	26,60%	13,30%
	Q6	2,68	2,11	[2,37;2,99]	18,09%	22,34%	9,04%	17,55%	5,32%	12,23%	15,43%
	Q8	3,76	1,99	[3,48;4,04]	6,38%	12,77%	9,57%	15,96%	7,98%	20,21%	27,13%
	Q13	2,65	2,16	[2,35;2,94]	22,87%	16,49%	8,51%	18,62%	5,32%	19,15%	9,04%
	Q14	4,75	1,69	[4,51;4,98]	2,66%	6,91%	1,60%	11,17%	5,32%	24,47%	47,87%
	Q16	2,62	2,07	[2,31;2,88]	15,96%	28,19%	6,91%	15,96%	6,38%	13,30%	13,30%
	Q20	3,21	2,11	[2,92;3,50]	12,23%	17,55%	9,57%	15,96%	5,85%	19,68%	19,15%
Despersonalização	Q5	1,40	1,81	[1,15;1,67]	45,21%	24,47%	6,91%	7,45%	4,79%	6,91%	4,26%
	Q10	2,18	2,14	[1,88;2,48]	31,91%	20,74%	5,85%	13,30%	6,38%	11,17%	10,64%
	Q11	2,50	2,28	[2,17;2,84]	28,19%	19,68%	5,32%	13,30%	5,32%	10,64%	17,55%
	Q15	0,73	1,39	[0,53;0,92]	67,02%	17,55%	3,72%	5,85%	0,53%	3,72%	1,60%
	Q22	3,17	2,33	[2,85;3,51]	17,02%	21,28%	2,66%	12,77%	5,85%	13,83%	26,60%
Realização Profissional	Q4	4,41	1,91	[4,15;4,67]	4,79%	9,04%	4,79%	9,04%	9,57%	19,68%	43,09%
	Q7	4,85	1,63	[4,60;5,08]	2,66%	5,85%	2,66%	6,91%	5,85%	26,60%	49,47%
	Q9	4,93	1,54	[4,70;5,14]	2,66%	2,66%	2,13%	13,30%	2,66%	24,47%	52,13%
	Q12	3,85	1,90	[3,57;4,10]	6,38%	9,57%	6,91%	20,21%	9,57%	21,81%	25,53%
	Q17	4,63	1,73	[4,38;4,89]	3,72%	4,26%	3,72%	15,96%	5,32%	19,68%	47,34%
	Q18	4,11	1,82	[3,84;4,37]	5,85%	5,85%	6,91%	15,96%	12,77%	23,40%	29,26%
	Q19	4,47	1,75	[4,20;4,71]	3,72%	6,38%	3,72%	13,83%	9,57%	22,87%	39,89%
	Q21	4,38	1,84	[4,12;4,62]	4,79%	8,51%	1,60%	14,36%	9,04%	23,40%	38,30%

<sup>1</sup> Intervalo Bootstrap.

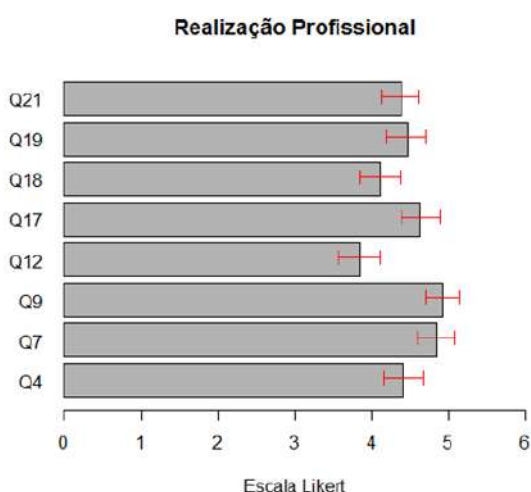
Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

Gráfico 1 – Gráfico de barras com os intervalos de confiança para os itens das dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa, 2016.

Gráfico 2 – Gráfico de barras com os intervalos de confiança para os itens da dimensão Realização Profissional



Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

## 4.2 Validação e criação dos indicadores do Burnout

A análise da validade convergente, a dimensionalidade e a confiabilidade das dimensões do instrumento são mostradas na Tabela 6. Portanto, pode-se concluir que:

- houve validação convergente em todos os constructos, visto que as VME foram superiores a 0,40;
- todos os constructos apresentaram os índices de confiabilidade AC e CC acima de 0,70, evidenciando assim a confiabilidade dos mesmos;



- de acordo com o critério da Análise Paralela, todos os constructos são unidimensionais.

Tabela 6 – Validação dos indicadores

Dimensões	Itens	VME <sup>1</sup>	AC <sup>2</sup>	CC <sup>3</sup>	Dim. <sup>4</sup>
Exaustão Emocional	9	0,517	0,880	0,864	1
Despersonalização	5	0,512	0,741	0,778	1
Realização Profissional	8	0,432	0,805	0,809	1

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

<sup>1</sup> Variância Média Extraída, <sup>2</sup> Alfa de Cronbach, <sup>3</sup> Confiabilidade Composta,

<sup>4</sup> Dimensionalidade.

Uma vez validados, os indicadores foram criados a partir da soma dos itens de cada dimensão e depois categorizados com respeito aos pontos de corte das categorias “baixo”, “médio” e “alto”, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição de pontos por dimensão e pontos de corte para a escala MBI

Indicadores	Itens	Variação dos pontos	Pontos de corte		
			Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	9	De 0 a 54 pontos	0-15	16-25	26-54
Despersonalização	5	De 0 a 30 pontos	0-02	03-08	09-30
Realização Profissional	8	De 0 a 48 pontos	0-33	34-42	43-48

Fonte: JODAS; HADDAD, 2009.

A Tabela 8 apresenta a descrição dos indicadores de forma numérica e de forma categorizada, sendo importante destacar que:

- o escore médio no indicador de *Exaustão Emocional* foi de 30,43 [28,54; 32,18] e a grande maioria dos indivíduos apresentou nível de *Exaustão Emocional* alto (67,02%);
- cerca de metade dos indivíduos apresentou nível de *Despersonalização* alto (51,60%) e uma boa parcela apresentou nível médio (35,64%), sendo que o escore médio no indicador foi de 9,97 [8,95; 11,02];
- quanto ao nível de *Realização Profissional*, o escore médio foi de 35,63 [34,27; 36,84] e as parcelas *Baixo* e *Médio* tiveram as maiores frequências, sendo, respectivamente, 37,77% e 38,30%;
- o indicador Burnout foi criado da seguinte forma: se o respondente apresentasse uma alta *Exaustão Emocional*, uma alta *Despersonalização* e uma baixa *Realização Profissional*, o mesmo foi classificado como tendo Burnout (JODAS; HADDAD, 2009). Utilizando esse critério, teve-se que 25,53% (48) dos respondentes tinham Burnout.

Tabela 8 – Análise descritiva dos indicadores numéricos e categorizados

Indicador	Média	D.P.	I.C. - 95%	Categoria	N	%
Exaustão Emocional	30,43	12,73	[28,54; 32,18]	Baixo	30	15,96%
				Médio	32	17,02%
				Alto	126	67,02%
Despersonalização	9,97	7,08	[8,95; 11,02]	Baixo	24	12,77%
				Médio	67	35,64%
				Alto	97	51,60%
Realização Profissional	35,63	9,20	[34,27; 36,84]	Baixo	71	37,77%
				Médio	72	38,30%
				Alto	45	23,94%
Burnout	-	-	-	Não	140	74,47%
				Sim	48	25,53%

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

#### 4.3 Comparação dos indicadores (dimensões do Burnout) com as variáveis sociodemográficas

Para realizar essa comparação, optou-se pela utilização dos indicadores categorizados. A Tabela 9 mostra a comparação do indicador *Exaustão Emocional* com as variáveis características da amostra. Logo, vale ressaltar que:

- houve diferença significativa (valor-p = 0,000) do nível de *Exaustão Emocional* entre os sexos, sendo que as mulheres apresentaram uma maior frequência de *Exaustão Emocional* alta, o que corrobora com Benevides-Pereira (2010) e Trigo (2010), que relacionam esse achado com o fato de a mulher possuir dupla jornada (profissional e lar). Outro ponto a ser analisado no presente estudo é o fato de a amostra feminina ser bem maior que a masculina;
- houve diferença significativa entre os indivíduos que possuíam filhos (valor-p = 0,037), sendo que os que possuíam filhos apresentaram uma frequência maior nos níveis médio e alto do indicador *Exaustão Emocional*. Benevides-Pereira (2010) e Trigo (2010) não conseguiram confirmar essa relação. Contudo, Maruyam, Suzuki e Takayama (2016) afirmam que enfermeiros com crianças em idade escolar possuem fatores que predispõem ao Burnout;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,019) do nível de *Exaustão Emocional* entre os vínculos empregatícios, sendo que os indivíduos que não possuíam outro vínculo apresentaram uma maior frequência de *Exaustão Emocional* baixa, o que vai ao encontro dos estudos de Benevides-Pereira (2010) e Trigo (2010);

- houve diferença significativa (valor-p = 0,041) na variável “satisfação com a remuneração”, em que indivíduos insatisfeitos apresentaram maior nível de *Exaustão Emocional*;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,000) na variável “satisfação com a carga horária”, em que indivíduos insatisfeitos apresentaram maior nível de *Exaustão Emocional*;
- não houve diferenças significativas do indicador *Exaustão Emocional* entre as categorias das demais variáveis.

Tabela 9 – Comparação do indicador Exaustão Emocional categorizado com as variáveis características da amostra

(Continua)

Variáveis		Exaustão Emocional						Valor-p
		Baixo		Médio		Alto		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	21	12,50%	30	17,86%	117	69,64%	0,000 <sup>1</sup>
	Masculino	10	50,00%	1	5,00%	9	45,00%	
Estado civil	Com companheiro	21	17,21%	19	15,57%	82	67,21%	0,851 <sup>1</sup>
	Sem companheiro	10	15,15%	12	18,18%	44	66,67%	
Filhos	Sim	20	13,25%	28	18,54%	103	68,21%	0,037 <sup>1</sup>
	Não	11	29,73%	3	8,11%	23	62,16%	
Formação	Auxiliar e técnico em enfermagem	17	16,04%	22	20,75%	67	63,21%	0,482 <sup>1</sup>
	Enfermeiro	3	12,50%	3	12,50%	18	75,00%	
	Pós-graduado	11	18,97%	6	10,34%	41	70,69%	
Cargo na PBH	Auxiliar de enfermagem	13	19,40%	7	10,45%	47	70,15%	0,438 <sup>1</sup>
	Técnico em enfermagem	16	14,68%	21	19,27%	72	66,06%	
	Enfermeiro	2	16,67%	3	25,00%	7	58,33%	
Tempo na PBH	Até 10 anos	20	17,24%	16	13,79%	80	68,97%	0,480 <sup>1</sup>
	Mais que 10 anos	11	15,28%	15	20,83%	46	63,89%	
Vínculo com a PBH	Efetivo	23	15,54%	21	14,19%	104	70,27%	0,143 <sup>1</sup>
	Contratado	8	20,00%	10	25,00%	22	55,00%	
Outro vínculo	Sim	1	2,94%	4	11,76%	29	85,29%	0,019 <sup>1</sup>
	Não	30	19,48%	27	17,53%	97	62,99%	
Satisfação com a remuneração	Sim	8	20,51%	11	28,21%	20	51,28%	0,041 <sup>1</sup>
	Não	23	15,44%	20	13,42%	106	71,14%	
Satisfação com a carga horária de trabalho	Sim	21	27,27%	17	22,08%	39	50,65%	0,000 <sup>1</sup>
	Não	10	9,01%	14	12,61%	87	78,38%	
Equipe completa	Sim	16	14,95%	16	14,95%	75	70,09%	0,590 <sup>1</sup>
	Não	15	18,52%	15	18,52%	51	62,96%	
Estrutura adequada	Sim	6	15,38%	5	12,82%	28	71,79%	0,801 <sup>1</sup>
	Não	25	16,78%	26	17,45%	98	65,77%	
Recursos adequados	Sim	5	23,81%	4	19,05%	12	57,14%	0,474 <sup>1</sup>
	Não	26	15,57%	27	16,17%	114	68,26%	

