



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UBPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
NÍVEL MESTRADO

JOCERLANIA MARIA DIAS DE MORAIS

**Síndrome de burnout: estudo com enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de
Urgência**

João Pessoa – PB
2018

JOCERLANIA MARIA DIAS DE MORAIS

**Síndrome de burnout: estudo com enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de
Urgência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista

João Pessoa – PB
2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M827s Moraes, Jocerlania Maria Dias.

Síndrome de burnout: estudo com enfermeiros de um
Serviço de atendimento Móvel de Urgência / Jocerlania
Maria Dias Moraes. - João Pessoa, 2018.
63 f. : il.

Orientação: Jaqueline Brito Vidal Batista Batista.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Esgotamento profissional. 2. Urgência. 3. e
emergência. I. Batista, Jaqueline Brito Vidal Batista.
II. Título.

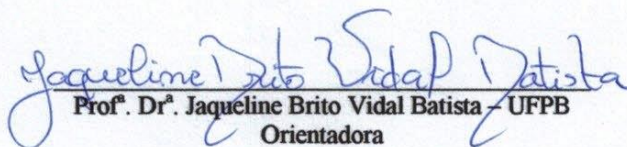
UFPB/BC

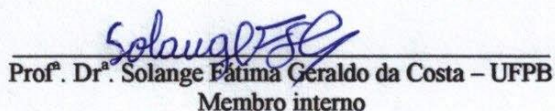
JOCERLANIA MARIA DIAS DE MORAIS

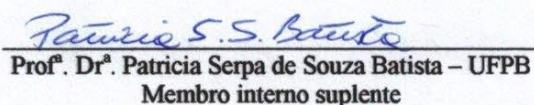
Síndrome de *burnout*: estudo com esfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

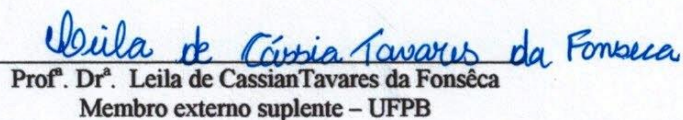
Dissertação apresentada e submetida à avaliação da banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

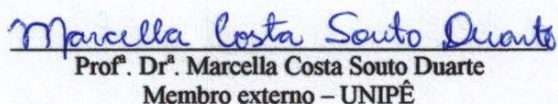
Aprovada em: 27 / 04 / 2018


Prof.^a. Dr.^a. Jaqueline Brito Vidal Batista – UFPB
Orientadora


Prof.^a. Dr.^a. Solange Fátima Geraldo da Costa – UFPB
Membro interno


Prof.^a. Dr.^a. Patricia Serpa de Souza Batista – UFPB
Membro interno suplente


Prof.^a. Dr.^a. Leila de Cassian Tavares da Fonseca
Membro externo suplente – UFPB


Prof.^a. Dr.^a. Marcella Costa Souto Duarte
Membro externo – UNIPÊ

A minha mãe, Maria Mirinha (in memoriam),
minha amiga e meu alicerce;
Ao meu pai, José Jota, por ser tão presente em
todas as minhas conquistas;
Ao meu irmão, Jorlanio Moraes, que, além de
irmão, faz papel de um pai, pois é quem nos
inspira para que alcancemos nossos objetivos;
As minhas irmãs, Jocicleia e Juliana, por
sempre estarmos juntas;
À amiga, Thaiza Costa, que sempre esteve
presente durante toda a trajetória do Mestrado;
Às amigas, Thalita Brasil e Patrícia Lucena,
por sempre me apoiarem e por terem segurado
a minha mão, nos momentos mais difíceis, em
que quase desisti de continuar;
À amiga e coordenadora do meu trabalho,
Izabel Santos, por todo o apoio nas trocas de
plantão e por ter me ajudado sempre quando
precisei;
Às amigas Laryssa Figueiredo e Gorete Nunes,
que sempre estiveram presentes em minha
vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e mentor da vida, em primeiro lugar, e sobre todas as coisas;

A minha orientadora, a Professora Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista, uma profissional muito competente, séria, imparcial, compreensiva, amiga e que transmite segurança e confiança. Obrigada pelos ensinamentos, desde meus primeiros passos como pesquisadora;

À Professora Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa, pela amizade, pelo zelo e pela intensidade com que se dedicou para a produção deste trabalho e pelos esclarecimentos;

À Professora Dr^a. Mary Sandra Carlotto, por ser nosso espelho e uma referência no assunto em nível nacional;

Aos professores do PPGENF/UFPB, especialmente à Prof^a. Dr^a. Patrícia Serpa de Souza Batista, pelo incentivo à pesquisa e por todo o apoio;

Aos membros da Banca: Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista; Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa; Prof^a. Dr^a. Patrícia Serpa de Souza Batista; Prof^a. Dr^a. Leila de Cassian Tavares da Fonsêca e Prof^a. Dr^a. Marcella Costa Souto Duarte, pelas valiosas contribuições;

A todos os colegas do Mestrado, sobretudo às colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Cuidados Paliativos - NEPB-PC, pela compreensão e por ter me ajudado a coletar os dados, principalmente na fase final. Muito obrigada, especialmente a Ysmarley;

Aos enfermeiros do Serviço de Atendimento Movél de Urgência - SAMU-JP, por terem pela aceitado participar do estudo;

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF - e aos seus funcionários, principalmente a Nathali Costa, assistente administrativa da Universidade Federal da Paraíba -UFPB, pelo apoio;

A todos os que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização desse sonho.

RESUMO

Introdução: A síndrome de burnout é um processo que se desenvolve com o passar dos anos e, dificilmente, é detectada em seus estágios iniciais. Seu desenvolvimento é lento, raramente agudo, e o início é marcado por uma sensação física ou mental de mal-estar indefinida e pela presença de um excessivo e prolongando nível de tensão. **Objetivos:** Identificar a síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, verificar a associação dessa síndrome com fatores sociodemográficos e as condições de trabalho em enfermeiros que atuam no SAMU e caracterizar a prevalência da SB e suas quatro dimensões (*ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa*), entre enfermeiros que atuam no SAMU. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório- descritiva, com abordagem quantitativa, realizada nas seis bases do SAMU do município de João Pessoa - Brasil. A população do estudo foi constituída de 43 enfermeiros que faziam parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Os dados foram coletados no período de 01 a 30 de agosto de 2016 e 01 a 30 de abril de 2017. Os dados sociodemográficos foram analisados estatisticamente, para identificar a síndrome de burnout ou SQT, foram calculadas as pontuações diretas (PD) para cada subescala (obtidas pelo somatório das respostas da escala de Likert e divididas pelo número correspondente ao total de questões da dimensão) e outra pontuação para o SQT total. Foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** A maioria dos participantes é do sexo feminino - 27 (62,8%), solteira - 17 (39,5%), com filhos - 24 (55,8%), cursou uma pós-graduação - 26 (60,5%), com remuneração de até três salários mínimos - 25 (58,1%), um salário mínimo - 15 (34,9%). Verificou-se que o nível *médio* de *burnout* teve a maior pontuação (32%), em relação aos demais níveis, e o nível *crítico* de *burnout*, de 5%, com menor porcentagem (n=5) dos participantes; dois foram classificados como *perfil 1*, e três, como *perfil 2*. Somente 12% dos entrevistados apresentaram sintomas da SB. Por outro lado, 88% apresentaram características negativas relacionadas a essa síndrome. **Conclusão:** A SB causa um problema entre os enfermeiros que atuam no SAMU e interfere na qualidade de vida desses profissionais. Por essa razão, é preciso repensar a forma de organizar o trabalho desses profissionais com vistas a prevenir esse fenômeno, que pode afetar a saúde física, mental e social dos indivíduos, com consequências negativas tanto para a instituição quanto para o processo de trabalho.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Enfermeiros. Urgência e emergência.

ABSTRACT

Introduction: The *Burnout* syndrome (BS) is a process that develops over the years and is hardly noticed in its early stages. Its development is slow, rarely acute and its onset is marked by a physical or mental sensation of undefined malaise and by the presence of an excessive and prolonged level of tension. **Objectives:** To identify *Burnout* syndrome in nurses working in a Mobile Emergency Care Service (SAMU); To verify the association of *Burnout* syndrome with socio-demographic factors and working conditions in nurses who work in the service; To characterize the prevalence of BS and its four dimensions (*Illusion for work, psychic waste, indolence* and *guilt*) among nurses working in the service. **Methodology:** This is a research, descriptive exploratory type, with a quantitative approach. The research was carried out in the six service bases of the city of João Pessoa, Brazil. The studied population consisted of 43 nurses who were part of the Mobile Emergency Care Service (SAMU). Data were collected from August 01 to 30, 2016 and from 01 to 30 in April 2017. The socio-demographic data were analyzed statistically for the identification of *burnout* syndrome or SQT, direct scores were calculated (DS) for each subscale (obtained by the sum of the Likert scale responses and then divided by the number corresponding to the total questions in that dimension) and another score for the total SQT. The ethical and legal aspects of the research involving human beings, as recommended by Resolution No. 466/12 of the National Health Council, were respected. **Results:** The majority were women 27 (62.8%), single 17 (39.5%), with children 24 (55.8%), postgraduate 26 (60.5%), and remuneration of up to three minimum wages 25 (58.1%), minimum wages 15 (34.9%). It was verified that the *average* level of *burnout* has the highest score 32%, in relation to the other levels, and a *critical level* of *burnout* at 5%, with a lower percentage (n = 5) of the participants, *two* were classified as *Profile 1* and *three* of the participants were classified as *Profile*. It is observed that only 12% of the respondents presented symptoms of BS. On the other hand, 88% of the sampled population had negative characteristics related to this Syndrome. **Conclusion:** BS establishes a problem among the nurses who work in SAMU, and interferes in the quality of life of these professionals. It is recommended to rethink the organization of the work of these professionals with a view to preventing this phenomenon that can affect the physical, mental and social health of individuals, with negative consequences for the work process.