Tabela 9 – Comparação do indicador Exaustão Emocional categorizado com as variáveis características da amostra

Variáveis		Exaustão Emocional						Valor-p
		Baixo		Médio		Alto		
		N	%	N	%	N	%	
População aciona a UBS em caráter	Preventivo Curativo	1 30	14,29% 16,67%	3 27	42,86% 15,00%	3 123	42,86% 68,33%	0,109 <sup>1</sup>
Idade	Média (E.P.)	43,63	1,91	46,75	1,90	42,64	0,84	0,088 <sup>2</sup>
Anos de formação	Média (E.P.)	14,83	1,67	18,31	1,65	15,87	0,75	0,224 <sup>2</sup>
Usuários cadastrados	Média (E.P.)	3648,67	120,95	3694,44	109,07	3625,59	58,95	0,986 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 10 mostra a comparação do indicador *Despersonalização* com as variáveis características da amostra. Logo, vale ressaltar que:

- houve diferença significativa (valor-p = 0,021) do nível de *Despersonalização* entre os estados civis, sendo que os indivíduos sem companheiro(a) foram mais presentes nos níveis médio e alto;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,026) do nível de *Despersonalização* entre os indivíduos que possuíam ou não filhos, sendo que os que possuíam filhos apresentaram uma frequência maior no nível alto de *Despersonalização*;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,006) do nível de *Despersonalização* entre o tempo em que os indivíduos trabalhavam com a Prefeitura de Belo Horizonte, sendo que profissionais com até 10 anos foram mais presentes no nível alto de *Despersonalização*;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,040) do nível de *Despersonalização* entre os anos de formação, sendo que profissionais com nível médio de *Despersonalização* apresentaram o maior tempo de formação médio;
- não houve diferenças significativas do indicador *Despersonalização* entre as categorias das demais variáveis.

Tabela 10 – Comparação do indicador Despersonalização categorizado com as variáveis características da amostra

Variáveis		Despersonalização						Valor-p
		Baixo		Médio		Alto		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	20	11,90%	57	33,93%	91	54,17%	0,095 <sup>1</sup>
	Masculino	4	20,00%	10	50,00%	6	30,00%	
Estado civil	Com companheiro	21	17,21%	38	31,15%	63	51,64%	0,021 <sup>1</sup>
	Sem companheiro	3	4,55%	29	43,94%	34	51,52%	
Filhos	Sim	23	15,23%	48	31,79%	80	52,98%	0,026 <sup>1</sup>
	Não	1	2,70%	19	51,35%	17	45,95%	
Formação	Auxiliar e técnico em enfermagem	13	12,26%	40	37,74%	53	50,00%	0,503 <sup>1</sup>
	Enfermeiro	1	4,17%	10	41,67%	13	54,17%	
	Pós-graduado	10	17,24%	17	29,31%	31	53,45%	
Cargo na PBH	Auxiliar de enfermagem	10	14,93%	19	28,36%	38	56,72%	0,066 <sup>1</sup>
	Técnico em enfermagem	12	11,01%	40	36,70%	57	52,29%	
	Enfermeiro	2	16,67%	8	66,67%	2	16,67%	
Tempo na PBH	Até 10 anos	17	14,66%	31	26,72%	68	58,62%	0,006 <sup>1</sup>
	Mais que 10 anos	7	9,72%	36	50,00%	29	40,28%	
Vínculo com a PBH	Efetivo	18	12,16%	54	36,49%	76	51,35%	0,824 <sup>1</sup>
	Contratado	6	15,00%	13	32,50%	21	52,50%	
Outro vínculo	Sim	3	8,82%	11	32,35%	20	58,82%	0,644 <sup>1</sup>
	Não	21	13,64%	56	36,36%	77	50,00%	
Satisfação com a remuneração	Sim	7	17,95%	16	41,03%	16	41,03%	0,266 <sup>1</sup>
	Não	17	11,41%	51	34,23%	81	54,36%	
Satisfação com a carga horária de trabalho	Sim	12	15,58%	31	40,26%	34	44,16%	0,210 <sup>1</sup>
	Não	12	10,81%	36	32,43%	63	56,76%	
Equipe completa	Sim	13	12,15%	37	34,58%	57	53,27%	0,894 <sup>1</sup>
	Não	11	13,58%	30	37,04%	40	49,38%	
Estrutura adequada	Sim	3	7,69%	14	35,90%	22	56,41%	0,609 <sup>1</sup>
	Não	21	14,09%	53	35,57%	75	50,34%	
Recursos adequados	Sim	3	14,29%	8	38,10%	10	47,62%	0,850 <sup>1</sup>
	Não	21	12,57%	59	35,33%	87	52,10%	
População aciona a UBS em caráter	Preventivo	0	0,00%	3	42,86%	4	57,14%	0,760 <sup>1</sup>
	Curativo	24	13,33%	63	35,00%	93	51,67%	
Idade	Média (E.P.)	43,29	1,66	45,27	1,37	42,32	0,94	0,065 <sup>2</sup>
Anos de formação	Média (E.P.)	14,13	1,51	18,52	1,22	14,96	0,78	0,040 <sup>2</sup>
Usuários cadastrados	Média (E.P.)	3703,88	145,47	3569,21	72,50	3675,01	68,67	0,535 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 11 mostra a comparação do indicador *Realização Profissional* com as variáveis características da amostra. Logo, vale ressaltar que:

- houve diferença significativa (valor-p = 0,022) do nível de *Realização Profissional* entre as diferentes formações dos indivíduos, sendo que os pós-graduados apresentaram nível mais baixo de *Realização Profissional*;

- não houve diferenças significativas do indicador *Realização Profissional* entre as categorias das demais variáveis.

Tabela 11 – Comparação do indicador Realização Profissional categorizado com as variáveis características da amostra

Variáveis		Realização Profissional						Valor-p
		Baixo		Médio		Alto		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	62	36,90%	67	39,88%	39	23,21%	0,390 <sup>1</sup>
	Masculino	9	45,00%	5	25,00%	6	30,00%	
Estado civil	Com companheiro	50	40,98%	42	34,43%	30	24,59%	0,311 <sup>1</sup>
	Sem companheiro	21	31,82%	30	45,45%	15	22,73%	
Filhos	Sim	56	37,09%	59	39,07%	36	23,84%	0,893 <sup>1</sup>
	Não	15	40,54%	13	35,14%	9	24,32%	
Formação	Auxiliar e técnico em enfermagem	36	33,96%	45	42,45%	25	23,58%	0,022 <sup>1</sup>
	Enfermeiro	6	25,00%	14	58,33%	4	16,67%	
	Pós-graduado	29	50,00%	13	22,41%	16	27,59%	
Cargo na PBH	Auxiliar de enfermagem	32	47,76%	21	31,34%	14	20,90%	0,199 <sup>1</sup>
	Técnico em enfermagem	37	33,94%	45	41,28%	27	24,77%	
	Enfermeiro	2	16,67%	6	50,00%	4	33,33%	
Tempo na PBH	Até 10 anos	42	36,21%	47	40,52%	27	23,28%	0,724 <sup>1</sup>
	Mais que 10 anos	29	40,28%	25	34,72%	18	25,00%	
Vínculo com a PBH	Efetivo	59	39,86%	55	37,16%	34	22,97%	0,512 <sup>1</sup>
	Contratado	12	30,00%	17	42,50%	11	27,50%	
Outro vínculo	Sim	16	47,06%	9	26,47%	9	26,47%	0,262 <sup>1</sup>
	Não	55	35,71%	63	40,91%	36	23,38%	
Satisfação com a remuneração	Sim	16	41,03%	18	46,15%	5	12,82%	0,178 <sup>1</sup>
	Não	55	36,91%	54	36,24%	40	26,85%	
Satisfação com a carga horária de trabalho	Sim	27	35,06%	27	35,06%	23	29,87%	0,292 <sup>1</sup>
	Não	44	39,64%	45	40,54%	22	19,82%	
Equipe completa	Sim	37	34,58%	47	43,93%	23	21,50%	0,194 <sup>1</sup>
	Não	34	41,98%	25	30,86%	22	27,16%	
Estrutura adequada	Sim	15	38,46%	13	33,33%	11	28,21%	0,683 <sup>1</sup>
	Não	56	37,58%	59	39,60%	34	22,82%	
Recursos adequados	Sim	7	33,33%	6	28,57%	8	38,10%	0,270 <sup>1</sup>
	Não	64	38,32%	66	39,52%	37	22,16%	
População aciona a UBS em caráter	Preventivo	2	28,57%	1	14,29%	4	57,14%	0,103 <sup>1</sup>
	Curativo	68	37,78%	71	39,44%	41	22,78%	
Idade	Média (E.P.)	43,47	1,13	44,26	1,22	42,31	1,49	0,512 <sup>2</sup>
Anos de formação	Média (E.P.)	16,73	1,05	16,18	1,08	15,07	1,16	0,711 <sup>2</sup>
Usuários cadastrados	Média (E.P.)	3737,32	80,90	3562,61	83,07	3614,40	72,65	0,427 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 12 mostra a comparação do indicador Burnout com as variáveis características da amostra. Logo, vale ressaltar que não houve diferenças significativas do Burnout entre as categorias das variáveis.

Tabela 12 – Comparação do indicador Burnout com as variáveis características da amostra

Variáveis		Burnout				Valor-p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Sexo	Feminino	123	73,2%	45	26,8%	0,415 <sup>1</sup>
	Masculino	17	85,0%	3	15,0%	
Estado civil	Com companheiro	89	73,0%	33	27,0%	0,600 <sup>1</sup>
	Sem companheiro	51	77,3%	15	22,7%	
Filhos	Sim	112	74,2%	39	25,8%	1,000 <sup>1</sup>
	Não	28	75,7%	9	24,3%	
Formação	Auxiliar e técnico em enfermagem	83	78,3%	23	21,7%	0,079 <sup>1</sup>
	Enfermeiro	20	83,3%	4	16,7%	
	Pós-graduado	37	63,8%	21	36,2%	
Cargo na PBH	Auxiliar de enfermagem	44	65,7%	23	34,3%	0,132 <sup>1</sup>
	Técnico em enfermagem	86	78,9%	23	21,1%	
	Enfermeiro	10	83,3%	2	16,7%	
Tempo na PBH	Até 10 anos	84	72,4%	32	27,6%	0,492 <sup>1</sup>
	Mais que 10 anos	56	77,8%	16	22,2%	
Vínculo com a PBH	Efetivo	107	72,3%	41	27,7%	0,224 <sup>1</sup>
	Contratado	33	82,5%	7	17,5%	
Outro vínculo	Sim	22	64,7%	12	35,3%	0,191 <sup>1</sup>
	Não	118	76,6%	36	23,4%	
Satisfação com a remuneração	Sim	31	79,5%	8	20,5%	0,537 <sup>1</sup>
	Não	109	73,2%	40	26,8%	
Satisfação com a carga horária de trabalho	Sim	61	79,2%	16	20,8%	0,237 <sup>1</sup>
	Não	79	71,2%	32	28,8%	
Equipe completa	Sim	82	76,6%	25	23,4%	0,500 <sup>1</sup>
	Não	58	71,6%	23	28,4%	
Estrutura adequada	Sim	27	69,2%	12	30,8%	0,414 <sup>1</sup>
	Não	113	75,8%	36	24,2%	
Recursos adequados	Sim	18	85,7%	3	14,3%	0,291 <sup>1</sup>
	Não	122	73,1%	45	26,9%	
População aciona a UBS em caráter	Preventivo	7	100,0%	0	0,0%	0,194 <sup>1</sup>
	Curativo	132	73,3%	48	26,7%	
Idade	Média (E.P.)	43,75	0,86	42,75	1,33	0,471 <sup>2</sup>
Anos de formação	Média (E.P.)	16,29	0,76	15,63	1,16	0,829 <sup>2</sup>
Usuários cadastrados	Média (E.P.)	3592,76	53,09	3781,67	101,56	0,069 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>2</sup> Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

#### 4.4 Comparação dos indicadores (dimensões do Burnout) com o índice de absenteísmo

Para realizar essa comparação, optou-se também pela utilização dos indicadores categorizados. A Tabela 13 mostra a comparação dos três indicadores categorizados com a variável relativa ao nível de absenteísmo. Logo, vale ressaltar que:

- houve diferença significativa (valor-p = 0,035) do índice de absenteísmo entre as categorias do indicador *Realização Profissional*, sendo que, ao realizarem-se as comparações múltiplas, teve-se que houve diferença significativa (valor-p = 0,042) entre os indivíduos com baixo e médio nível de *Realização Profissional*, sendo que o índice de absenteísmo foi maior para os indivíduos com baixo nível;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,006) do índice de absenteísmo entre as categorias do indicador Burnout, sendo que os respondentes classificados como Burnout apresentaram um maior índice de absenteísmo.