Keywords: Professional exhaustion; Nursing; Urgency and emergency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=43) - João Pessoa - PB, Brasil - 2017	440
Tabela 2: Estatística descritiva dos itens e consistência interna dos fatores do instrumento CESQT (n=43). João Pessoa - PB, Brasil - 2017	41
Tabela 3: Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de burnout, considerando os percentis do CESQT (n=43). João Pessoa – PB, Brasil - 2017	43
Tabela 4. Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de <i>burnout</i> , considerando a pontuação total do CESQT e a variável <i>sexo</i> (João Pessoa-PB, Brasil - 2017).....	44
Tabela 5: Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de <i>burnout</i> , considerando os percentis do CESQT e a variável <i>estado civil</i> (João Pessoa-PB, Brasil - 2017).....	45
Tabela 6. Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de <i>burnout</i> , considerando os percentis do CESQT e a variável <i>formação</i> (João Pessoa – PB, Brasil - 2017)	46
Tabela 7. Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de <i>burnout</i> , considerando os percentis do CESQT e a variável <i>remuneração</i> (João Pessoa- PB, Brasil - 2017	46

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Frequência de <i>burnout</i> em enfermeiros considerando pontuação total do CESQT (n=43). João Pessoa/PB, Brasil, 2017	42
GRÁFICO 2: Percentual de indivíduos com síndrome de <i>bournot</i> detectado entre os participantes da pesquisa (João Pessoa, Brasil, 2017).....	48

LISTA DE SIGLAS E REDUÇÕES

CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CESQT	Cuestionarion para la Evoluacion del Síndrome de Quermase por em Tabajo
GAPH	<i>Grupamento de Atendimento Pré-hospitalar</i>
GES	Gerência de Educação na Saúde
DSM-V	Handbook of the American Psychological Association
DSMIV	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
NEPB-PC	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Cuidados Paliativos
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
USA	Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.2. Objetivo geral	19
1.3. Objetivos específicos.....	19
2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1. Síndrome de burnout	20
2.2. Aspectos históricos da síndrome de burnout	21
2.3. Epidemiologia.....	23
2.4. Etiologia	24
2.5. Apresentação clínica.....	25
2.6. Diagnóstico.....	26
2.7. Tratamento e prevenção.....	27
2.8. Instrumento de medida - CESQT	27
2.9. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.....	28
2.9.1. Aspectos históricos	28
2.9.2. Atuação pré-hospitalar no Brasil	30
2.9.3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional João Pessoa.....	31
3. METODOLOGIA.....	33
3.1. Tipo de estudo	33
3.2. Local da pesquisa.....	33
3.3. Participantes do estudo	34
3.4. Procedimentos de coleta de dados	35
3.5. Instrumentos de coleta de dados	35
3.6. Análise dos dados	37
3.7. Posicionamento ético.....	38
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	40
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
6. REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	57
Apêndice A.....	58
Apêndice B	60
Anexo	62
Anexo A.....	63

APRESENTAÇÃO

Antes de me inserir no meio acadêmico, como enfermeira, tive a oportunidade de trabalhar como preceptora de estágios, tanto na área hospitalar quanto na atenção básica e no serviço de urgência e emergência em uma instituição privada. Nessa época, não tinha muita experiência, pois era recém-formada e estava ingressando no mercado de trabalho. Mesmo assim, já notava que existia muito estresse no ambiente de trabalho, porque muitos colegas tinham que conciliar dois ou mais empregos, entre rotinas e trocas de plantões, e outros se encontravam afastados por motivos de saúde, e como não eram substituídos, os demais ficavam sobrecarregados.

Quando ingressei no serviço de urgência e emergência, vi mais de perto, o quanto o trabalho da Enfermagem era difícil de ser executado naquele ambiente, devido a problemas como: salários defasados, carga de trabalho excessiva, condições de trabalho precárias, poucos profissionais para atenderem à demanda e acompanharem pacientes em estado gravíssimo, transportes desgastados, falta de equipamentos adequados, situações constantes de óbito, entre outros. Essa realidade pode causar um estresse muito grande e predispor os profissionais que trabalham nesse tipo de serviço ao adoecimento, em especial, na equipe de enfermagem, ocasionando problemas físicos, emocionais e sociais, que comprometem a qualidade de sua vida, como, por exemplo, a *síndrome de burnout* (SB).

Minha vivência no ambiente hospitalar e no serviço de urgência e emergência me motivou a desenvolver esta pesquisa, que poderá contribuir com intervenções no trabalho do enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar, visando prevenir que consequências mais graves para sua saúde física e mental.

Minha aproximação com os estudos sobre a SB se deu quando ingressei no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Cuidados Paliativos (NEPBPC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Isso despertou em mim o interesse pela pesquisa e passei a fazer algumas associações vivenciadas durante a vida profissional. Comecei a fazer parte desse núcleo de pesquisa a partir do ano de 2011, quando comecei a produzir trabalhos científicos de acordo com a temática. Em 2013, participei do projeto de pesquisa ‘Síndrome de burnout em trabalhadores no âmbito acadêmico e em serviços de saúde: agravos, cuidados e prevenção,’ coordenado pela Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista. Com o avanço dos estudos sobre essa síndrome, tive a oportunidade de participar de outros trabalhos a seu respeito, e o número de produções acadêmicas e científicas foi aumentando, o que resultou na produção de uma

dissertação de Mestrado, cinco dissertações em andamento e uma tese de Doutorado também em andamento.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, aprofundei meus conhecimentos sobre a temática, com a intenção de contribuir com a pesquisa e aumentar mais o conhecimento científico sobre essa síndrome. Assim, desenvolvi meu projeto de dissertação acerca da *síndrome de burnout*.

O tema é um grande desafio, tanto para mim, como pesquisadora, quanto para os profissionais da área de Enfermagem, por ser um tema ainda desconhecido, o que exige mais estudos a seu respeito.

Nas sociedades capitalistas, o empregador tem a unidade de capital e transforma parte dele em salários, fazendo com que o trabalhador tenha como única alternativa a venda de sua força de trabalho para se manter. A atividade laboral é um processo por meio do qual se transforma a matéria natural em objeto de cultura para o homem; é a criatividade que muda o estado das coisas, com o intuito de satisfazer às suas necessidades. Trabalho é, portanto, esforço e resultado (MEDEIROS; MENDONÇA; SILVA et al., 2012).

Segundo Dejours (1992), o trabalho nem sempre possibilita crescimento, reconhecimento e independência profissional, já que, em muitas circunstâncias, causa insatisfação, desinteresse, irritação e exaustão. Alguns estudos apontam que o número de trabalhadores da área de Saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho vem crescendo significativamente, o que requer investimentos para identificar as causas desses danos e ações que contribuam para reduzir essas taxas e, conseqüentemente, preservar a saúde do trabalhador (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Como serviço, o trabalho voltado para a saúde tem menos visibilidade, sobretudo porque *produto* e *consumo* se confundem. Na assistência à saúde, o cliente é o principal objeto de trabalho, que recebe as ações dos trabalhadores dessa área e, ao mesmo tempo em que é o produto dessas ações, é seu consumidor, já que usufrui dela (MEDEIROS; MENDONÇA; SILVA et al., 2012). Dos diferentes fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, o ambiente de trabalho é apontado como gerador de conflitos, quando ele percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que está inserido (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002. Conta com uma rede de informações e práticas de saúde organizada para realizar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde; compreende Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), estaduais, regionais e municipais, unidades sentinelas, núcleos de saúde do trabalhador e demais serviços do SUS voltados para esse campo de atuação em saúde. No âmbito de determinado território, os CERESTs são polos irradiadores do conhecimento sobre a relação entre o processo de trabalho e o processo saúde-doença, com responsabilidade de oferecer suporte técnico e científico às demais unidades do SUS, em especial, às da atenção básica.

Esses centros detêm a responsabilidade de notificar, investigar e dar respostas sensíveis aos agravos relacionados ao trabalho, visando controlar e melhorar as condições desses trabalhadores. Dentre esses agravos, os transtornos mentais têm se destacado quanto ao acometimento do trabalhador, principalmente no que se refere aos agravos relacionados ao estresse no trabalho (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012), como, por exemplo, a síndrome de burnout.

A síndrome é um processo que se desenvolve com o passar dos anos e, dificilmente, é percebida em seus estágios iniciais. Seu desenvolvimento é lento, raramente agudo, e o início marcado por uma sensação física ou mental de mal-estar indefinida e por um excessivo e prolongando nível de tensão (BATISTA et al., 2011).

O termo *burnout* é resultante de uma composição da língua inglesa: *burn*, que significa ‘queima’, e *out*, exterior, o que sugere que o profissional com esse tipo de estresse se consome, física e emocionalmente, de dentro para fora. Por ser um fenômeno basicamente social, tradução de épocas de crise e de desnorreamento da sociedade atual, a referida síndrome atinge sem piedade e com ênfase atividades como as assistenciais (BATISTA et. al., 2013).

É considerada uma reação à tensão emocional causada por se lidar excessivamente com pessoas por causa de sua profissão. Envolve quatro dimensões: *ilusão pelo trabalho*, *desgaste psíquico*, *indolência* e *culpa*. A *ilusão pelo trabalho* é a expectativa que o sujeito tem de alcançar determinadas metas no trabalho, o que supõe uma fonte de realização pessoal e profissional. O *desgaste psíquico* corresponde ao esgotamento físico e emocional decorrente da atividade laboral, devido à necessidade de se relacionar diretamente com pessoas que têm ou geram problemas. A *indolência* é a presença de atitudes negativas, de indiferença e de cinismo em relação às pessoas com quem tem aproximação no ambiente de trabalho. A *culpa* envolve os sentimentos de culpa, comportamento e atitudes negativas, principalmente em relação às pessoas com as quais o sujeito deve se relacionar profissionalmente (GILMONTE, 2005).

A síndrome de burnout é decorrente de alguns tipos de trabalho, que, devido as suas características, exigem mais atenção e desgaste emocional dos profissionais, sobretudo dos que trabalham constantemente em interação com as pessoas, como médicos, enfermeiros e professores, entre outras. A Enfermagem, como uma dessas profissões, não ficou de fora dessas novidades inseridas no mundo do trabalho (FERNANDES et al., 2012) porquanto também atua no atendimento pré-hospitalar realizado pelas equipes do Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, que se enquadra na categoria de urgência/emergência. O trabalho da equipe de enfermagem desempenha um serviço em que enfrenta situações de desgaste, tanto físicos quanto emocionais, e faz parte do grupo de risco da síndrome de burnout. Por causa da natureza e da sobrecarga de trabalho, os profissionais que trabalham no serviço ficam submetidos a um constante desgaste, razão por que é importante que se avalie o nível de estresse relacionado à atividade laboral (*burnout*) desses trabalhadores (FERNANDES et. al., 2012).