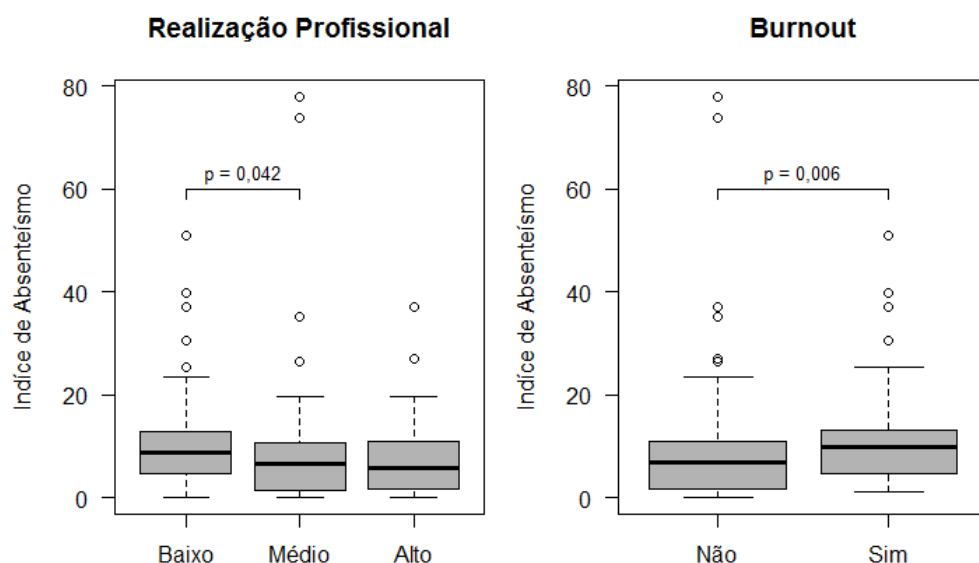
Tabela 13 – Comparação dos indicadores Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal categorizados com o índice de absenteísmo

Indicadores	Categoria	N	Média	E.P.	1° Q	2° Q	3° Q	Valor-P
Exaustão Emocional	Baixo	29	6,09	1,07	0,73	5,50	10,99	0,101 <sup>1</sup>
	Médio	31	10,13	2,65	3,64	7,33	10,81	
	Alto	121	10,06	0,96	3,30	8,06	12,45	
Despersonalização	Baixo	24	8,64	1,74	2,93	7,33	9,71	0,432 <sup>1</sup>
	Médio	63	8,43	1,36	2,20	6,96	10,99	
	Alto	94	10,31	1,18	3,30	8,61	12,45	
Realização Profissional	Baixo	67	10,85	1,17	4,76	8,79	12,82	0,035 <sup>1</sup>
	Médio	71	8,99	1,57	1,49	6,59	10,81	
	Alto	43	7,97	1,20	1,83	5,86	10,99	
Burnout	Não	135	8,61	0,94	1,83	6,96	10,99	0,006 <sup>2</sup>
	Sim	46	11,86	1,55	4,76	9,89	13,19	

<sup>1</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>2</sup> Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

Gráfico 3 – Boxplot do índice de absenteísmo por nível de Realização Profissional



Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa, 2016.



#### 4.5 Comparação do índice de absenteísmo com as variáveis sociodemográficas

A Tabela 14 mostra a comparação das três dimensões categorizadas com a variável relativa à quantidade de faltas em horas. Logo, vale ressaltar que:

- houve diferença significativa (valor-p = 0,004) do índice de absenteísmo entre os níveis da variável filhos, sendo que os indivíduos que possuíam filhos apresentaram um maior absenteísmo;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,001) no índice de absenteísmo em relação ao tempo de trabalho na PBH, sendo que os indivíduos com mais de 10 anos de trabalho apresentaram absenteísmo médio significativamente maior;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,000) no índice de absenteísmo em relação ao tipo de vínculo com a PBH, sendo que os indivíduos que eram efetivos apresentaram, em média, absenteísmo significativamente maior;
- em relação à variável de satisfação com a carga horária, houve diferença significativa (valor-p = 0,011) do índice de absenteísmo, sendo que os indivíduos que estavam insatisfeitos com a carga horária de trabalho apresentaram absenteísmo médio significativamente maior;
- houve diferença significativa (valor-p = 0,025) no índice de absenteísmo em relação a variável “estrutura adequada”, sendo que os indivíduos que julgaram a estrutura não adequada apresentaram absenteísmo significativamente maior, em média.

Tabela 14 – Comparação do índice de absenteísmo com as variáveis categóricas características da amostra

(Continua)

Variáveis		N	Absenteísmo		
			Média	E.P <sup>1</sup>	Valor-p
Sexo	Feminino	162	9,57	0,89	0,869 <sup>2</sup>
	Masculino	19	8,25	1,40	
Estado Civil	Com companheiro	118	9,54	1,02	0,712 <sup>2</sup>
	Sem companheiro	63	9,24	1,31	
Filhos	Sim	146	9,88	0,84	0,004 <sup>2</sup>
	Não	35	7,57	2,26	
Formação	Auxiliar e técnico	101	9,83	1,21	0,698 <sup>3</sup>
	Enfermeiro	24	10,68	2,33	
	Pós-graduado	56	8,20	1,02	
Cargo na PBH	Auxiliar	65	7,58	0,85	0,254 <sup>3</sup>
	Técnico	105	10,52	1,27	
	Enfermeiro	11	9,99	1,23	

Tabela 14 – Comparação do índice de absenteísmo com as variáveis categóricas características da amostra

(Conclusão)

Variáveis		N	Absenteísmo		
			Média	E.P <sup>1</sup>	Valor-p
Tempo na PBH	Até 10 anos	113	7,73	0,88	0,001 <sup>2</sup>
	Mais que 10 anos	68	12,27	1,52	
Vínculo com a PBH	Efetivo	143	11,21	0,94	0,000 <sup>2</sup>
	Contratado	38	2,77	0,87	
Outro vínculo	Sim	32	10,30	1,49	0,213 <sup>2</sup>
	Não	149	9,25	0,93	
Satisfação com a remuneração	Sim	37	6,77	0,90	0,182 <sup>2</sup>
	Não	144	10,12	0,98	
Satisfação com a carga de trabalho	Sim	74	7,69	1,04	0,011 <sup>2</sup>
	Não	107	10,64	1,15	
Equipe completa	Sim	103	7,92	0,68	0,201 <sup>2</sup>
	Não	78	11,44	1,62	
Estrutura adequada	Sim	37	6,68	1,31	0,025 <sup>2</sup>
	Não	144	10,14	0,95	
Recursos adequados	Sim	20	9,13	1,85	0,949 <sup>2</sup>
	Não	161	9,47	0,88	
População aciona a UBS em caráter	Preventivo	7	4,24	2,09	0,077 <sup>2</sup>
	Curativo	173	9,56	0,83	

<sup>1</sup> Erro Padrão, <sup>2</sup> Teste de Mann-Whitney, <sup>3</sup> Teste de Kruskal Wallis

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 15 mostra a relação do índice de absenteísmo com as variáveis numéricas características da amostra. Logo, vale ressaltar que:

- houve correlação significativa (valor-p = 0,002) e positiva ( $r = 0,23$ ) entre a idade e o índice de absenteísmo, ou seja, quanto maior a idade, maior tende a ser o absenteísmo;
- houve correlação significativa (valor-p = 0,000) e positiva ( $r = 0,27$ ) entre os anos de formação e o absenteísmo, ou seja, quanto mais anos de formação, maior tende a ser o absenteísmo.

Tabela 15 – Correlação do índice de absenteísmo com as variáveis numéricas características da amostra

Indicadores	Absenteísmo	
	r	Valor-p
Idade	0,23	0,002
Anos de formação	0,27	0,000
Usuários cadastrados	-0,05	0,464

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa, 2016.

<sup>1</sup> Correlação de Sperman.

## 5 DISCUSSÃO

Este capítulo tem como finalidade discutir os resultados obtidos na pesquisa em relação à presença da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem atuantes no PSF da Prefeitura de Belo Horizonte. Além disso, analisa a relação entre os índices de absenteísmo e a propensão dos profissionais em desenvolver a síndrome. Participaram deste estudo 188 profissionais, sendo 67 enfermeiros; 109 técnicos de enfermagem e 12 auxiliares de enfermagem, todos atuantes no PSF. Desde total de participantes, 25,53% apresentaram a Síndrome de Burnout, de acordo com os critérios do questionário de Maslach Inventory (MBI) (TAMAYO, 1997), apresentados por Jodas e Haddad (2009) e sustentados por Vicente, Oliveira e Maroco (2013).

Chamon, Marinho e Oliveira (2006), em pesquisa com enfermeiros da rede hospitalar, observaram que 13,5% dos sujeitos apresentavam Burnout. Já Moreira (2013) encontrou uma taxa de incidência de 6,0% de enfermeiros com a Síndrome de Burnout em CTI de um hospital privado. Em contrapartida, Foresto e Souza (2014), em seus estudos com enfermeiros da atenção primária do interior de São Paulo, identificaram 44,44% de enfermeiras da atenção primária à saúde com a síndrome instaurada, 22,22% na fase inicial e 22,22% no nível avançado da Síndrome de Burnout. Silva *et al.* (2015) pesquisaram profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária de Aracaju e encontrou uma prevalência de 7% da Síndrome de Burnout. Considerando os índices encontrados na presente pesquisa (25,53%) e os estudos citados acima, fica ainda mais evidente a importância de se estudar a síndrome em trabalhadores da APS.

A maioria dos participantes apresentaram altos níveis para *Exaustão Emocional* (EE) e *Despersonalização* (DE), sendo 67,02% e 51,6%, respectivamente. Em relação à *Realização Profissional*, a maioria (38,3%) apresentou níveis médios nessa categoria. O escore médio no indicador de *Exaustão Emocional* foi de 30,43 [28,54; 32,18] e a grande maioria dos indivíduos apresentou nível de *Exaustão Emocional alto* (67,02%). Na pesquisa de Foresto e Souza (2014) com enfermeiros da atenção primária do interior de São Paulo, a *Exaustão Emocional* também se destacou como a dimensão mais preocupante. Moreira (2013) afirma que houve predominância da classificação “baixa EE” (38%), seguida pela classificação “alta EE” (35%). Silva e Honório (2010) também observaram que *Exaustão Emocional* é a que mais afeta professores da rede pública, com níveis de médio a muito alto da dimensão: (65,2%). Silva e Honório (2010) e Moreira (2013) afirmam que esses resultados reforçam o entendimento de Maslach e Leiter (1997), que admitem ser a *Exaustão Emocional* o primeiro sintoma da síndrome a ser experimentado pelo profissional.

Em relação à categoria profissional Benevides-Pereira (2010) e Trigo (2010) afirmam que quanto maior o grau de instrução, maior a propensão ao Burnout. Essa afirmativa não foi comprovada nesta pesquisa, uma vez que não houve diferenças significativas do Burnout entre categorias profissionais (nível médio e superior).

No que diz respeito à remuneração, 79,26% dos indivíduos não estavam satisfeitos com a remuneração, boa parte (59,04%) também não estava satisfeita com a carga horária de trabalho. Ohue, Moriyama e Nakaya (2011) corroboram com Benevides-Pereira (2010) e Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012), afirmando que quanto maior a carga horária de trabalho (qualitativa e quantitativa), maior a propensão ao Burnout.

A maior parte dos indivíduos (56,91%) alegou que a equipe de trabalho estava completa, mas a grande maioria disse que a estrutura de trabalho (79,25%) e os recursos fornecidos (88,83%) não eram adequados. Em relação aos aspectos organizacionais, condições precárias, processo de trabalho e sobrecarga ultrapassam a capacidade de adaptação dos enfermeiros, comprometendo a saúde e aumentando o absenteísmo. Pode-se dizer que fatores organizacionais são modificáveis, como, por exemplo, o dimensionamento de profissional, políticas de recursos humanos, estrutura física da instituição, educação permanente. Esses aspectos estão nas mãos de gestores, cuja tarefa deveria ser a elaboração de políticas e programas visando à melhoria da qualidade das condições de trabalho (REZENDE; BORGES; FROTA, 2013).

Ao analisar como a população aciona as unidades, quase toda a amostra (96,26%) respondeu que a população geralmente procura a UBS em caráter curativo, ou seja, para resolução de problemas já detectados. Esse achado vai ao encontro da pesquisa de David *et al.* (2009), que afirmam que, apesar de as ações da AB estarem voltadas para promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, a população tende à busca de serviços assistenciais tradicionais para a resolução de problemas já detectados.

Para Benevides-Pereira (2010), as características pessoais, adotadas neste estudo, como idade, sexo, nível educacional, estado civil e ter filhos, não desencadeiam por si só o processo de Burnout, mas são consideradas facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes estressores. Schulz *et al.* (2009) e Maruyam, Suzuki e Takayama (2016) também analisaram essas características e encontram influências nos níveis de Burnout da Equipe de Enfermagem. Já Kanai-Pak *et al.* (2008), Cao *et al.* (2016), Ohue, Moriyama e Nakaya (2011), Suzuki *et al.* (2006), Doef, Mbazzi e Verhoeven (2012) e Lindqvist *et al.* (2015) apontam relações entre características vinculadas ao trabalho e a organização com o Burnout. Apesar de todos esses estudos, a presente pesquisa não encontrou relações entre Burnout e as categorias das variáveis

sociodemográficas. Este achado corrobora, contudo, com as pesquisas de Carlotto e Palazzo (2006) e Chamon, Marinho e Oliveira (2006), que também não encontraram qualquer correlação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a escala do MBI.

Em relação ao gênero, houve diferença significativa (valor-p = 0,000) apenas na dimensão *Exaustão Emocional*, sendo que as mulheres apresentaram pontuação alta para *Exaustão Emocional*, o que vai ao encontro do descrito por Benevides-Pereira (2010) e Trigo (2010). Esses mesmos autores alegam ainda que homens apresentam pontuações maiores na dimensão *Despersonalização*, mas isso não foi sustentado nesta pesquisa, pois não houve diferença significativa (valor p = 0,095). Contudo, ao considerar as três dimensões do Burnout (alta EE, alta DE e rRP), também não houve diferença significativa quanto ao gênero (valor p = 0,415).

Analisando os índices de absenteísmo encontrados na presente pesquisa, observa-se que os valores são altos em comparação com outros estudos, pois obteve-se uma média de 9,44%. Gehring Junior *et al.* (2007), em uma pesquisa com profissionais de enfermagem da atenção primária, encontraram a média de 5,9%. Esses mesmos autores alertaram que os valores encontrados estavam discretamente elevados, quando comparados à maioria dos estudos realizados em hospitais, que variaram entre 1,9% e 2,6% (SAROJA *et al.*, 1999<sup>14</sup> citado por GEHRING JUNIOR *et al.*, 2007).

Quanto à relação de Burnout e o índice de absenteísmo, verificou-se que houve diferença significativa (valor-p = 0,006), sendo que os respondentes classificados com Burnout apresentaram um maior índice de absenteísmo. Enquanto os profissionais que não foram classificados com Burnout apresentaram uma média de 8,61% de absenteísmo, enquanto a média para os trabalhadores acometidos pela síndrome foi de 11,86%. Esse resultado vai ao encontro dos estudos de Benevides-Pereira (2010), que aponta o absenteísmo como um sintoma defensivo do trabalhador acometido pelo Burnout.

Ainda analisando os índices de absenteísmo, observou-se relação dessa variável com variáveis do questionário sociodemográfico. Constatou-se que apresentam maior absenteísmo os indivíduos que: possuem filhos; trabalham há mais de 10 anos na PBH; são efetivos; estão insatisfeitos com a carga horária de trabalho; julgam a estrutura de trabalho inadequada. Além disso, houve correlação significativa e positiva entre a idade e anos de formação com o índice

---

<sup>14</sup> SAROJA, K. I. *et al.* Trends in absenteeism rates following psychological intervention preliminary results. **Singapore Med J**, v. 40, n. 5, p. 349-351, 1999.

de absenteísmo, ou seja, quanto maior a idade e quanto mais anos de formado, maior tende a ser o absenteísmo.

Esses achados podem ser explicados considerando que profissionais que possuem filhos necessitam ausentar-se mais em virtude de demandas dos filhos. Já profissionais efetivos se abstêm mais do trabalho em comparação ao profissional contratado (regime CLT), tendo em vista a estabilidade do concursado (regime estatutário), bem como profissionais com mais tempo de serviço na PBH, pois, na maioria, são efetivos.

## 6 CONCLUSÕES

Ao considerar a importância da atenção primária na rede de serviço de saúde, a saúde dos trabalhadores da APS merece destaque e constante vigilância.

Observou-se com o presente estudo que, no que se refere ao objetivo específico 1, percentual expressivo dos trabalhadores abordados (cerca de um quarto) manifestou a propensão à Síndrome de Burnout, o que é um dado preocupante, tendo em vista os prejuízos acarretados pela doença, entre eles o absentéismo. Além disso, a grande maioria dos pesquisados apresentou elevado nível de *Exaustão Emocional*, sobressaindo-se dentre as outras duas dimensões de Burnout como o indicador mais forte dessa síndrome.

Quanto ao objetivo específico 2, observou-se um índice expressivo de absentéismo em comparação com outros estudos realizados tanto na atenção primária bem como em comparação com hospitais.

No que se refere ao objetivo específico 3 a presente pesquisa também não encontrou relações entre Burnout e as categorias das variáveis sociodemográficas. Porém, constatou-se relação entre essas variáveis e o absentéismo, de maneira que indivíduos que possuem filhos, trabalham há mais de 10 anos na PBH, são efetivos, estão insatisfeitos com a carga horária de trabalho e julgam a estrutura de trabalho inadequada apresentam maior índice de absentéismo.

Detectou-se, além disso, correlação significativa e positiva entre a idade e anos de formação com o índice de absentéismo, ou seja, quanto maior a idade e quanto mais anos de formado, maior tende a ser o absentéismo. Não foi encontrada correlação significativa e positiva entre o indicador *Exaustão* e o índice de *Absenteísmo*, ou seja, quanto maior o nível de *Exaustão Emocional*, maior tende a ser o índice de *Absenteísmo*.

Foi detectada diferença significativa e correlação negativa entre o indicador *Realização Profissional* e o índice de *Absenteísmo*, ou seja, quanto maior a *Realização Profissional* menor tende a ser o índice de *Absenteísmo*.

Finalmente, quanto ao objetivo principal deste trabalho, verificou-se que os respondentes classificados com Burnout apresentaram um maior índice de absentéismo. Foi encontrada diferença significativa, também, quanto ao índice de absentéismo e as categorias do indicador *Realização Profissional*, sendo que, ao realizarem-se as comparações múltiplas, detectou-se diferença significativa entre os indivíduos com baixo e médio nível de *Realização Profissional*, sendo que o índice de absentéismo foi maior para os indivíduos com baixo nível. Foi detectado, também, que respondentes classificados com o Burnout apresentaram um maior índice de absentéismo.

Devido às características particulares da APS no Brasil, é difícil a comparação dos resultados nacionais com resultados internacionais, da mesma forma que com resultados de estudos realizados em outros setores, como, por exemplo, o setor secundário e terciário. Dessa forma, são necessários mais estudos sobre a temática em profissionais da atenção primária. Além disso, estratégias para prevenção do Burnout devem ser estudadas e implementadas a fim de preservar a saúde desses trabalhadores.

Como limitação, aponta-se o número de participantes e o fato de ter sido explorada apenas uma regional. Outra limitação é o fato de não ser possível uma abordagem individual, com um diagnóstico mais qualificado e profundo para os profissionais acometidos pela síndrome, uma vez que os participantes não foram identificados. Para estudos futuros, sugere-se ampliar o horizonte da pesquisa, bem como categorizar os motivos do absenteísmo.



## REFERÊNCIAS

AGRESTI, A.; KATERI, M. **Categorical data analysis**. Berlin/Heidelberg: Springer, 2011.

ANDRADE, T. *et al.* Síndrome de Burnout e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 19, n. 61, p. 231-251, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302012000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302012000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mar. 2016.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BONFIM, D. *et al.* Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 25-34, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000800025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

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

BRASIL. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 13 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, 2007.

CAO, Xiaoyi *et al.* The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, p. E77-E86, Jan. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12292/full>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 499-505, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a17.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2015.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 325-332, set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 2, p. 152-158, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>>. Acesso em: 11 maio 2015.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. dos S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, maio 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500014)>. Acesso em: 16 nov. 2016.

CHAMON, E. M. Q. de O.; MARINHO, R. de C.; OLIVEIRA, A. L. Estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e Síndrome de Burnout: um estudo com a Equipe de Enfermagem de um hospital privado do Estado de São Paulo. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E PESQUISA - EnANPAD, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é Burnout? In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 237-254.

CORRÊA, R. Z. A.; SOUZA, M. S. de; BAPTISTA, M. N. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. **Psicol. Argum.**, v. 31, n. 75, p. 599-606, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.075.DS02>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CORSO, K. B.; SANTOS, D. L. dos; FALLER, L. P. Síndrome de Burnout nas organizações públicas de saúde e os valores organizacionais. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 11, n. 1, p. 88-107, 2012. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/1132>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DAVID, H. M. S. Leal *et al.* Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-14, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

DOEF, M. van der; MBAZZI, F. B.; VERHOEVEN, C. Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 1763-1775, June 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

EFRON, B.; TIBSHIRANI, R. J. **An introduction to the bootstrap**. London: Chapman & Hall, 1993.

EZAIAS, G. Ma. *et al.* Síndrome de Burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 524-529, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a04.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

FERREIRA, L. R. Ca.; MARTINO, M. M. F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 241-248, maio/jun. 2006. Disponível em <[file:///C:/Users/J%C3%BAnior/Downloads/1115-2244-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/J%C3%BAnior/Downloads/1115-2244-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2016.

FONTE, C. M. S. **Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

FORESTO, D. R.; SOUZA, J. L. E. de. Síndrome de Burnout: indicadores em enfermeiros da atenção primária. **Revista Funec Científica** – Multidisciplinar, Santa Fé do Sul (SP), v. 3, n. 5, p. 110-21, jan./dez. 2014. Disponível em: <[http://seer.funecSantaFe.edu.br/index.php?journal=rfc&page=article&op=view&path\[\]=1590&path\[\]=PFD](http://seer.funecSantaFe.edu.br/index.php?journal=rfc&page=article&op=view&path[]=1590&path[]=PFD)>. Acesso em: 26 maio 2016.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, p. 39-50, 1981.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. de. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. Colaboração: Maria Helena de Andrade Magalhaes, Stella Maris Borges. 9. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013.

GEHRING JUNIOR, G. *et al.* Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 401-409, set.