Os profissionais de Enfermagem que prestam atendimento de urgência e emergência são mais propensos a ser acometidos pela SB do que os que trabalham com outro tipo de serviço de saúde, porque trabalham em condições precárias, como falta de material, veículos quebrados, falta de profissionais, excessiva carga de trabalho e baixo salário. Além disso, é recorrente na literatura a informação de que o trabalho no atendimento de urgência e emergência é insalubre, penoso e perigoso e, não raras vezes, apontado como um local privilegiado para o adoecimento, hoje visto como sofrimento psíquico. É comum, nesses serviços, encontrarmos esse tipo de sofrimento, em decorrência das grandes pressões às quais estão submetidos diariamente esses trabalhadores, que não são reconhecidos por sua profissão e sempre são expostos a riscos de acidentes físicos (ELIAS, NAVARRO, 2006; PITTA, 1991, SESSA et al., 2008; AQUINO, 1996).

Considerada uma doença relacionada ao estresse no trabalho, a síndrome de burnout (SB) tem como principal instrumento de diagnóstico institucional o médico perito. Geralmente o trabalhador procura se afastar de suas atividades em decorrência de queixas relacionadas a sintomas de sofrimento físico e/ou psíquico, que o impossibilita de exercer sua função. Cabe ao médico perito identificar que tipo de agravo está relacionado às queixas e o tempo de afastamento do trabalho suficiente para o profissional se recuperar assim como a relação entre a doença e a atividade do trabalhador (BATISTA et al., 2011).

As políticas públicas do governo federal, voltadas para a organização do atendimento pré-hospitalar de urgência, remontam a 1998, com a publicação da Portaria GM/MS nº. 2.923, que determinou que se fizessem investimentos nas áreas de Assistência Pré-Hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos. No entanto, os avanços seguintes ocorreram lentamente, até que, em 2003, foi publicada a *Política Nacional de Atenção às Urgências* (Portaria MS nº 1.863/03), que considerou a área de urgências prioritárias no âmbito das ações do Sistema Único de

Saúde/SUS. Seu produto consecutivo foi a instituição do componente pré-hospitalar móvel, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2003; FERNANDES, 2014).

O SAMU foi o primeiro componente da política a ser implantado. É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, a que o usuário tem acesso e, por meio do número 192, solicita atendimento para os casos de urgência. Tem um componente regulador (a Central de Regulação) e um componente assistencial (a equipe das ambulâncias) (O'DWYER; MATTOS, 2013).

Esse serviço é um componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências e regulado pela Portaria de nº 1864 de 2003 do Ministério da Saúde (SEMINOTTI, 2013). O atendimento do SAMU funciona durante 24 horas e atua em ocorrências em ambiente pré-hospitalar (via pública ou não), dentro de uma área geográfica específica. O serviço acolhe os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica (FERNANDES et al., 2014).

Ao tomar conhecimento da existência de um fenômeno, considerado como uma questão de Saúde Pública, que afeta a qualidade de vida do trabalhador e traz consequências negativas individuais, sociais e organizacionais, que podem afastá-lo de suas atividades laborativas e inabilitá-lo para o trabalho e para as atividades diárias, surgiu o interesse em realizar um estudo sobre a síndrome de *burnout* com enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, na cidade de João Pessoa – PB - norteado pelas seguintes questões: Quem são os enfermeiros que atuam no SAMU, segundo os dados demográficos e profissionais? Será que os enfermeiros que atuam no SAMU, na cidade de João Pessoa-PB, apresentam características da síndrome de *burnout*? Quais são as dimensões do *burnout* que afetam os enfermeiros que atuam no SAMU?

Para responder aos questionamentos propostos no estudo, foram elencados os seguintes objetivos:

1.2. Objetivo geral

Identificar a síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

1.3. Objetivos específicos

- Verificar se existe associação da síndrome de burnout com fatores sociodemográficos e as condições de trabalho em enfermeiros que atuam no SAMU;
- Caracterizar a prevalência da SB e suas quatro dimensões (*ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa*) entre enfermeiros que atuam no SAMU.

2.1. SÍNDROME DE BURNOUT

A síndrome de burnout é considerada uma epidemia entre os trabalhadores que lidam com pessoas. Apresenta alta incidência em médicos, enfermeiros e professores, no mundo inteiro, e pode ser vista como uma importante questão de saúde pública (BATISTA et al., 2013).

No mundo contemporâneo, são cada vez mais dinâmicas as transformações nas esferas econômicas, políticas, técnicas e socioculturais que afetam a saúde dos trabalhadores e exige que as tarefas sejam estruturadas sob a ótica de mais eficiência e produtividade, o que requer do empregado que seja capaz de atender a essa demanda (FERNANDES et al., 2014).

Essa síndrome pode estar relacionada à resposta emocional às situações de estresse crônico, em razão de jornadas intensas de trabalho, ou aos profissionais que apresentam grandes expectativas em relação ao seu desenvolvimento profissional e à dedicação à profissão e não alcançam o retorno esperado. Esse esgotamento também pode ser uma consequência da divisão social do trabalho na Enfermagem, que se processa, inicialmente, para atender a um modelo de política de saúde estabelecida, ao mesmo tempo em que produz a estrutura de classes da sociedade capitalista, através da hierarquização profissional (BATISTA et al., 2013). Seu desenvolvimento decorre de um processo gradual de desgaste no humor e de desmotivação, acompanhado de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância (JODAS; HADDAD, 2009).

As extensas jornadas de trabalho, o fato de não reconhecerem que as funções de sua profissão são importantes, o número limitado de profissionais e o convívio muito próximo com o sofrimento, com a dor e, em muitos casos, com a morte demandam desses profissionais um controle mental e emocional de maior dimensão do que em outras profissões (BATISTA et al., 2013). Nesse contexto, destaca-se, não somente a saúde física, mas também a saúde mental, porque o trabalho é complexo, desgastante e desenvolvido em um ambiente onde se lida com diferentes situações que implicam a manutenção da vida e a sensação de impotência em determinadas circunstâncias (PINTO; SANTOS, 2012).

A síndrome de burnout manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas: a *física*, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; a *psíquica*, quando demonstra falta de atenção, alterações da memória,

ansiedade e frustração; a *comportamental*, identificada quando o indivíduo se apresenta negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade de se concentrar, aumento de relações de conflitos com os colegas, longas pausas para o descanso e cumprimento irregular do horário de trabalho; e a *defensiva*, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, a sentimento de onipotência e de/ empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (JODAS; HADDAD, 2009).

Dentre os trabalhadores que lidam com o cuidar, os da área de Enfermagem são os que ficam por mais tempo com o paciente e seus familiares, vivendo diversas situações de estresse, porém, nem sempre, estão psicologicamente capacitados para lidar com tais situações, o que pode transformar o trabalho em algo penoso e repercutir na vida pessoal (EZAIAS et al., 2010).

Os mais afetados pelo *burnout* são os profissionais muito comprometidos, motivados, dedicados ao trabalho, com elevadas expectativas, esperanças e tendência ao perfeccionismo em relação à sua carreira. Nesses trabalhadores, é possível observar, claramente, uma redução progressiva de sua produtividade, o que interfere na qualidade do serviço prestado (GOULART et al., 2010).

Os enfermeiros manifestam algumas das defesas decorrentes do *burnout* que os profissionais da área de saúde apresentam quando passam por situações de ansiedade provocadas pelo trabalho: fragmentação da relação entre o profissional e o paciente; despersonalização e negação da importância da pessoa, distanciamento e negação de sentimentos, tentativa de eliminar decisões e de reduzir o peso da responsabilidade. Essas defesas se tornam ainda mais acirradas nos serviços de urgência e emergência como também em atividades desenvolvidas em ambientes pré-hospitalares, como é o caso do SAMU (FERNANDES et al., 2014).

2.2.ASPECTOS HISTÓRICOS DA SÍNDROME DE BURNOUT

Segundo Morales e Murilo (2015), o primeiro caso relatado na literatura de síndrome de burnout profissional foi feito por Graham Greens, em 1961, em seu artigo *Um caso de burnout*. Em 1974, o psiquiatra germano-americano, Herbert J. Freudenberger, realizou a primeira concretização dessa patologia. Com base em observações feitas ao trabalhar em uma clínica para toxicodependentes em Nova York, ele observou que muitos de seus companheiros de equipe, depois de mais de dez anos de trabalho, sofreram perda progressiva de energia, idealismo, empatia com os pacientes, além de esgotamento, ansiedade, depressão e desmotivação com o trabalho. De acordo com Freudenberger, *burnout* era, *essencialmente*, o

produto de uma infeliz interação entre o desejo exagerado de auxiliar e as excessivas demandas dos clientes (FARBER, 1991, p.6 apud CARLOTO, 2012, p. 31).

Em 1982, a psicóloga Cristina Maslach, da Universidade de Berkeley – Califórnia - e o psicólogo Michael P. Leiter, da Universidade da Acadia Scotia, criaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) – que, desde 1986, é o instrumento mais utilizado no diagnóstico dessa patologia. Maslach, ao descrever a síndrome, limitou o SB a profissionais que interagem com pessoas em seu trabalho. Em 1988, Pines e Aronson cruzaram as fronteiras estabelecidas por Maslach e declararam que qualquer tipo de profissional pode sofrer com isso, mesmo que não ajude outras pessoas (como profissionais de Saúde) (MORALES, MURILLO, 2015).

Outro instrumento recentemente constituído possibilitou, inicialmente, sua utilização com professores e depois se estendeu para outros profissionais. Trata-se do *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT). (GIL MONTE, 2005), que será tratado neste trabalho mais adiante.

A síndrome de burnout é constituída de quatro dimensões: *ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa*. A ilusão pelo trabalho considera a expectativa do trabalhador de alcançar determinadas metas laborais e de se tornar uma fonte de realização pessoal e profissional. O *desgaste psíquico* é a presença do esgotamento emocional e físico, decorrente da atividade laborativa, tendo em vista a necessidade de se relacionar rotineiramente com pessoas conflituosas. A *indolência* caracteriza-se pela presença de atitudes negativas de indiferença e de cinismo com as pessoas com quem o trabalhador tem que lidar, que o faz se distanciar e usar uma forma de tratamento impessoal. A *culpa* é um sentimento em razão do comportamento e das atitudes negativas geradas no trabalho, principalmente com as pessoas com as quais o indivíduo mantém relações de trabalho (GIL-MONTE, CARLOTTO, CAMARA, 2010).

Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecer a SB como um fator de risco ocupacional, e de os médicos e os profissionais de saúde mental confirmarem seu diagnóstico, ela não está descrita na Classificação (CID-10) ou no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSMIV), tampouco foi incluída na nova versão do *Handbook of the American Psychological Association* (DSM-V). A definição mais aceita é a de C. Maslach, que a descreve como uma *forma inadequada de lidar com o estresse crônico, cujas principais características são o esgotamento emocional, a despersonalização e o declínio do desempenho pessoal*. Gil-Monte define a SB como *uma resposta ao estresse crônico do trabalho integrado por atitudes e sentimentos com as pessoas com quem*

trabalham e seu papel profissional, bem como estar exausto. Ambas as definições apontam que é uma resposta inadequada para estresse crônico, gatilho dessa condição (MORALES, MURILLO, 2015).