2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOÉS, I. P. dos S. *et al.* Ocorrência da Síndrome de Burnout em enfermeiros das Unidades de Saúde da Família no município de São Sebastião do Paraíso-MG. **Revista Iniciação Científica**, São Sebastião do Paraíso, v. 2, n. 1, p. 65-82, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/LUNA/Downloads/revistalibertas2%20252F2edartigo5.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2016.

GOMES, S. da F. S.; SANTOS, M. M. M. C. C. dos; CAROLINO, E. T. da M. A. Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de Coping em enfermeiros em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 21, n. 6, p. 1282-9, nov./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76051/79740>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. **Advances in International Marketing**, v. 20, n. 1, p. 277-319, 2009.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric statistical methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

HORN, J. L. A rationale for the number of factors in factor analysis. **Psychometrika**, 30, 1965.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. do C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

JOHNS, G. Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being. In: CARTWRIGHT, S. C.; COOPER, C. L. (Eds.). **The Oxford handbook of organizational well being**. London: Oxford University Press, 2009. p. 7-30. Disponível em: <<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199211913.001.0001/oxfordhb-9780199211913-e-002>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

KANAI-PAK, M. *et al.* Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, p. 3324-3329, Dec. 2008. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

KILIMNIK, Z. M. *et al.* Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 12, n. 3, p. 668-693, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/2010>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

KRISTENSEN, T. *et al.* The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, v. 19, n. 3, p. 192-207, 2005.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2016.

LEONELLI, L. B. **Estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 56 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

LIMA, B. F. de. **A relação entre qualidade de vida no trabalho e absenteísmo/presenteísmo**: um estudo de caso com servidores técnicos-administrativos da UFMG. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Fumec, Belo Horizonte, 2015.

LIMA, C. F. *et al.* Avaliação psicométrica do Maslach Burnout Inventory em profissionais de Enfermagem. In: ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÃO DE TRABALHO CEARÁ EM DEBATE, 2., 2009. **Anais...** Curitiba/PB, 2009. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr\\_2009/2009\\_ENGPR156.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2009/2009_ENGPR156.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2016.

LIMA, P. V. P. S. *et al.* O programa dos agentes comunitários de saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará. In: ENCONTRO ECONOMIA DO CEARÁ EM DEBATE, 4., 2008. **Anais...** Fortaleza, 2008. Disponível em: <[http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos\\_2008/26.pdf](http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2016.

LIN, T.-C. *et al.* Work stress, occupational burnout and depression levels: a clinical study of paediatric intensive care unit nurses in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 1120-1130, Apr. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13119/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

LINDQVIST, R. *et al.* Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. **Journal of Nursing Management**, v. 23,

p. 263-274, mar. 2015. Disponível em:  
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12123/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

LORENZ, V. R.; GUIRARDELLO, E. de B. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 22, n. 6, p. 926-933, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000600926&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600926&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

MAROCO, J.; TECEDDEIRO, M. M. Vaz. Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. **Psic., Saúde & Doenças** [online], v. 10, n. 2, p. 227-235, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a06.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2015.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS, L. F. **Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde**. 140 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

MARUYAMA, A.; SUZUKI, E.; TAKAYAMA, Y. Factors affecting burnout in female nurses who have preschool-age children. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 13, p. 123-134, Jan. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jjns.12096/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

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. **Social Psychology Network**. Maintained by Scott Plous, Wesleyan University. 10 jul. 2014. Disponível em: <<http://maslach.socialpsychology.org/>>. Acesso em 13 maio 2015.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. 3. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press, 1996.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, Berkeley, v. 2, n. 2, p. 99-113, Apr. 1981.

MOREIRA, C. A. **Fatores de pressão e Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes nas unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica em Belo Horizonte/Minas Gerais**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Fumec, Belo Horizonte, 2013.

NANTSUPAWAT, A. *et al.* Nurse Burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 48, p. 83-90, Jan. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12187/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

NARUSE, T. *et al.* Relationship between perceived time pressure during visits and burnout among home visiting nurses in Japan. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 9, p. 185-194, Dec. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2011.00201.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

NASCIMENTO, C. C. *et al.* Conhecimento publicado acerca do absenteísmo relacionado à Síndrome de Burnout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 121-134, maio 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/637>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1994.

OHUE, T.; MORIYAMA, M.; NAKAYA, T. Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 8, p. 76-86, Jun. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2010.00161.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

OLIVEIRA, H. C. *et al.* Saúde mental x Síndrome de Burnout: reflexões teóricas. **RAUnP - Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Administração da Universidade Potiguar**, v. 6, n. 2, p. 53-66, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/J%C3%BAnior/Downloads/Oliveira\\_Gurguel\\_Costa\\_Aquar\\_2014\\_Saude-Mental-x-Sindrome-de-Bur\\_32662.pdf](file:///C:/Users/J%C3%BAnior/Downloads/Oliveira_Gurguel_Costa_Aquar_2014_Saude-Mental-x-Sindrome-de-Bur_32662.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2015.

OLIVEIRA, R. K. M. de; COSTA, T. D. da; SANTOS, V. E. P. Síndrome de Burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** [online], 5(1), p. 3168-3175, jan.-mar. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1409/pdf\\_682](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1409/pdf_682)>. Acesso em: 25 maio 2016.

OMS – Organização Mundial de Saúde (Org.). **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças. 8. ed. São Paulo: Edusp, 2000.

PASCHOALIN, H. C. *et al.* Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 21, n. 1, [8 telas], jan.-fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt\\_v21n1a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a14.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PASCHOALIN, H. C.; GRIEP, R. H.; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev. APS**, v. 15, n. 3, p. 306-311, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1660/660>>. Acesso em: 13 maio 2015.

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Estatística Regional Barreiro**. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalbarreiro&tax=7829&lang=pt\\_BR&pg=5500&taxp=0](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=regionalbarreiro&tax=7829&lang=pt_BR&pg=5500&taxp=0)> & Acesso em: 29 maio 2015.

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Saúde: Estrutura. Estrutura da Saúde Municipal de Saúde**. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0)>. Acesso em: 26 mar. 2016.

PEDROSA, I. de C. F. **A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

POGHOSYAN, L. *et al.* Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. **Res. Nurs. Health**, v. 33, p. 288–298, Aug. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20383/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

REZENDE, R.; BORGES, N. M. A.; FROTA, O. P. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Distrito Federal, v. 23, n. 3, p. 243-252, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n3\\_a6\\_sindrome\\_burnout\\_absenteismo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a6_sindrome_burnout_absenteismo.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2015.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 435-40, abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt\\_01\\_04-1169-rlae-0383-2573.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_01_04-1169-rlae-0383-2573.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2016.

ROSSI, S. S.; SANTOS, P. G.; PASSOS, J. P. A Síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1232-1239, out. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950>>. Acesso em: 4 mar. 2015.

RUVIARO, M. de F. S.; BARDAGI, M. P. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p.



194-216, ago./dez. 2010. Disponível em:

<<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1555/1317>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

SCHULZ, M. *et al.* Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 16, p. 225-233, Apr. 2009. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

SCHUSTER, M. da S. *et al.* Identificação dos níveis de Burnout em um hospital público e aplicação da escala MBI-GS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 278-290, 2014a. Disponível em:

<<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2173>>. Acesso em: 26 de mar. 2015.

SCHUSTER, M. da S. *et al.* MBI-GS: aplicação e verificação psicométrica na realidade brasileira. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 2638,

2014b. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/1824>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SCHUSTER, M. da S. *et al.* Validação da escala MBI-GS: uma investigação General Survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores. **Revista de Gestão**, v. 22, n. 3, p. 405-416,

2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/111483>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SCHUSTER, M. da S.; BATTISTELLA, L. Flores. Percepções de saúde e a síndrome de Burnout – aplicabilidade da MBI-GS. **Revista de Carreiras e Pessoas**, v. 5, n. 3, p. 380-391,

2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/22120>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

SILVA, A. M. da. **Aplicação de técnica da mineração de dados na identificação do perfil de empregados absenteístas e presenteístas em uma empresa de courier da cidade de São Paulo**. 131 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2012.

SILVA, L. V.; HONÓRIO, L. C. Síndrome de Burnout no trabalho de professores de escolas públicas de periferia. In: SANT’ANNA, A. de S.; KILIMNIK, Z. M. (Org.). **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos**. Rio de Janeiro: Elsevier; Belo Horizonte:

Fundação Dom Cabral, 2011. Cap. 13, p. 259-278.

SILVA, L. L. *et al.* Síndrome de Burnout: o perigo social das falsas interpretações. In: **TRABALHO, STRESS E SAÚDE: O IMPACTO NOS RESULTADOS DA EMPRESA – DA TEORIA À AÇÃO**, 12., 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ISMA-BR, 2012.

SILVA, S. C. P. S. *et al.* A síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, out. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>>. Acesso em: 26 maio 2016.

SIQUEIRA, G. F. de F. *et al.* Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 72-85, Set. 2013. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Trabalho-do-enfermeiro-na-a-ten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-em-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SOBOLL, L. A. P. A face oculta da Síndrome do Burnout nos profissionais de enfermagem: uma leitura a partir da psicodinâmica do trabalho. In: ENANPAD, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2002. 1 CD-ROM.

SUZUKI, E. *et al.* Assertiveness affecting burnout of novice nurses at university hospitals. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 3, p. 93-105, Dec. 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2006.00058.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

SUZUKI, E. *et al.* Relationship between assertiveness and burnout among nurse managers. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 6, p. 71-81, Dec. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2009.00124.x/full>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

TAMAYO, M. R. **Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Escola de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAVARES, R. da S. C. R.; KAMIMURA, Q. P. Gestão em saúde corporativa: absenteísmo e presenteísmo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE COOPERAÇÃO UNIVERSIDADE-INDÚSTRIA, 4., 2012, Taubaté/SP. **Anais...** Disponível em: <<http://www.unitau.br/unindu/artigos/pdf337.pdf>>. Acesso em: jul. 2015.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 386-400, set. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 dez. 2017.

TENENHAUS, M. *et al.* PLS path modeling. **Computational Statistics & Data Analysis**, 48, p. 159-205, 2005.

THEME FILHA, M. M.; COSTA, M. A. de S.; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 475-483, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000200475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200475&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mar. 2016.

TRIGO, T. R. **Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão**. 69 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-26052011-123120/pt-br.php>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

VICENTE, C. S.; OLIVEIRA, R. A.; MAROCO, J. Análise fatorial do inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 152-167, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2016.

VIEIRA, I. *et al.* Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 352-356, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 maio 2016.

**APÊNDICE A**  
Estudos publicados na base de dados Wiley

<b>Título</b>	<b>Autor/data</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>	<b>País</b>
Assertividade afetando Burnout de enfermeiros novatos de hospitais universitários	SUZUKI <i>et al.</i> , 2006.	Esclarecer a relação entre o nível de assertividade e a incidência de Burnout em enfermeiros novatos em seu primeiro ano em hospitais universitários.	Estudo prospectivo com 1.203 enfermeiros novatos de 20 hospitais universitários no Japão.	20,5% dos enfermeiros novatos experimentaram o cansaço e 7,2% sofreram graves esgotamentos. Ambos os níveis de assertividade (alta e baixa) tenderam a elevadas taxas de incidência de Burnout.	Japão
Ambientes de trabalho pobres e inexperiência de enfermeiros estão associados com o Burnout, insatisfação no trabalho e os déficits de qualidade em hospitais japoneses	KANAI-PAK <i>et al.</i> , 2008.	Descrever o Burnout em enfermeiros, a insatisfação no trabalho e a qualidade de atendimento em hospitais japoneses. Determinar como esses resultados estão associados a fatores do ambiente de trabalho.	Estudo transversal de 5.956 enfermeiros em 302 unidades em 19 hospitais do Japão. Os enfermeiros forneceram informações sobre anos de experiência, completaram o Maslach Burnout Inventory e informaram sobre a adequação de recursos e relações de trabalho com médicos usando o Nursing Work Index-Revised.	56% dos enfermeiros obtiveram alta pontuação para Burnout, 60% estavam insatisfeitos com seus empregos e 59% classificaram a qualidade do cuidado como justo ou pobre. Cerca de um terço tinha menos de quatro anos de experiência e mais de dois terços tinham menos de 10. Apenas um em cada cinco enfermeiros relataram que havia enfermeiros suficientes para prestar cuidados de qualidade e mais da metade relatou que não havia trabalho em equipe entre enfermeiros e médicos.	Japão
Relação entre assertividade e Burnout entre os gerentes de enfermagem	SUZUKI <i>et al.</i> , 2009.	Esclarecer a relação entre assertividade e desgaste entre os gerentes de enfermagem em hospitais universitários.	Questionário autoadministrado para 203 gerentes de enfermagem (de 3 hospitais universitários). A versão japonesa do Rathus Assertiveness Schedule (J-RAS) e a versão japonesa do Maslach Burnout Inventory (MBI) foram usadas como escalas. Burnout foi operacionalmente definido como uma pontuação total MBI no mais alto tercil.	Respostas válidas foram obtidas de 172 gerentes de enfermagem. A pontuação média J-RAS do grupo de Burnout (-14,3) foi significativamente menor do que a do grupo de não esgotamento (-3,3). Respostas sobre a experiência de trabalho e idade não apresentaram diferenças significativas no grupo. Pontuação total MBI foi inversamente correlacionada com a pontuação J-RAS ( $R = -0.30$ , $P < 0,01$ ). Várias análises de regressão logística indicaram uma diminuição no risco de esgotamento de 26% (0,74 vezes) para cada aumento de 10 pontos no score J-RAS e em 60% (0,40 vezes) para uma maior satisfação com a prestação de cuidados próprios.	Japão

<p>Desequilíbrio esforço-recompensa e Burnout entre enfermeiros alemães de hospital clínico em comparação com hospitais psiquiátricos</p>	<p>SCHULZ <i>et al.</i>, 2009.</p>	<p>Investigar se os esforços e recompensas dos enfermeiros, bem como o desequilíbrio esforço-recompensa (ERI) e Burnout, diferem entre os indivíduos que trabalham em hospitais clínicos <i>versus</i> hospitais psiquiátricos e entre enfermeiros sob educação. Além disso, foi avaliada a relação entre ERI e Burnout.</p>	<p>Uma amostra de 389 enfermeiros (78,8% do sexo feminino) em quatro hospitais alemães foi investigada. Um total de 147 enfermeiros trabalhavam em hospitais psiquiátricos e 236 enfermeiros trabalhavam em hospitais clínicos. Cinquenta participantes ainda estavam em educação. O inventário de desequilíbrio de esforço-recompensa mensura o esforço, a recompensa e o excesso de compromisso com o trabalho e fornece uma pontuação de desequilíbrio entre esforço e recompensa. O Maslach Burnout Inventory com as subescalas, exaustão emocional, a falta de realização e despersonalização, também foi utilizado.</p>	<p>Enfermeiros que trabalham em hospitais clínicos relataram mais cansaço e tiveram pontuações mais altas de ERI. Constatou-se que os enfermeiros em formação mostram taxas de Burnout mais baixas do que os enfermeiros qualificados. A amostra do estudo relatou uma alta relevância do contexto de trabalho sobre sintomas de Burnout. Além disso, foi investigada a associação entre Burnout e ERI. A análise de regressão múltipla mostrou que toda a escala de ERI são preditores significativos para exaustão emocional, enquanto a idade, campo do trabalho e situação educacional prever esforço adicional ou desequilíbrio esforço-recompensa, respectivamente. Situação de trabalho dos enfermeiros em diferentes contextos parece ser caracterizada por desequilíbrio de esforço e recompensa e está associado a um alto risco de desenvolver sintomas de Burnout.</p>	<p>Alemanha</p>
<p>Burnout em enfermeiros e qualidade do cuidado: investigação transnacional em seis países</p>	<p>POGHOSYAN <i>et al.</i>, 2010.</p>	<p>Explorar a relação entre o Burnout em enfermeiros e avaliações de qualidade de atendimento em 53.846 enfermeiros de seis países.</p>	<p>Foram utilizados dados da International Hospital Outcomes Study; os dados foram coletados no período de 1998 a 2005. O Inventário de Burnout de Maslach e um único item que reflete a qualidade de atendimento de enfermagem foram utilizados em modelos de regressão logística múltipla para investigar a associação entre Burnout na enfermagem e a qualidade dos cuidados.</p>	<p>Em todos os países, os níveis mais altos de Burnout foram associados com classificações mais baixas da qualidade dos cuidados independentemente da classificação dos enfermeiros nos ambientes de prática. Esses achados sugerem que a redução do Burnout na enfermagem pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade de atendimento dos enfermeiros nos hospitais.</p>	<p>EUA, Canadá, Reino Unido (Escócia e Inglaterra) e Alemanha (Aiken, Clarke e Sloane), Nova Zelândia (Finlayson, Aiken e Nakarada-Kordic) e Japão (Kanai-Pak, Aiken, Sloane e Poghosyan)</p>

<p>Exame de um modelo cognitivo de stress, esgotamento e intenção de renunciar em enfermeiros japoneses</p>	<p>OHUE; MORIYAMA; NAKAYA, 2011.</p>	<p>Estabelecer um modelo cognitivo de stress, esgotamento e intenção de renunciar para enfermeiros.</p>	<p>Um questionário foi aplicado a 336 enfermeiros que tinham trabalhado <math>\leq</math> 5 anos em um hospital com vários departamentos. A pesquisa incluiu uma avaliação do Burnout (Maslach Burnout Inventory), estresse (Enfermagem Job Stressor Scale), pensamentos automáticos (pensamentos automáticos Questionnaire-Revised) e crenças irracionais (teste crença irracional japonês), para além da intenção de renunciar.</p>	<p>Os estressores que afetaram Burnout em enfermeiros incluíram: conflito com outro profissional de enfermagem, enfermagem com conflito de papéis, a carga de trabalho (qualitativa e quantitativa), e os conflitos com os pacientes. As crenças irracionais que foram relacionadas ao Burnout, incluíram: dependência, problema evasão e desamparo. O modelo final mostrou um processo de “estressor <math>\rightarrow</math> crenças irracionais <math>\rightarrow</math> pensamentos automáticos negativos/pensamentos automáticos positivos <math>\rightarrow</math> neutralização”. Além disso, foi mostrada uma relação entre o Burnout e uma intenção de renunciar.</p>	<p>Japão</p>
<p>Condições de trabalho, satisfação no trabalho, queixas somáticas e Burnout entre enfermeiros da África Oriental</p>	<p>DOEF; MBAZZI; VERHOEVEN, 2012.</p>	<p>Descrever as condições de trabalho, satisfação no trabalho, queixas somáticas e neutralização de mulheres enfermeiras do Leste Africano que trabalham em hospitais públicos e privados e determinar como esses resultados de bem-estar estão associados às condições de trabalho.</p>	<p>Estudo transversal de 309 enfermeiras em hospitais públicos e privados no Quênia, Tanzânia e Uganda. Os enfermeiros completaram uma pesquisa avaliando as condições de trabalho e a satisfação no trabalho (Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho de Leiden - versão do enfermeiro), queixas somáticas (subescala da Lista de Verificação de Sintomas) e esgotamento (Inventário de Burnout de Maslach).</p>	<p>As enfermeiras da África Oriental mostram níveis elevados de queixas somáticas e, quase um terço da amostra seria rotulado como “queimado”. Burnout está associada principalmente à alta carga de trabalho e inadequado fornecimento de informações, enquanto queixas somáticas estão associadas com as condições físicas de trabalho mais exigentes.</p>	<p>Quênia, Tanzânia e Uganda</p>

<p>Relação entre a pressão do tempo percebida durante visitas e Burnout entre enfermeiros de <i>home care</i> no Japão</p>	<p>NARUSE <i>et al.</i>, 2012.</p>	<p>Investigar a percepção de pressão de tempo e revelar a relação entre a pressão do tempo percebido e Burnout entre visitas domiciliares de enfermeiros.</p>	<p>A partir de 32 agências em três distritos, 28 concordaram em participar neste estudo. Duzentos e oito enfermeiros de <i>home care</i> receberam um questionário autoadministrado anônimo por correio, e 177 (85,1%) preencheram e devolveram o questionário aos investigadores. Foram utilizados 3 instrumentos de estudo: perguntas sobre variáveis sociodemográficas e ambientes do local de trabalho, incluindo a pressão do tempo; o inventário japonês de Burnout; e uma versão em japonês do questionário conteúdo do trabalho.</p>	<p>Cerca de 30% de enfermeiros de <i>home care</i> perceberam frequentemente a pressão de tempo. Quando enfermeiros percebem a pressão do tempo com mais frequência, eles experimentaram maior exaustão emocional e despersonalização.</p>	<p>Japão</p>
<p>Características estruturais dos hospitais e qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro, ambiente de trabalho, Burnout e intenções de saída</p>	<p>LINDQVIST <i>et al.</i>, 2015.</p>	<p>Investigar se as características hospitalares não facilmente suscetíveis a mudanças (ou seja, o tamanho do hospital, o status e a localização geográfica) estão associadas a resultados de enfermagem autorrelatados específicos.</p>	<p>Os dados foram obtidos a partir de questionários sobre avaliação do ambiente de trabalho e satisfação, intenção de sair, qualidade de atendimento e Burnout medidos pelo (Maslach Burnout Inventory), a partir de uma amostra populacional de 11.000 enfermeiros na Suécia.</p>	<p>Enfermeiros em pequenos hospitais eram ligeiramente mais propensos a classificar o seu ambiente de trabalho e qualidade de cuidados de enfermagem melhor do que outros. Por exemplo, 23% do pessoal em pequenos hospitais eram muito satisfeitos com o ambiente de trabalho em comparação com 20% em hospitais de médio porte e 21% em grandes hospitais. Enfermeiros registrados em áreas urbanas, que pretendiam abandonar o emprego, eram mais propensos a procurar trabalho em outro hospital (38% <i>versus</i> 32%).</p>	<p>Suécia</p>

O efeito de suporte organizacional percebido sobre Burnout entre enfermeiros de saúde comunitária na China: o papel mediador do autoconceito profissional	CAO <i>et al.</i> , 2016.	Examinar o efeito mediador do autoconceito profissional sobre a associação entre o suporte organizacional percebido e desgaste entre os enfermeiros de saúde da comunidade em Chengdu, China.	Estudo transversal, com 551 enfermeiros de saúde comunitária em Chengdu, China, que inclui um método de amostragem de duas fases. Modelagem de equações estruturais foi utilizada para examinar as relações entre o suporte organizacional percebido, autoconceito profissional e Burnout.	A amostra final incluiu 456 enfermeiros (82,7%). O suporte organizacional percebido foi um importante preditor direto positivo para o autoconceito profissional e um preditor direto negativo significativo para o Burnout. Autoconceito profissional foi um contribuinte negativo significativo para Burnout. O autoconceito profissional teve um efeito mediador sobre a relação entre o apoio organizacional percebido e o Burnout.	China
Estresse no trabalho, os níveis de Burnout e depressão no trabalho: estudo clínico de enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátrica em Taiwan	LIN <i>et al.</i> , 2016.	Analisar a relação entre estresse no trabalho e depressão; e investigar o efeito mediador de Burnout no trabalho entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátrica.	Um design correlacional de corte transversal foi realizado. 144 enfermeiras de UTI pediátrica de 7 hospitais de ensino no sul de Taiwan foram recrutadas como participantes. Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados, incluindo dados demográficos individuais, Lista de Verificação de Stress de Enfermagem, Inventário de Burnout Ocupacional e o Questionário de Depressão de Taiwan.	Os resultados indicaram que, após o controle de variáveis demográficas individuais, as correlações de estresse no trabalho com o Burnout no trabalho bem como o estresse no trabalho e Burnout no trabalho com nível de depressão foram todos positivos. Além disso, o Burnout no trabalho pode exercer um efeito de mediação parcial sobre a relação entre estresse no trabalho e nível de depressão.	China
Burnout em enfermeiros, qualidade dos cuidados relatados por enfermeiros e resultados de paciente em hospitais tailandeses	NANTSU-PAWAT <i>et al.</i> (2016)	Investigar o efeito do Burnout de enfermeiros sobre a qualidade de atendimento relatada por enfermeiros e os eventos e resultados adversos dos pacientes nos hospitais tailandeses.	Análise transversal de dados de 2.084 enfermeiros que trabalham em 94 hospitais comunitários em toda a Tailândia. Os dados foram coletados através de questionário de pesquisa, incluindo o Maslach Burnout Inventory (MBI), que medidas de qualidade dos cuidados eram percebidas pelos enfermeiros e os resultados dos pacientes. Utilizado o modelo de regressão logística múltipla para explorar as associações entre Burnout em enfermeiros na qualidade do atendimento e os resultados dos pacientes.	32% dos enfermeiros relataram alta exaustão emocional, 18% de alta despersonalização e 35% de baixa realização pessoal. Além disso, 16% dos enfermeiros classificaram a qualidade de atendimento em sua unidade de trabalho como razoável ou fraco, 5% relataram quedas de pacientes, 11% relataram erros de medicação e 14% relataram infecções. Todas as três subescalas do MBI foram associadas com o aumento da notificação de qualidade de atendimento justo ou ruim, quedas do paciente, erros de medicação e infecções. Cada unidade de aumento da pontuação de exaustão emocional foi associada a um aumento de 2,63 vezes no relato de qualidade de atendimento justa ou ruim, um aumento de 30% nas quedas de pacientes, um aumento de 47% nos erros de medicação e um aumento de 32% na infecção.	Tailândia