Portanto, a definição mais aceita do *burnout* é fundamentada na perspectiva social-psicológica de Maslach e colaboradores, a qual é constituída de três dimensões: *exaustão emocional*, *despersonalização* e *baixa realização pessoal* no trabalho (CARLOTTO, 2002). Logo, *burnout* é um tipo de estresse ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado, que estejam em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional (MASLACH; JACKSON, 1981).

Concebida como uma aceitação quase universal, em termos de investigação (MASLACH & JACKSON, 1981; MASLACH & LEITER, 1997; SCHAUFELI, LEITER & MASLACH, 2009), a SB é um constructo formado por três dimensões relacionadas, mas independentes (apud CARLOTTO, 2012, p. 29), como:

- *Exaustão emocional*: caracterizada pela falta ou carência de energia, de entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. A esses sentimentos se somam o de frustração e o de tensão, pois os trabalhadores passam a perceber que já não têm condições de despendar mais energia para atender ao seu cliente ou às demais pessoas como faziam antes.
- *Despersonalização*: ocorre quando o profissional passa a tratar os clientes, os colegas e a organização de forma distante e impessoal e desenvolvem insensibilidade emocional nas situações vivenciadas por sua clientela.
- *Baixa realização no trabalho*: nesse caso, o trabalhador tende a se autoavaliar de forma negativa, sente-se insatisfeito com o desenvolvimento profissional e experimenta um declínio no sentimento de competência e de êxito.

2.3. EPIDEMIOLOGIA

Em seus estudos acerca dos principais estressores observados na atividade gerencial do enfermeiro, pesquisadores (LAUTERT, CHAVES de MOURA; 1999^a) constataram a ocorrência de altos níveis de estresse em 48% da amostra estudada, devido à sobrecarga de trabalho, ao conflito de funções, às dificuldades de relacionamentos interpessoais e à convivência diária com situações críticas, que são os principais elementos geradores de estresse e podem desencadear o *burnout* (DANTAS et al., 2011).

No Brasil, a SB tem sido foco de investigações nas diferentes áreas do conhecimento, como Medicina, Psicologia, Enfermagem, Educação, entre outras. Contudo, a literatura internacional e a nacional que tratam desse tema merecem ser estudadas. Para isso, é

necessário que se investiguem trabalhos inerentes à referida temática para que se compreenda bem mais tal fenômeno, porquanto ele é incipiente no meio acadêmico e no âmbito profissional, o que dificulta que seja visto, identificado, prevenido e erradicado no ambiente de trabalho (BATISTA et al., 2013).

De acordo com o estudo bibliométrico da pesquisa de Oliveira (2016) sobre SB em enfermeiros, cuja amostra foi constituída de dissertações e de teses nacionais, no período de 2003 a 2015, foram encontradas 39 publicações - 27 dissertações e 12 teses.

2.4. ETIOLOGIA

Faber (1991) e *Byrne* (1999), ao revisar uma quantidade de estudos, concluíram que o conceito de *burnout* tem sido dividido em quatro perspectivas (CARLOTTO, 2012):

- *a social-psicológica*: introduzida por Chistiana Maslach e Susan Jackson, essa perspectiva coincide com a clínica. Vários estudos empíricos identificaram que o ambiente de trabalho é a base das variáveis preditoras de *burnout*;
- *a clínica*: a primeira foi criada por Freudenberg, em 1974, que dirigiu seus estudos sobre etiologia, os sintomas, a evolução clínica e o tratamento da síndrome, com um enfoque estritamente individual;
- *a organizacional*: esse modelo, cujo principal representante foi Cary Cherniss, amplia, o social-psicológico e enfatiza as bases organizacionais como fatores geradores de *burnout*.
- *a social-histórica*: abordada por Seymour Sarason, em 1983, enfatiza o impacto da sociedade como determinante de *burnout*, mais do que questões individuais ou organizacionais.

Morales e Murillo (2015) observaram a importância do estresse no desenvolvimento da SB, que, atualmente, é reconhecida como um processo multicausal e muito complexo, em que variantes como aborrecimento, crise de desenvolvimento de carreira, condições econômicas precárias, sobrecarga de trabalho, falta de estimulação, baixa orientação profissional e isolamento também estão incluídas. Além dos elementos recém-nomeados, são considerados os seguintes fatores de risco, que tornam o indivíduo suscetível à doença:

- *componentes pessoais*: idade (relacionada à experiência), gênero (as mulheres podem lidar com dificuldades em situações de conflito no trabalho), variáveis familiares (harmonia familiar e estabilidade, que são o equilíbrio necessário para lidar com situações conflitantes) e personalidade (extremamente impacientes, hiper-exigentes e perfeccionistas);

- *formação profissional inadequada*: conhecimento teórico excessivo, treinamento insuficiente em atividades práticas e falta de aprendizado de técnicas de autocontrole emocional;
- *fatores profissionais ou organizacionais*: ambiente físico precário, falta de organização do trabalho, salários baixos, sobrecarga de trabalho e pouco trabalho em equipe real;
- *fatores sociais*: necessidade de ser um profissional de prestígio a todo custo, de ter altas considerações sociais e familiares, portanto, um alto *status* econômico;
- *fatores ambientais*: mudanças significativas na vida, como a morte de parentes, casamento, divórcio, nascimento de crianças.

Maslache e Shaufeli (1993) ressaltam que as pessoas podem trabalhar com diferentes modelos teóricos, contudo, nesse campo, a maioria dos estudos tem sido orientada, devido aos resultados obtidos, na perspectiva de que *burnout* é um fenômeno psicossocial vinculado a questões relacionadas ao trabalho (CARLOTTO, 2012).

2.5. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Quanto às manifestações clínicas, há três fatores resultantes da SB: cansaço ou exaustão emocional (perda progressiva de energia, desgaste, fadiga), despersonalização (o sujeito procura uma maneira de se defender dos sentimentos de impotência, indefinição e frustração) e abandono da realização pessoal (acontece quando o trabalho perde o valor que teve para o assunto). Esses componentes são apresentados de forma insidiosa, não repentina, se não gradual, cíclica e podem ser repetidos ao longo do tempo, para que uma pessoa possa experimentar os três componentes várias vezes em diferentes momentos de sua vida e mesmo, ou no outro trabalho (MORALES, MURILLO, 2015).

França (1987) divide os sintomas das manifestações da SB em quatro categorias (CARLOTTO, 2012):

- *físicos*: sensação de fadiga constante e progressiva, associada a distúrbios do sono, que pode revelar um efeito paradoxal, pois é comum a dificuldade de relaxar a ponto de conciliar o sono. São comuns dores no pescoço, nos ombros e no dorso, crise de sudorese e cefaleia do tipo tensional. Também podem ocorrer problemas gastrointestinais, perda de apetite, emagrecimento e diminuição de resistência a infecções. A face da pessoa se apresenta tensa, com sinais evidentes de cansaço, expressão de ansiedade e depressão;
- *psíquicos*: diminuição da memória evocativa e de fixação e dificuldade de se concentrar; a capacidade de tomar decisões é reduzida e, diante de várias opções, a pessoa escolhe a mais simples, ou seja, a que vai lhe exigir menos, tanto física quanto intelectualmente. Pode haver

fixação de ideias e obsessão por determinados problemas, geralmente pouco importantes, e uma tendência a ruminar pensamentos, o que gera tensão e ansiedade. Não raras vezes, o indivíduo pensa em *largar tudo*, abandonar a profissão e viver de forma isolada e distante dos estressores, seu pensamento se torna lento, e ele sente dificuldade de aprender fatos novos. Há, também, diminuição da espontaneidade e da criatividade em geral, com baixo rendimento cognitivo e intelectual;

- *emocionais*: nesse sintoma, o elemento mais constante é o desânimo. A pessoa acometida pela SB perde o entusiasmo e a alegria e, com frequência, apresenta ansiedade e depressão, esta última de caráter situacional, porquanto aumenta ou diminui de acordo com o ambiente e a situação estressora. É comum os sentimentos de autodepreciação e de culpa, quando o desempenho profissional e o social são afetados, também diminui a autoestima e a confiança em si mesmo e em sua capacidade de trabalhar também o são.

- *comportamentais*: o indivíduo tem tendência a se isolar, sente dificuldades de contatar com clientes e parceiros e evita encontros sociais. Torna-se negligente ou excessivamente escrupulosa no trato com os outros, perde o interesse pelas atividades ligadas ao trabalho e, na sequência, ao lazer; tem dificuldade de aceitar situações novas, pois prefere se manter em uma rotina que, aos poucos, vai ficando cada vez mais limitada e ocasiona um comportamento estereotipado e inflexível. Sua capacidade de tomar iniciativa fica prejudicada, e seu desempenho, moroso e pouco criativo. Essa inibição e a falta de interesse levam o trabalhador ao absenteísmo. Além disso, passa a fumar e a consumir bebidas e drogas tranquilizantes.

2.6. DIAGNÓSTICO

O teste mais utilizado para diagnosticar a síndrome de burnout é o *Inventário Maslach Burnout- MBI*, que é composto de 22 declarações e perguntas sobre sentimentos e pensamentos em relação à interação com o trabalho, que são valorizados em uma gama de adjetivos que vão de *nunca* a *diariamente*, a depender da frequência com que cada uma das situações mencionadas nos itens é experimentada. Essas declarações são projetados de forma a avaliar os componentes do SB - *exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal no trabalho*. São agrupados em três subescalas, uma para cada um dos componentes da SB. As pontuações de cada subescala devem ser mantidas separadas e não combinadas em uma única pontuação, porque, se forem combinadas, não será possível determinar qual a área em que o paciente é mais afetado. Quanto ao resultado, tanto a construção do *burnout*, quanto cada uma de suas dimensões, são consideradas como variáveis contínuas, e as pontuações dos

sujeitos são classificadas por um sistema de percentis para cada escala. Além do MBI, existem outros instrumentos com os quais se pode avaliar essa síndrome (MORALES, MURILLO, 2015).