Fatores que afetam Burnout em enfermeiras que têm crianças em idade pré-escolar	MARUYAMA; SUZUKI; TAKAYAMA, 2016.	Esclarecer os fatores que afetam o Burnout em enfermeiras que têm crianças em idade pré-escolar.	Estudo prospectivo de coorte. Os sujeitos foram 2.151 enfermeiras que têm crianças em idade pré-escolar. Os questionários foram preenchidos por 1.644 enfermeiras com crianças idade pré-escolar em outubro de 2010, e eles foram divididos em um grupo para observar a incidência de Burnout, que foi investigada em outubro de 2011.	De 523 enfermeiras, 117 (22,4%) tinham experimentado Burnout. A análise de regressão logística múltipla produziu os seguintes resultados: 1. entre os fatores pessoais, anos de experiência no presente trabalho, continuar a trabalhar, resposta ao mau comportamento da criança e assertividade foram determinados para estar influenciando ou fatores preditivos em Burnout entre enfermeiros do sexo feminino com crianças idade pré-escolar; 2. entre os fatores ambientais, o trabalho extra foi determinado a ser um influenciante fator de desgaste; 3. comportamento de enfrentamento não estava determinado a ser um fator de desgaste entre os enfermeiros do sexo feminino com crianças idade pré-escolar.	Japão
---	-----------------------------------	--	--	---	-------

Fonte: Elaborado pela autora.

## APÊNDICE B

### Estudos publicados na base de dados Spell

<b>Título</b>	<b>Autor/data</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Síndrome de Burnout e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados	ANDRADE <i>et al.</i> , 2012.	Investigar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a influência do suporte social na incidência da Síndrome de Burnout.	Survey junto a 231 colaboradores de quatro hospitais públicos e privados do Rio Grande do Sul.	Os resultados revelam que tais profissionais apresentam grau moderado da síndrome, sendo que os entrevistados dos hospitais públicos evidenciaram maiores índices da doença e, conseqüentemente, menor suporte social no trabalho, quando comparados aos indivíduos dos hospitais privados.
Síndrome de Burnout nas organizações públicas de saúde e os valores organizacionais	CORSO; FALLER; SANTOS, 2012.	Verificar a relação existente entre a ocorrência da Síndrome de Burnout e os valores organizacionais nas equipes de enfermagem dos pronto atendimentos públicos de saúde.	35 profissionais de enfermagem, aos quais foram aplicados dois questionários: o Maslach Burnout Inventory (MBI), de Robayo-Tamayo (1997), e o Inventário de Valores Organizacionais (IVO), de Tamayo, Mendes e Paz (2000).	Os profissionais de saúde estudados predominantemente percebidos apresentaram índice moderado para a Síndrome de Burnout, e o perfil dos entrevistados não apresentou interferência na sua incidência. Verificou-se que valores organizacionais pelos profissionais estudados foram o conservadorismo e hierarquia, que reforçam características das organizações públicas apontadas pela literatura. Dois valores organizacionais apresentaram relação inversamente proporcional à ocorrência da Síndrome de Burnout: harmonia e domínio.
Identificação dos níveis de Burnout em um hospital público e aplicação da escala MBI-GS1	SCHUSTER <i>et al.</i> , 2014a.	Mensurar os níveis de Burnout para os profissionais de diversos cargos	Pesquisa quantitativa, com uso da coleta de dados com instrumento estruturado, a escala MBI-GS. Foram coletadas 173 respostas e realizados limpezas da escala e verificação da fatorabilidade, testes de confiabilidade, testes de hipótese.	Como resultados, identificou-se adequação da escala e boa fatorabilidade, a confiabilidade da MBI-GS foi ótima, com um Alfa de Cronbach de 0,87. Verificaram-se níveis moderados de Burnout (1,52) para os fatores Exaustão Emocional (2,50) e Cinismo (1,05) e nível alto para Eficácia no Trabalho (5,0). Quanto aos testes de hipóteses, foi confirmado que a síndrome de Burnout se desenvolve independente de qual cargo ou área a pessoa trabalha, também foi reforçado que as mulheres estão mais predispostas a apresentarem níveis mais altos de Burnout que os homens.
Saúde mental x síndrome de Burnout: reflexões teóricas	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2014.	Refletir teoricamente a relação existente entre saúde mental e a Síndrome de Burnout.	Revisão bibliográfica.	Para as organizações, o adoecer na labuta implica o aumento de custos, diminuição da produtividade e dano na competitividade empresarial. A sociedade, por sua vez, representa perdas na qualidade das relações interpessoais e aumento nos custos previdenciários referentes à saúde-doença mental de trabalhadores.

Validação da escala MBI-GS: uma investigação General Survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores	SCHUSTER <i>et al.</i> , 2015.	Aplicação e validação da escala MBI-GS (Maslach Burnout Inventory) e de suas três dimensões (exaustão, cinismo e eficácia no trabalho) em um hospital público brasileiro, tendo como público-alvo os colaboradores da área médica e administrativa, o que justifica o uso da versão General Survey.	A amostra considerada para efeito das análises realizadas foi de 173 respondentes. Os dados foram submetidos a técnicas de análise multivariada de dados, que incluem modelagem de equações estruturais e teste de hipóteses.	Os resultados indicam a aplicabilidade da escala, assim como sua validação. O alcance dos índices ideais para validação da escala foi obtido com a exclusão de duas variáveis, assim a escala ficou com 14 variáveis e três fatores. A MBI-GS apresentou uma confiabilidade ótima (0,87). A relação entre a Síndrome de Burnout e a percepção de saúde foi confirmada, sendo direta e inversamente proporcional à exaustão emocional, indireta e inversamente ao cinismo e indiretamente à eficácia no trabalho.
Percepções de saúde e a síndrome de Burnout – aplicabilidade da MBI-GS	SCHUSTER; BATTISTELLA, 2015.	Verificar a aplicabilidade da MBI-GS e analisar a existência da relação entre a percepção de saúde dos colaboradores e a síndrome de Burnout.	Pesquisa descritiva de natureza quantitativa, em uma Universidade Pública Federal, com um quadro de 3.334 servidores vinculados aos centros de ensino e a reitoria.	A MBI-GS demonstrou-se aplicável, os níveis de Burnout encontrados foram moderados, porém apresentando colaboradores nos três níveis de Burnout, alertando para a necessidade de uma intervenção por parte da instituição para prevenir os desencadeadores dessa síndrome.
MBI-GS: aplicação e verificação psicométrica na realidade brasileira	SCHUSTER <i>et al.</i> , 2014b.	Verificar a aplicação da escala MBI-GS e suas três dimensões (exaustão, cinismo e eficácia no trabalho) em um hospital público brasileiro, com uma população de servidores da área médica e administrativa, caracterizando assim o uso da versão General Survey.	Aplicação de questionário estruturado. Os dados foram submetidos a análises quantitativas (análise fatorial exploratória, confiabilidade, teste de correlação e regressão).	Os resultados apontam para a aplicabilidade da escala, após procedimentos fatoriais. A escala ficou com 15 variáveis, permanecendo com três fatores e apresentando uma confiabilidade de 0,87. A Síndrome de Burnout correlacionou-se à percepção de saúde dos trabalhadores, confirmando relação causal na saúde dos trabalhadores.

Fonte: Elaborado pela autora.

## APÊNDICE C

### Instrumento de pesquisa – Parte 1 – Dados demográficos

Esta é uma pesquisa realizada pelo Programa de Mestrado em Administração da Universidade FUMEC em Belo Horizonte (MG). Este questionário será respondido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde da PBH. Portanto, os resultados serão analisados estatisticamente, somente pela pesquisadora, como objetivos científicos. A sua participação é valiosa para a pesquisa e, desde já, expresso minha gratidão por sua gentileza em colaborar.

<b>Q1.</b> Sexo: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino	<b>Q2.</b> Qual a sua idade?
<b>Q3.</b> Qual seu estado civil atual? 1. ( ) Casado(a) 2. ( ) Solteiro(a) 3. ( ) União estável 4. ( ) Divorciado(a) 5. ( ) Viúvo(a)	<b>Q4.</b> Possui filhos? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
<b>Q5.</b> Há quantos anos se formou em Enfermagem?	<b>Q6.</b> Qual o seu nível de formação? 1. ( ) Auxiliar de enfermagem 2. ( ) Técnico em enfermagem 3. ( ) Graduação 4. ( ) Pós-graduação <i>lato sensu</i> incompleta 5. ( ) Pós-graduação <i>lato sensu</i> completa 6. ( ) Mestrado incompleto 7. ( ) Mestrado completo 8. ( ) Doutorado
<b>Q7.</b> Qual o seu cargo atual na PBH? 1. ( ) Enfermeiro 2. ( ) Técnico de enfermagem 3. ( ) Auxiliar de enfermagem	<b>Q8.</b> Há quanto tempo trabalha na PBH? 1. ( ) Inferior a 5 anos 2. ( ) 5 a 10 anos 3. ( ) 10 a 15 anos 4. ( ) 15 a 20 anos 5. ( ) Superior há 20 anos
<b>Q9.</b> Vínculo empregatício com a PBH 1. ( ) Efetivo 2. ( ) Contratado	<b>Q10.</b> Possui outro vínculo de trabalho? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  Se sim, quantos? _____
<b>Q11.</b> Você considera sua remuneração satisfatória? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	<b>Q12.</b> Você está satisfeita com a carga horária de trabalho no PSF? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
<b>Q13.</b> A sua equipe está completa? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	<b>Q14.</b> Qual o número de usuários cadastrados na sua ESF?
<b>Q15.</b> Você julga a estrutura física da sua UBS adequada? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não	<b>Q16.</b> Você julga que a UBS possui os recursos adequados para que você execute suas tarefas? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não
<b>Q17.</b> Na sua percepção, a população aciona mais a UBS em caráter: 1. ( ) Preventivo e de promoção à saúde 2. ( ) Curativo/resolução de problemas já detectados	

## APÊNDICE D

### Glossário

**Valor-p:** É uma estatística utilizada para sintetizar o resultado de um teste de hipóteses.

Formalmente, o p-valor é definido como a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, assumindo como verdadeira a hipótese nula. Como geralmente define-se o nível de significância em 5%, uma p-valor menor que 0,05, gera evidências para rejeição da hipótese nula do teste.