Diferentemente dos aspectos dos três componentes clássicos, o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) valoriza o pessoal, relacionado ao trabalho e ao desgaste do cliente. O *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), ao contrário dos anteriores, apenas avalia o esgotamento e a falta de compromisso com o trabalho. E o *Questionário para Avaliação da Síndrome de burnout no Trabalho* (CESQT) inclui a *culpa* (desapontamento progressivo, perda do sentido do trabalho e das expectativas) como um aspecto a ser avaliado como parte da SB.

Maslach e Schaufeli (1993) afirmam que todas as definições da SB, embora com algumas questões divergentes, destacam, no mínimo, cinco elementos comuns: 1- predominância de sintomas relacionados ao trabalho, como exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; 2- ênfase nos sintomas comportamentais e mentais, e não, nos sintomas físicos; 3- Estes são relacionados ao trabalho; 4- manifestações em pessoas *normais*, que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome; 5- diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho, que ocorrem por causa de atitudes e de comportamentos negativos (CARLOTTO, 2012).

2.7. TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Morales e Murillo (2015) asseveram que o tratamento de *burnout* e sua prevenção consistem em estratégias empregadas para modificar os sentimentos e os pensamentos. Essa estratégia inclui o processo pessoal de adaptação das expectativas relacionadas à SB. Alguns deles são: equilíbrio de áreas vitais (família, amigos, passatempo, descanso, trabalho), promoção de uma boa atmosfera de equipe (espaços comuns, objetivos comuns); limite da agenda do trabalho e treinamento contínuo no dia útil.

2.8. INSTRUMENTO DE MEDIDA- CESQT

O *Cuestionarion para la Evaluación del Síndroem de Quermase por el Tabajo* (CESQT) foi adaptado por Gil-Monte (2005). Pode ser aplicado de forma individual ou coletiva, dura entre cinco e dez minutos, e sua finalidade é de avaliar os níveis da SB no trabalho. E dividido em quatro dimensões: *ilusão pelo trabalho*; *desgaste psíquico*; *indolência* e *culpa*.

A adaptação do CESQT, versão em português, para profissionais da área de Educação (CESQT-PE) atendeu aos critérios metodológicos recomendados pela Comissão Internacional de Testes, que visa adaptar adequadamente os instrumentos a outras culturas (MUÑIZ & HAMBLETON, 2000). Para traduzi-lo, foram selecionados três tradutores qualificados, que conheciam o idioma espanhol e o português brasileiro - dois brasileiros, que residiam na Espanha, e um espanhol residente no Brasil. Foi realizado o processo de retrotradução e posterior comparação das versões. O significado referencial apresentou bons resultados na avaliação da equivalência semântica: todos os itens obtiveram entre 95% e 100% de concordância nas retraduições (GIL-MONTE, CARLOTTO, CAMERA, 2010).

De acordo com o modelo de Gil-Monte (2005), o *Cuestionarion para la Evaluación del Síndroem de Quermase por el Tabajo* (CESQT) é um instrumento autoaplicável, composto de 20 itens, distribuidos em quatro subescalas: *ilusão pelo trabalho* (05); *desgaste psíquico* (04); *indolência* (06) e *culpa* (05). Pode ser utilizado para diversas categorias profissionais. Os itens são avaliados mediante uma escala de frequência de cinco pontos, tipo *Likert*: *nunca* (0); *raramnete* (1); *às vezes* (2); *frequentemente* (3) e *diariamente* (4). (Ver apêndice B).

A avaliação é feita através de escores das subescalas, e a pontuação dos itens é somada e dividida pelo número de itens pertencentes a cada subescala. Para a pontuação total de *burnout*, somam-se os escores das subescalas, exceto a escala de culpa, e dividem-se por 15 (número total de itens). A partir de escores brutos com os percentis, podem-se verificar a diminuição da ilusão pelo trabalho, o aumento do desgaste psíquico, a indolência, a culpa e altos níveis da síndrome de burnout (GIL-MONTE, 2005).

2.9. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA- SAMU

2.9.1. Aspectos históricos

A primeira tentativa moderna de organizar o auxílio médico de urgência foi feita em 1792, por Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar, que praticava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nas guerras do período napoleônico, no próprio campo de batalha, com o objetivo de prevenir as complicações. As guerras mais recentes também confirmaram os benefícios do atendimento precoce e foram palco frequente de atendimentos pré-hospitalares. Na França, foram criadas, em 1955, as primeiras equipes móveis de reanimação, cuja missão inicial era de dar assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e preservar a vida dos que eram submetidos a transferências inter-hospitalares. A história do SAMU da França iniciou-se nos anos 60, quando os médicos começaram a detectar a desproporção

existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes (LOPES, FERNANDES, 1999).

No Brasil, o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco na luta pelos direitos da cidadania, defendidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Desde que foi implantado, seu desafio permanente é de garantir a todos os cidadãos o acesso universal e equânime à atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade. O SUS alcançou importantes avanços, especialmente a ampliação do acesso aos serviços de urgência e emergência em nosso país. Entretanto, ainda enfrenta problemas no que se refere à oferta desordenada das ações de saúde (GARCIA, REIS, 2014).

No Brasil, o SAMU foi introduzido por meio de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, devido a uma solicitação do Ministério da Saúde, que optou pelo modelo francês de atendimento, cujas viaturas de suporte avançado têm, obrigatoriamente, a presença do médico, diferentemente dos moldes americanos, em que as atividades de resgate são exercidas, primariamente, por profissionais paramédicos (que não existem no Brasil). Em São Paulo, a preocupação com a melhoria do atendimento pré-hospitalar teve início na década de 80, e em 1988, depois de um longo período de estudos e de pesquisas, foi criado o Projeto Resgate ou SAMU, chefiado por um capitão médico, baseado no modelo francês, mas com influências do sistema americano, particularmente no que diz respeito à formação dos profissionais, e adaptado à realidade local. Esse sistema implantado, inicialmente, era vinculado ao Corpo de Bombeiros e, no quartel, ficava um médico da Secretaria da Saúde do Estado, que regulava as solicitações de atendimento a vítimas de acidentes em vias públicas. Essas solicitações eram feitas através da linha 193, que era interligada com o sistema 192 da Secretaria da Saúde - *Central de Solicitações de Ambulâncias* (LOPES, FERNANDES, 1999).

No Brasil, nos anos 2000, a atenção às urgências destacou-se na agenda federal da saúde. Em que pese o desenho abrangente da Política Nacional de Atenção às Urgências, sua implantação caracterizou-se pela expansão de serviços específicos, marcada por três momentos: 1998-2002 – regulamentação inicial; 2003-2008 – ênfase nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a partir de 2009 – ênfase nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como componente fixo da atenção pré-hospitalar às urgências (MACHADO, LIMA, O' DWYER et al., 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, a Portaria nº 10.10, de 21 de maio de 2012, redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e sua central de regulação das urgências componentes das redes de urgência.

O Decreto nº 7.508/20112 do SAMU representa uma importante porta de entrada do SUS, por receber diversas demandas emergenciais da população e prestar o atendimento inicial à saúde do usuário. Tal serviço tem abrangência municipal ou regional, a depender do arranjo organizacional de cada estado. No que concerne aos aspectos relacionados à sua gestão, ela pode se dar na esfera municipal ou estadual, e o financiamento pode ser feito, predominantemente, com incentivos federais e com a possibilidade de coparticipação das demais esferas de governo (TELES, COELHO, FERREIRA et al., 2017).

A organização de redes de atenção às urgências e emergências nos sistemas de saúde é sobremaneira importante para reduzir a morbimortalidade na população, associada às condições que requerem atendimento imediato. Tal processo envolve a coordenação de diferentes tipos de serviços de saúde com alto grau de interdependência, preparados para atender a uma diversidade de condições, de variada gravidade, em distintos grupos etários (MACHADO, LIMA, O' DWYER et al., 2016).

No Brasil, existem as centrais de atendimento de urgências e emergências que são compostas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Urgências, a Central de Regulação Médica de Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Este último é o componente assistencial da Rede, que tem o objetivo de chegar, o mais rápido possível, à pessoa que sofre agravo à saúde com o envio de ambulâncias tripuladas por equipes capacitadas e que devem estar em articulação com todas as portas de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (MICHELIN, JENSON, JAMAS et al., 2016).

2.9.2. Atuação pré-hospitalar no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a contar com um importante reforço no atendimento pré-hospitalar com a edição da Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e seu financiamento para investimento e custeio. A implantação desse componente pré-hospitalar móvel, previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, assim como de suas centrais de regulação em municípios e regiões de todo o território brasileiro, representou um importante avanço, tendo em vista o quadro de morbimortalidade do Brasil relacionado às urgências, sobretudo, ao aumento do número de acidentes e da violência urbana (TELES, COELHO, FERREIRA et al., 2017).

Ocorreu uma grande expansão do SAMU a partir de 2004. Em maio de 2010, de acordo com o *site* do Ministério da Saúde (MS), havia 151 sedes do SAMU em 1286, municípios em todo o país, que dava cobertura a 55% da população brasileira (O'DWYER,

MATTOS, 2013). Segundo França (2012), o atendimento pré-hospitalar é operacionalizado pelo SAMU, presente em todos os estados brasileiros, com 157 Centrais de Regulação Médica, que abrangem 1.372 municípios. São mais de 109 milhões de pessoas que contam com esses serviço e milhares de profissionais de Enfermagem envolvidos no atendimento e expostos às condições laborais de estresse e de esgotamento emocional, inerentes ao próprio trabalho.

2.9.3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional João Pessoa

O Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU192 - em João Pessoa, faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, desde 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população em casos de emergência.

O SAMU de João Pessoa foi criado, inicialmente, como um serviço municipal, como referência para os municípios do Conde, de Cabedelo, de Santa Rita e de Bayeux. Segundo a Portaria nº 2026, publicada pelo Ministério da Saúde, em março de 2011, cada região nacional deve ter um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. Essa regionalização pode ser feita com a incorporação de novos municípios às Centrais de Regulação existentes. Assim, em 2011, ampliou-se a cobertura da central de regulação do SAMU de João Pessoa, que se transformou em SAMU regional e acolheu mais 61 municípios paraibanos. Essa estratégia de regionalização do SAMU permite a inclusão de cidades de pequeno porte – com pouca capacidade de prestar assistência – na rede de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

O SAMU de João Pessoa começou suas atividades em 02 de julho de 2004, na inauguração do Serviço de Urgência Pré-hospitalar Móvel - SAMU metropolitano, que funcionava junto com o *Grupamento de Atendimento Pré-Hospitalar* (GAPH) do Corpo de Bombeiros, anexo ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena de JP. Essa primeira opção se deveu ao fato de que, antes de o SAMU ser criado, só o Corpo de Bombeiros era que atendia às urgências da população. Por essa razão, os profissionais que compuseram o SAMU, inicialmente, eram profissionais bombeiros, que já tinham a formação necessária para os atendimentos de urgência.