**D.P. – Desvio Padrão:** É uma das principais medidas de dispersão dos dados. Pode ser definida como a raiz quadrada da variância. Sua medida representa o quanto os dados se afastam da média.

**E.P. – Erro Padrão:** O erro padrão é uma medida da precisão da média amostral. O erro padrão é obtido dividindo o desvio padrão pela raiz quadrada do tamanho da amostra.

**1ª Q – 1ª Quartil:** O primeiro quartil é uma medida de posição que representa que pelo menos 25% das respostas são menores que ele.

**2ª Q – 2ª Quartil:** O segundo quartil, também conhecido como mediana é uma medida de posição que representa que pelo menos 50% das respostas são menores que ele.

**3ª Q – 3ª Quartil:** O terceiro quartil é uma medida de posição que representa que pelo menos 75% das respostas são menores que ele.

**VME – Variância Média Extraída:** Indica o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus indicadores. A VME superior a 0,50 ou 0,40 (pesquisas exploratórias) é critério para alcançar validação convergente.

**AC – Alfa de Cronbach:** Indicador que representa a proporção da variância total da escala que é atribuída ao verdadeiro escore do construto latente que está sendo mensurado. O AC deve ser maior que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, em pesquisas exploratórias valores acima de 0,60 também são aceitos.

**CC – Confiabilidade Composta:** É a medida do grau em que um conjunto itens de um constructo é internamente consistente em suas mensurações. O CC deve ser maior que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, em pesquisas exploratórias valores acima de 0,60 também são aceitos.

**Dim. – Dimensionalidade:** Uma suposição inerente e exigência essencial para a criação de uma escala múltipla é que os itens sejam unidimensionais, significando que eles estão fortemente associados um com o outro e representam um único conceito.

**I.C. 95% – Intervalo de 95% de confiança:** É um intervalo estimado para um parâmetro estatístico. Em vez de estimar o parâmetro por um único valor, é dado um intervalo de estimativas prováveis. Um intervalo de 95% de confiança garante que o parâmetro pontual estimado com 95% de confiança estará dentro do intervalo estimado em outras amostras da mesma população.

## APÊNDICE E

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Ana Carolina B. Ferreira Nasser, responsável pela pesquisa **Síndrome de Burnout e absenteísmo: um estudo na Equipe de Enfermagem do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte/Minas Gerais**, estou fazendo um convite para você participar como voluntário desta pesquisa.

Esta pesquisa pretende identificar a tendência da Síndrome de Burnout na Equipe de Enfermagem atuante no Programa de Saúde da Família e sua relação com o absenteísmo, bem como avaliar se a Síndrome de Burnout e o absenteísmo associam-se a variáveis demográficas. Acreditamos que ela seja importante, pois a Síndrome de Burnout pode causar impactos diretos na saúde do trabalhador, na performance e na gestão da instituição, além de aumentar o índice de absenteísmo. A prevenção do Burnout é importante, assim como a realização de estudos sobre o tema, considerando as consequências negativas que pode acarretar não só para os pacientes, mas também para o próprio profissional e para a instituição. Para sua realização, será feito o seguinte: coleta de dados por meio de questionários entregues pessoalmente para cada profissional e levantamento dos índices de absenteísmo dos participantes do estudo. Sua participação constará de preencher o questionário composto de dados funcionais e demográficos e o questionário contendo as perguntas do Maslach Burnout Inventory (MBI).

Os procedimentos desta pesquisa envolvem riscos mínimos aos participantes. Os benefícios que esperamos com o estudo são: refletir, aprimorar e reforçar a proposta de vigilância à saúde dos profissionais da ESF, a considerar os resultados obtidos neste território.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

**Autorização:**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Belo Horizonte, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Ana Carolina Barbosa Ferreira Nasser

**Dados da pesquisadora:**

Ana Carolina Barbosa Ferreira

R. Padre Bartolomeu de Gusmão, nº 16

(031) 984268760 - [anacarolenfermagem@yahoo.com.br](mailto:anacarolenfermagem@yahoo.com.br)

**Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa.**

Universidade FUMEC – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Av. Afonso Pena, nº 3.880 – Cruzeiro, Belo Horizonte/MG

(031) 3269-5263 [cep@fumec.br](mailto:cep@fumec.br)

**Dados do CEP da Instituição Coparticipante.**

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

R. Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 – Padre Eustáquio – Belo Horizonte-MG

CEP: 30.720-000

Telefone: (031) 3277-5309.



**ANEXO A**  
Mapa da regional Barreiro



Fonte: PBH/GEREI, 2012.

**ANEXO B**  
Instrumento de pesquisa – Parte 2 – Maslach Burnout Inventory

**Questionário de Maslach Burnout Inventory - MBI (1997) traduzido e adaptado para o português por Tamayo (1997)**

**Orientações para o preenchimento da escala:** Encontram-se abaixo relacionadas 22 situações de trabalho. De acordo com uma escala de 0 a 6, assinale, dentre as alternativas propostas, aquela que melhor indica com que frequência experimenta o conteúdo sugerido pelo item, onde: **(0)** Nunca; **(1)** poucas vezes por ano; **(2)** uma vez por mês; **(3)** poucas vezes por mês; **(4)** uma vez por semana; **(5)** poucas vezes por semana; **(6)** Todos os dias.

1 - Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2 - Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3 - Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4 - Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5 - Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6 - Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7 - Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8 - Sinto que meu trabalho está me desgastando.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9 - Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10 - Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que eu comecei este trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11 - Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12 - Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13 - Sinto-me frustrado com o meu trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14 - Sinto que estou trabalhando demais.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15 - Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16 - Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17 - Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18 - Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19 - Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20 - Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21 - No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22 - Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por algum de seus problemas.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

## ANEXO C

### Carta de anuência



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado **SÍNDROME DE BURNOUT E ABSENTEÍSMO**: uma análise na equipe de Enfermagem do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte / Minas Gerais, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Barbosa Ferreira Nasser, CPF 074.985.046-93, cujo objetivo é identificar a tendência da Síndrome de Burnout entre a equipe de enfermagem atuante no programa de saúde da família e sua relação com o absenteísmo e autorizamos que este estudo seja executado no Distrito Barreiro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como co-participante da pesquisa.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

A SMSA poderá solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e deverá ser fornecida à GGTE uma cópia do relatório final do projeto para estudo e análise interna da gestão de pessoas.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Belo Horizonte, 12 de Agosto de 2016

Maria Inez Ribeiro Oliveira - BM 39.533-5  
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde  
Gerência de 1º Nível  
Secretaria Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
Maria Inez Ribeiro Oliveira  
Gerência de Gestão do Trabalho  
e Educação em Saúde

\_\_\_\_\_  
Denise Vianna Amador  
Gerência do Centro de Educação em Saúde

**ANEXO D****Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** SÍNDROME DE BURNOUT E ABSENTEÍSMO: um estudo na equipe de Enfermagem do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte / Minas Gerais

**Pesquisador:** ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 58900116.5.0000.5155

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO MINEIRA DE EDUCAÇÃO E CULTURA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.725.813

**Apresentação do Projeto:**

As constantes transformações do mercado contemporâneo impactam diretamente as relações de trabalho. Com o intuito de garantir o emprego, trabalhadores submetem-se as exigências das instituições, criando um conflito entre submissão às regras do mercado de trabalho e o atendimento de suas próprias necessidades. Esse conflito, associado às condições ambientais, políticas e gerenciais de trabalho, pode gerar desequilíbrio na saúde e no bem-estar do profissional e provocar prejuízos pessoais (físicos e psíquicos), sociais e econômicos. Uma consequência desses problemas sobre a saúde do trabalhador é o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, que é considerada

como um estado de exaustão profissional, gerada pelo contato direto, excessivo e estressante no ambiente de trabalho. Essa síndrome acarreta muitos impactos para a saúde do profissional, bem como

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 3880 - 4º andar

**Bairro:** Cruzeiro

**CEP:** 30.130-009

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3269-5263

**Fax:** (31)3269-5206

**E-mail:** cep@fumec.br



UNIVERSIDADE FUMEC/MG



Continuação do Parecer: 1.725.813

impactos

para o empregador, como por exemplo: o absenteísmo. Desta forma, este estudo tem por objetivo, analisar a relação entre a Síndrome de Burnout e o absenteísmo na equipe de enfermagem atuante no programa de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, viabilizada por meio de aplicação de questionário de autopreenchimento. A coleta de dados será realizada por meio de questionários entregues pessoalmente para cada profissional, dividido em duas partes. A primeira, composta de dados funcionais e demográficos. A segunda, será o questionário contendo as perguntas do Maslach Burnout Inventory (MBI) com o objetivo de avaliar a propensão para o desenvolvimento da Síndrome. Em seguida, será feito o levantamento, por meio de registros de folha de ponto, dos índices de absenteísmos dos funcionários participantes do estudo. Os preceitos da resolução 196/96 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde humanos (BRASIL, 1996), aplicáveis ao estudo serão integralmente respeitados.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Principal:** Identificar a tendência da Síndrome de Burnout entre a equipe de enfermagem atuante no programa de saúde da família e sua relação com o absenteísmo.

**Objetivos Secundários:**

Identificar a propensão à Síndrome de Burnout da equipe de enfermagem atuante no programa de saúde da família; Identificar a incidência do absenteísmo da equipe de enfermagem atuante no programa de saúde da família; Analisar em qual categoria (nível superior ou técnico) a síndrome de Burnout é mais acentuada, caso esteja presente;

Relacionar a propensão ao Burnout e o absenteísmo com dados demográficos e funcionais.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Cabe ressaltar que, os procedimentos desta pesquisa não envolve riscos importantes aos participantes. O risco pode ser considerado mínimo (constrangimento ao responder o questionário, ou vazamento das informações com retaliações pela instituição, por exemplo). Não está previsto benefício direto ou imediato aos participantes. Entretanto, na conclusão desta pesquisa, será produzido um relatório final, com aspectos globais da pesquisa, sem nenhuma identificação de participantes, que será apresentado para os gestores e disponível para todos os interessados, bem

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 3880 - 4º andar

**Bairro:** Cruzeiro

**CEP:** 30.130-009

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3269-5263

**Fax:** (31)3269-5206

**E-mail:** cep@fumec.br



UNIVERSIDADE FUMEC/MG



Continuação do Parecer: 1.725.813

como, poderá ser empregado para apresentação em encontros científicos, publicação em revistas especializadas, na perspectiva de refletir, aprimorar e reforçar a proposta de vigilância à saúde dos profissionais da ESF, a considerar os resultados obtidos neste território

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa foi considerada altamente relevante e contributiva.

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

Foram apresentados os documentos necessários e suficientes. O TCLE foi feito segundo as recomendações da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais

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

O adendo foi necessário para a inclusão da Prefeitura de Belo Horizonte, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, como coparticipante da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_792547 E1.pdf	13/09/2016 13:41:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/09/2016 12:06:55	ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER	Aceito
Outros	UrgenteCEPSMSA.docx	12/09/2016 17:14:14	ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	29/08/2016 10:32:01	ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoFumec.pdf	29/08/2016 10:24:58	ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER	Aceito
Outros	Questionario.pdf	17/08/2016 17:07:45	ANA CAROLINA BARBOSA	Aceito

Endereço: Av. Afonso Pena, 3880 - 4º andar  
 Bairro: Cruzeiro CEP: 30.130-009  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3269-5263 Fax: (31)3269-5206 E-mail: cep@fumec.br



Continuação do Parecer: 1.725.813

Outros	Questionario.pdf	17/08/2016 17:07:45	NASSER	Aceito
Orçamento	Declaracao.pdf	17/08/2016 17:06:45	ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER	Aceito
Outros	Carta.pdf	17/08/2016 17:03:42	ANA CAROLINA BARBOSA FERREIRA NASSER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Carlos Tavares**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Afonso Pena, 3880 - 4º andar  
**Bairro:** Cruzeiro **CEP:** 30.130-009  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3269-5263 **Fax:** (31)3269-5206 **E-mail:** cep@fumec.br