A sede administrativa do município foi inaugurada em 06 de março de 2006 (ver apêndice A). Unidos aos técnicos e aos profissionais de nível superior, foram sendo aproveitados recursos humanos do serviço municipal, que começaram como estagiários e tiveram treinamento específico definido pelas portarias. Com a possibilidade criada pela estrutura física, foram implantadas novas gerências, como a Supervisão de Enfermagem, a

Gerência de Resíduos Sólidos e o Serviço de Transporte Sanitário, gerenciado pelo município com a estrutura do SAMU (SEMINOTI, 2013).

Além das ambulâncias, também se conta com o serviço das motolâncias, implantadas segundo a Portaria nº 2.971 de 2008 do MS, que instituiu o veículo motocicleta como integrante da frota de intervenção do SAMU (BRASIL, 2008). As motolâncias são conduzidas por um técnico de Enfermagem, carregam toda a aparelhagem necessária para atendimento de urgência e antecedem as viaturas, para adiantar o atendimento e estabilizar a vítima, principalmente em lugares onde o trânsito é lento e em situação de casos graves, como infartos, anginas e derrames cerebrais. Nessas situações, o tempo-resposta é importante para diminuir agravos e sequelas potencialmente graves ou permanentes.

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. A principal finalidade da pesquisa exploratória é de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas compreender bem mais determinado fato (GIL, 2010). Quanto à abordagem quantitativa, é empregada com o objetivo de orientar para a busca da magnitude e das causas dos fenômenos, por meio de procedimentos controlados. Por meio dela, o pesquisador examina as causas e como elas influenciam os resultados. Como é uma abordagem dedutiva, a maioria das ideias ou dos conceitos é reduzida a variáveis, e as relações entre elas são verificadas. Essa abordagem utiliza estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar o conhecimento (POLIT; BECK, 2011).

3.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas seis bases do SAMU do município de João Pessoa – Paraíba - Brasil. É importante enfatizar que a rede de serviços do SAMU do município de João Pessoa é distribuída territorialmente em uma sede administrativa e por cinco bases, descentralizadas situadas na Subprefeitura de Tambaú (desativada), no Hospital Santa Izabel, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Oceania, no Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), em Cruz das Armas, no Cais de Mangabeira e na base descentralizada da UPA Célio Pires de Sá, no Bairro Valentina Figueiredo.

Essa distribuição foi realizada com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços, aos atendimentos especializados e à assistência hospitalar. Essas bases dispõem de quatro viaturas de Unidade de Suporte Avançado (USA), sete viaturas de Suporte Básico (UBS) e sete motolâncias. Nessas bases, os serviços funcionam de acordo com os profissionais, os médicos, os enfermeiros superiores, os técnicos de enfermagem e os condutores socorristas. Nas viaturas de Unidade de Suporte Avançado (USA), a equipe é composta de um médico, um enfermeiro e um condutor socorrista; as Unidade de Suporte Básica (UBS) têm um enfermeiro e um condutor socorrista, e as motolâncias, um enfermeiro superior ou um técnico de enfermagem com treinamento para conduzir motolâncias, de acordo com a Seção III, das Unidades Moveis, no Art. 6º da Portaria Nº 1.0110, de 21 de maio de 2012.

O serviço de urgência e emergência na base central e administrativa, localizada no Bairro de José Américo, em João Pessoa/PB, tem um espaço físico que comporta 12 repartições, concentradas em uma sala de recepção, que acumula a Coordenação Geral, a Coordenação Administrativa, a Coordenação de Enfermagem, médico, supervisor da central e de transporte, sala de regulação, onde se recebem as ligações das ocorrências e se faz toda a triagem do paciente (se é grave ou não), para, depois, poder liberar o tipo de viatura (UBS, USA e motolância). Depois de feita essa triagem, aciona-se o médico da base mais próxima do local da ocorrência para o atendimento. Há, ainda, um repouso feminino e um masculino, um banheiro, uma farmácia, uma copa e outra sala de supervisão de enfermagem. Nas outras quatro bases, ficam as ambulâncias e/ou motolâncias e seus profissionais.

Os questionários do estudo foram todos aplicados de forma individual e coletiva, com duração entre cinco e sete minutos, durante as visitas feitas na base central e administrativa de João Pessoa, uma vez que todos os profissionais de Enfermagem que compoem as outras quatro bases passam por ela, nas trocas de plantões, pela manhã e à noite, para abastecer seus veículos.

3.3. Participantes do estudo

A população do estudo foi constituída de 43 enfermeiros que faziam parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) das bases citadas, no município de João Pessoa-PB, Brasil. Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) que o profissional estivesse atuando nas bases selecionadas para o estudo no momento da coleta dos dados; e b) que estivesse atuando, no mínimo, há um ano no SAMU. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: a) ausência do profissional nas bases selecionadas para o estudo, no momento da coleta dos dados; e b) que o profissional estivesse de férias ou licença médica no período da seleção do estudo há menos de um ano.

Em relação ao quantitativo dos participantes, trabalhou-se com todos os enfermeiros que compõem essa modalidade de assistência, que é composta de 43 profissionais, uma vez que todos aceitaram participar do estudo proposto.

3.4. Procedimentos

A pesquisa percorreu as seguintes etapas:

- a) Inicialmente, elaborou-se um projeto de pesquisa, que foi apresentado em reunião do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Bioética e Cuidados Paliativos (NEPBPC) em março de 2016. Em seguida, foi encaminhado para ser homologado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, a fim de obter a aprovação e de ser emitida a certidão para, juntamente com as cartas de anuência dos diretores do Centro de Ciências Médicas e do Centro de Ciências da Saúde, serem submetidas ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de CCS/UFPB.

Os profissionais enfermeiros foram abordados em horário de trabalho e convidados a participar da pesquisa, preferencialmente, nas trocas de plantões, das 07 às 08 h ou das 19 às 20h. O instrumento foi entregue na hora da abordagem e respondido em cinco a sete minutos, pois não pode ser levado para casa e entregar posteriormente. Os questionários foram aplicados pela pesquisadora do estudo com a ajuda de mais três membros do NEPBPC, que se disponibilizaram voluntariamente.

O instrumento foi apresentado de forma padronizada, com a finalidade de uniformizar as abordagens aos profissionais, a fim de se conseguir o maior número possível de consentimento para a realização da pesquisa e de esclarecer dúvidas relacionadas ao objetivo do estudo e aos conteúdos dos referidos instrumentos.

3.5. Instrumento e coleta dos dados

Os dados foram coletados nos períodos de 01 a 30 de agosto de 2016 e 01 a 30 de abril de 2017, através de visitas à base Central e Administrativa do SAMU de João Pessoa-PB, Brasil e da aplicação de um questionário estruturado, autoaplicável, que contempla dados sociodemográficos e profissionais (apêndice B). Também foi aplicado um instrumento para identificar a síndrome de burnout, o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT), versão adaptada para uso no Brasil, por Gil-Monte, Carlotto e Câmara (2010). Trata-se de um instrumento de avaliação psicométrica, que pode facilitar o diagnóstico de indivíduos que desenvolvem a síndrome de burnout em diferentes culturas e categorias profissionais e superar insuficiências teóricas e psicométricas de outros instrumentos (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010).

O instrumento CESQT contém 20 questões, que se distribuem em quatro subescalas distribuídas em cinco itens, que consideram a *ilusão para o trabalho*; quatro referentes ao *desgaste psíquico*; seis, que tratam da *indolência*, e cinco, relacionados à *culpa*. Cada item indica a frequência das respostas em uma escala de pontuação que vai de zero (0) a quatro (4),

sendo (0) para *nunca*; (1), para *raramente*; (2), para *às vezes*; (3), para *frequentemente*; e (4), para *diariamente*.

No CESQT, a *dimensão ilusão pelo trabalho* é aferida por cinco questões (1, 5, 10, 15 e 19), que estão descritas abaixo:

1. *O meu trabalho representa, para mim, um desafio estimulante.*

5. *Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.*

10. *Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas.*

15. *O meu trabalho é gratificante.*

19. *Sinto-me realizado com meu trabalho.*

O *desgaste psíquico* é aferido por estes quatro itens (4, 9, 13, 16 e 20):

4. *Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.*

9. *Sinto-me culpado (a) por algumas das minhas atitudes no trabalho.*

13. *Tenho remorso por alguns dos meus comportamentos no trabalho.*

16. *Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.*

20. *Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.*

A *indolência* é aferida por seis itens (2, 3, 6, 7, 11, 14), a saber:

2. *Não me agrada atender a algumas pessoas em meu trabalho.*

3. *Acho que muitas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são insuportáveis.*

6. *Acho que muitas pessoas com as quais tenho que lidar em meu trabalho são desagradáveis.*

7. *Penso que trato com indiferença algumas pessoas com as quais tenho que lidar em meu trabalho.*

11. *Aprecio ser irônico (a) com algumas pessoas do meu trabalho.*

14. *Rotulo ou classifico as pessoas com quem me relaciono no trabalho segundo o seu comportamento.*

E, finalmente, a *culpa* é aferida por meio de cinco itens (8, 12, 17 e 18):

8. *Penso que estou saturado (a) pelo meu trabalho.*

12. *Sinto-me pressionado (a) pelo trabalho.*

17. *Sinto-me cansado (a) fisicamente no trabalho.*

18. *Sinto-me desgastado (a) emocionalmente.*

3.6. Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram analisados estatisticamente. A identificação da síndrome de burnout, feita com base no CESQT, foi avaliada através da frequência das respostas, considerando uma escala do tipo *Likert*. Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica (*Excel 2010*) e transportados para análise estatística no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows)* versão 20.0. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência para variáveis categóricas, média e desvio-padrão para variáveis numéricas. Na análise inferencial, foi considerado um nível de significância de 95% e utilizado o teste *Qui-quadrado* para verificar se houve associações.

Os dados provenientes dos questionários CESQT foram analisados de acordo com as recomendações. O CESQT apresenta 20 itens, distribuídos em quatro dimensões ou subescalas, a saber: a) ilusão pelo trabalho, formada de cinco itens; b) desgaste psíquico, de quatro; c) indolência, de seis itens; e d) culpa, de cinco. Para responder aos itens presentes em cada subescala, o questionário traz uma escala de frequência que varia de 0 (Nunca), 1 (Raramente), 2 (Às vezes: algumas vezes por mês), 3 (Frequentemente) e 4 (Diariamente).

O modelo teórico que fundamenta o CESQT apresenta, na quarta dimensão, o sentimento de *culpa*, que aparece posteriormente às outras dimensões, e não, necessariamente, desenvolve-se em todos os indivíduos. Essa característica faz gerar dois perfis: o perfil 1, que origina uma forma moderada de mal-estar, mas não incapacita a pessoa para o exercício do trabalho, sem culpa; e o perfil 2, que inclui o sentimento de culpa (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010).

Para identificar a síndrome de burnout ou SQT, foram calculadas as pontuações diretas (PD) para cada subescala (obtidas com o somatório das respostas da escala de Likert e, em seguida, divididas pelo número correspondente ao total de questões da dimensão) e outra pontuação para o SQT total. Em seguida, as PD foram comparadas com valores dispostos em um “barema” disponível no Manual de CESQT por Gil-Monte (2011), em que foram levantados os percentis correspondentes (Pc). Logo, para identificar sintomas da síndrome de burnout considerados como caso crítico, foram considerados os Pc do SQT total e comparados com a seguinte escala: crítico > 89; alto, entre 67 e 89; médio, de 34 a 66; baixo, de 11 a 33; e muito baixo, <11. Também foram considerado os valores das PD calculadas, em que as baixas pontuações no componente ‘ilusão pelo trabalho’ (< 2) e altas pontuações em ‘desgaste psíquico’ (≥ 2) pressupõem altos níveis de *burnout*.

Para classificar os avaliados em perfil 1 ou perfil 2, foram considerados os que apresentaram o percentil de SQT (Síndrome de Quemarse por el Trabajo) total, valor calculado segundo o manual, classificado como *alto* ou *crítico*, e o componente *culpa*, alto, como perfil 2. Já os que apresentaram o SQT total *alto* ou *crítico*, mas não obtiveram o componente *culpa* alto, como perfil 1 (GIL-MONTE, 2011). Também foi calculado o alfa de *Cronbach* para cada domínio apresentado pela SB e para o SQT total. Para garantir a confiabilidade do questionário CESQT, foi utilizado o cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach*. Segundo Hair (2013), valores acima de 0,60 indicam confiabilidade nos dados.

3.7. Posicionamento ético da pesquisa

Convém enfatizar que foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, principalmente o princípio ético da autonomia, sobretudo no que concerne ao Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento imprescindível para o desenvolvimento de atividades de pesquisa com seres humanos, que pondera sua privacidade e sua dignidade e defende sua vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

Os participantes do estudo foram informados sobre os seguintes aspectos: objetivos, justificativa, procedimento, contribuição, garantia de anonimato, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de participar ou não da pesquisa, além da garantia de poder desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso lhes acarrete prejuízo. Devido às dificuldades encontradas, é importante fazer uma breve descrição da trajetória para conseguir a documentação exigida.

Depois de pronto, o projeto foi encaminhado à Gerência de Educação na Saúde (GES), da Secretaria de Saúde de João Pessoa-PB, no dia 09/12/15, com o protocolo nº. 20984, e enviado à base administrativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, porém foi indeferido por motivos técnicos. Ao saber do indeferimento, dirigi-me à GES da Secretaria de Saúde, onde fui informada de que precisaria ir até a base do SAMU local, para saber o motivo do indeferimento, e fui informada de que estava sem coordenação geral de Enfermagem, que poderia dar o parecer para a realização da pesquisa no local. Mandaram-me voltar novamente à GES da Secretaria de Saúde para reenviar o projeto à base do SAMU. Como a liberação do parecer estava demorando, fui novamente à GES da Secretaria de Saúde para saber o andamento do parecer, sem sucesso. Fui orientada a falar com a Secretaria Geral da Atenção Básica de Saúde do município. Expliquei todo o processo que vinha enfrentando e que o SAMU não queria liberar o parecer para que eu comesse a fazer a pesquisa. Ela

entrou em contato com a coordenadora geral do SAMU e marcou um encontro meu com ela. No encontro com a coordenadora, fui informada de que o SAMU estava passando por um processo de transformação interno e de que isso causava muito estresse nos profissionais. E como o tema da pesquisa era síndrome de burnout, esse mal poderia ser constatado nos profissionais, e isso seria ruim para a instituição. Então, expliquei os objetivos da pesquisa e que não iria prejudicar em nada a instituição.

Assim, fui encaminhada para falar com a coordenadora geral de Enfermagem, porque só ela poderia dar o parecer de liberação da pesquisa. Depois de muitas idas à GES da Secretaria de Saúde e ao SAMU, consegui falar com a coordenadora de Enfermagem, que já estava com o parecer em mãos para mandar para a GES, a fim de que o termo de anuência fosse liberado, visto que, sem ele, não poderia dar entrada no projeto na Plataforma Brasil. Depois de quatro meses, o termo de anuência foi liberado.

Com o termo de anuência, foi dada a entrada do projeto na Plataforma Brasil, que passou por todos os trâmites, foi aprovado e encaminhado para o Comitê de Ética do Centro de Ciência em Saúde/CSS. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE Apêndice B) foi constituído conforme as orientações dispostas na Resolução 196/96, cuja finalidade é de que o profissional convidado a participar da pesquisa seja informado sobre os procedimentos, os riscos, os desconfortos, os benefícios e os direitos envolvidos na realização da pesquisa para decidir se irá participar ou não da pesquisa.

4. RESULTADO E DISCUSSÕES

De acordo com a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (Tabela 1), 27 (62,8%) são do sexo feminino; 17 (39,5%), solteiros; 24 (55,8%) têm filhos; ação 26 (60,5%) cursaram uma pós-graduação; 25 (58,1%) têm remuneração de até três salários mínimos salários mínimos; e 15 (34,9%), um salário mínimo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=43), João Pessoa - PB, Brasil - 2017

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	16	37,2
Feminino	27	62,8
Estado civil		
Solteiro	17	39,5
Casado	16	37,2
Separado	10	23,3
Filhos		
Sim	24	55,8
Não	19	44,2
Formação		
Graduação	17	39,5
Pós-graduação	26	60,5
Remuneração		
Até três salários mínimos	25	58,1
De três a seis salários mínimos	15	34,9
Mais de seis salários mínimos	3	7,0

Fonte: Dados da pesquisa - 2017

Estudos corroboram esses resultados. No primeiro, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino - 41 mulheres (82%). Em relação à faixa etária, foi encontrado um percentual de 58,93% com idades acima dos 40 anos. A média de idade foi de 43 anos (FERNANDES, SOUSA, SANTOS et al., 2012). Em outro estudo realizado por Luiz (2017), a faixa etária predominante era de 20 a 30 anos de idade - 14 (43,8%), seguido de 16 (40,6%) com idades entre 31 e 40 anos; 15 (46,9%) eram casados, e 18 (56,3%) tiveram filhos.

Os achados deste estudo constatarem os níveis de *burnout* já instalados nos profissionais e prevalência de suspeição para SB expressiva, o que revelou influência da organização e da natureza do trabalho nesses resultados.

Os participantes do estudo foram 43 enfermeiros, que apresentaram estresse no trabalho, tinham, em média, $8,66 \pm 6,45$ DP anos de atuação profissional e $4,63 \pm 3,06$ DP anos na unidade atual; 58,1% (n = 25) trabalham em outra instituição de saúde, a maioria pública; com carga horária de trabalho semanal que varia de 20 a 80 horas e média de $35,80 \pm 4,29$ DP. O número de pacientes com quem os profissionais mantêm contato diariamente varia de 2 a 30, com média $9,18 \pm 4,67$ DP.

A maioria dos entrevistados trabalhavam no mesmo local há mais ou menos $8,66 \pm 6,45$ anos; 58,1% trabalham em outra instituição, com carga horária semanal entre 20 e 80 horas ($35,80 \pm 4,29$), jornada de trabalho superior à carga horária oficial das 30 horas semanais e com atendimento diário de dois a trinta pacientes ($9,18 \pm 4,67$ DP). A maioria dos enfermeiros da pesquisa tem mais de um trabalho, com carga horária muito elevada, o que os expõe a riscos que predis põem à síndrome de burnout.

Em um estudo realizado com médicos, constatou-se que a síndrome de burnout está intimamente relacionada ao trabalho e cada vez mais presente na realidade desses profissionais, uma vez que estão constantemente submetidos a altas cargas horárias, acumulação de funções, salários insatisfatórios, ambiente de trabalho estressante e multiemprego (BARBOZA, et. al., 2015). O estudo mostrou que os fatores de risco, quando presentes, podem interferir na qualidade de vida dos trabalhadores e abrangem as dimensões física, tecnológica, psicológica e social relacionadas à satisfação dos trabalhadores (HOLMES, et. al., 2014).

Em relação às dimensões do *burnout* (Tabela 2), a análise da consistência interna da escala resultou em um *Coeficiente Alfa de Cronbach* de 0,660. Todos os fatores apresentaram valores acima de 0,60: *ilusão para o trabalho*, alfa = 0,852; *desgaste psíquico* = 0,681; *indolência* = 0,763 e *culpa* = 0,688. Os resultados demonstraram confiabilidade na utilização do instrumento.

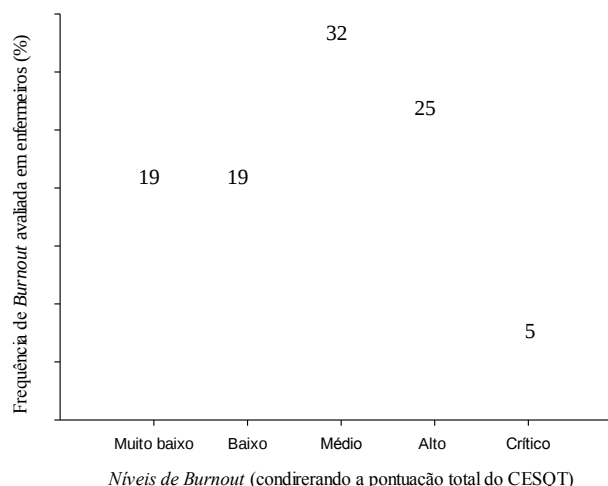
Tabela 2 - Estatística descritiva dos itens e consistência interna dos fatores do instrumento CESQT (n=43). João Pessoa/PB, Brasil - 2017

Fator/Item	Alpha de Cronbach
<i>Ilusão para o trabalho</i>	0,825
<i>Desgaste psíquico</i>	0,681
<i>Indolência</i>	0,763
<i>Culpa</i>	0,688

Fonte: Dados da pesquisa - 2017

De acordo com a frequência de *burnout* em enfermeiros (Gráfico 1), considerando a pontuação total do CESQT, verificou-se que o nível *médio* da síndrome teve a pontuação mais alta (32%), em relação aos demais níveis, e o nível *crítico* de *burnout*, 5%, a menor porcentagem.

Gráfico 1 - Frequência de *burnout* em enfermeiros, considerando pontuação total do CESQT (n=43) - João Pessoa/PB, Brasil - 2017



Fonte: Dados da pesquisa - 2017

Tendo em vista a pontuação baseada nos percentis do CESQT destacado no gráfico 1, o percentual de *burnout médio* é de 34 a 33, e o percentual de *burnout crítico* menor do que 89 (GIL- MONTE, 2011). O estudo mostrou que os percentuais apresentados neste estudo (nível médio e nível crítico) estão dentro dos parâmetros do percentil do CESQT, o que significa que há risco de apresentar os sintomas de *burnout*. Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada com enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva (SILVA et al., 2014) e em outra feita com profissionais da Atenção Primária à Saúde (SILVA et al., 2015). Ambos os estudos afirmaram que a síndrome de burnout acontece de forma discreta, entretanto os sintomas somáticos estão presentes em grande parte dos profissionais, o que repercute em adoecimento físico e psicológico, que ameaça a qualidade de sua vida e seu bem-estar.

O nível médio de *burnout* para o *esgotamento profissional* encontrado neste estudo é fator relevante no que diz respeito à qualidade de vida. Assim, níveis elevados podem comprometer a saúde e a vida do trabalhador, provocar desgaste emocional e a sensação de falta de energia. É quando começa a mostrar associação inversa no desempenho do trabalho (SILVA, MENEZES, 2008; MENEZHINI, LOULERT, 2011; SUÑER- SALER et al., 2013).

Considerando as dimensões e os percentis do CESQT desenvolvidos por Gil Monte (2005) e fundamentados em estudos qualitativos, as quatro dimensões de *burnout* estabelecem dois perfis claramente diferenciados (Gráfico1). No perfil 1, constituído de três dimensões, ocorre a deterioração cognitiva (baixas pontuações em *ilusão pelo trabalho*) e afetiva (alta pontuação em *desgaste psíquico*), que aparecem, em um primeiro momento, como resposta às fontes de estresse laboral crônico e, posteriormente, os indivíduos desenvolvem atitudes negativas sobre as pessoas que atendem em seu trabalho (*altos níveis de indolência*). No Perfil 2, soma-se o surgimento da *culpa*, que aparece posteriormente a essas dimensões, mas nem todos os sujeitos apresentam esse sentimento.

No que diz respeito aos sintomas da SB, de acordo com o CESQT (Tabela 3), representados pelos níveis muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto, manifestam-se da seguinte forma: quanto à dimensão *ilusão pelo trabalho*, seis (14%) apresentaram *nível muito baixo*; dois (4,7%), *nível baixo*; 20 (46,5%), *nível médio*; 15 (34,9%), *nível alto*; e nenhum caso no *nível crítico*.

Tabela 3: Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico de síndrome de burnout, considerando os percentis do CESQT (n=43). João Pessoa – PB, Brasil - 2017

Dimensões	MB(P≤10;N %))	B (P 11-33;N (%))	M (P34-66;N %))	A (P 67-89;N (%))	C (P≥90; N (%))
<i>I.Trabalho</i>	6 (14)	2 (4,7)	20 (46,5)	15 (34,9)	-
<i>Desg. psíqu</i>	3 (7,0)	14 (32,6)	19 (44,2)	3 (7,0)	4 (9,3)
<i>Indolência</i>	8 (18,6)	5 (11,6)	12 (27,9)	8 (18,6)	10 (23,3)
<i>Culpa</i>	2 (4,7)	5 (11,6)	19 (44,2)	7 (16,3)	10 (23,3)

MB – Muito baixo; B – Baixo; M- Médio; A – Alto; C - Crítico

Fonte: Dados da pesquisa - 2017

Esses resultados colocam o trabalho da equipe de enfermagem do SAMU como resposta ao risco para a *síndrome de burnout*. Contudo é importante ressaltar que o diagnóstico deve estar associado à avaliação clínica, tendo em vista que os pontos de corte utilizados não derivam de normatizações realizadas com trabalhadores clinicamente diagnosticados (GIL-MONTE, CARLOTTO & CÂMARA, 2011). Acerca disso, em um estudo realizado sobre a síndrome de burnout em professores de ensino especial, os autores constataram que todos os professores (100%) apresentaram um alto nível da dimensão *Ilusão pelo trabalho*, e baixo nível, nas dimensões *Desgaste psíquico* (73,86%), *Indolência* (98,86%) e *Culpa* (88,63%) (BRAUN,2012). Mesmo tendo encontrado um nível elevado de

Ilusão pelo trabalho e baixos níveis nas demais dimensões que constituem a SB, a presença de casos moderados e graves em exercício profissional é uma realidade preocupante, devido ao fato de tanto os trabalhadores quanto os médicos peritos desconhecerem a SB e seu diagnóstico (BATISTA, CARLOTTO, COUTINHO, AUGUSTO, 2011).

Os resultados obtidos em relação à frequência de enfermeiros com níveis *muito baixo*, *baixo*, *médio*, *alto* e *crítico* da SB, considerando a pontuação total do CESQT e a variável sexo (tabela 4), evidenciaram que o *nível médio* predomina e é mais frequente no sexo feminino - 8 (29,6%). Também não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a *variável sexo* e a *pontuação do CESQT* (valor $p=0,932$), como também entre a ocorrência da síndrome de burnout e as variáveis sociodemográficas, ao contrário do que foi encontrado, em que houve associação dos seus resultados sociodemográficos e a síndrome de burnout.

Esses resultados demonstram que participantes do sexo feminino apresentam mais sentimento de culpa em relação ao seu trabalho. Esse resultado pode estar corroborando um estudo (NAUJORKS & BARASUOL, 2004) que considera a concepção de que o ato de cuidar é uma atividade tipicamente feminina, por envolver a atenção a terceiros (ARAÚJO et al., 2006). Esse pode ser um fator potencializador para aumentar a cobrança desse profissional, que causa sentimentos de culpa no sentido de não estar atendendo às demandas e às expectativas sociais de seu trabalho (GIL-MONTE, 2005).

Outro ponto passível de análise é a tripla jornada vivenciada por mulheres, já que elas precisam conciliar as responsabilidades domésticas e as funções familiares com a profissão (OLIVEIRA et al., 2012), o que resulta em acúmulo de tarefas, e elas têm a sensação de que não desempenham a contento essa jornada tripla, o que pode ser um dos disparadores do sentimento de culpa. Para Gil-Monte e Peiró (1997), as características pessoais atuam muito menos como facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes estressores presentes no ambiente de trabalho do que propriamente como agentes desencadeadores da doença.

Tabela 4 - Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de *burnout*, considerando a pontuação total do CESQT e a variável sexo (João Pessoa, Brasil - 2017)

Sexo	MB (P≤10;N %))	B (P 11-33;N (%))	M (P34-66;N %))	A (P 67-89;N (%))	C (P≥90; N (%))
Masculino	2 (12,5)	3 (18,8)	6 (37,5)	4 (25,0)	1 (6,2)
Feminino	6 (22,2)	5 (18,5)	8 (29,6)	7 (25,9)	1 (3,7)

MB – *Muito baixo*; B – *Baixo*; M- *Médio*; A – *Alto*; C – *Crítico*; *p=0,05 Fonte: Dados da pesquisa - 2017

Estudos realizados por Lucena e Benito (2016) evidenciaram que a maior frequência de enfermeiros com sintomas de SB foi de profissionais de Enfermagem do sexo feminino, que registraram um total de 62,30% (n=43).

Considerando a variável *estado civil* (Tabela 5), o *nível médio* - 13 (35,1) foi mais frequente em profissionais que têm companheiros. A variável *estado civil* não está associada à síndrome de burnout, da mesma forma que não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a variável *estado civil* e a pontuação do CESQT (valor p= 0,497).

Tabela 5 - Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de *burnout*, considerando os percentis do CESQT e a variável *estado civil* (João Pessoa, Brasil - 2017)

E. civil	MB (P≤10;N %))	B (P 11-33;N (%))	M (P34-66;N %))	A (P 67-89;N (%))	C (P≥90; N (%))
C. companheiro	8 (21,6)	5 (13,5)	13 (35,1)	9 (24,3)	2 (5,4)
S. companheiro	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)

MB – *Muito maixo*; B – *Baixo*; M- *Médio*; A – *Alto*; C - *Crítico*; *p=0,05
Fonte: dados da pesquisa, 2017

No estudo de Zanatta e de Lucca (2015), houve correlação entre o *estado civil* e a SB, com menor frequência para os casados. De forma similar, Tavares et al. (2014) verificaram que enfermeiros residentes que apresentaram o desenvolvimento do burnout são predominantemente solteiros e sem filhos, o que indica que o *estado civil* pode contribuir para que os profissionais fiquem suscetíveis à síndrome de *burnout*. Por essa ótica, é possível inferir que aqueles profissionais que tem com quem dividir os problemas da vida e do mundo, e do trabalho com alguém que participa ativamente de sua rotina desenvolvem uma barreira de segurança contra o sofrimento psíquico e, portanto, contra as doenças mentais.

Quanto à *formação profissional dos sujeitos* e ao nível da SB (Tabela 6), observou-se que os sujeitos com formação apresentaram uma frequência maior no *nível médio* - 5 (31,2%) e *alto* (31,2%), em sujeitos com pós-graduação. Também prevaleceu o *nível médio* - 9 (33,3%). Esses resultados podem apontar para o fato de que a formação profissional não

determina risco para a doença. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a variável *formação* e a pontuação do CESQT (valor $p = 0,316$).

Tabela 6 - Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de *burnout*, considerando os percentis do CESQT e a variável *formação* (João Pessoa, Brasil - 2017)

<i>Formação</i>	MB (P≤10; N %)	B (P 11-33; N (%))	M (P34-66; N %)	A (P 67-89; N (%))	C (P≥90; N (%))
Superior	2 (12,5)	2 (12,5)	5 (31,2)	5 (31,2)	2 (12,5)
Pós-graduação	6 (22,2)	6 (22,2)	9 (33,3)	6 (22,2)	0 (0,0)

MB – *Muito baixo*; B – *Baixo*; M- *Médio*; A – *Alto*; C - *Crítico*; * $p = 0,05$

Fonte: dados da pesquisa - 2017

Ao comparar os resultados obtidos nesta pesquisa com os citados na literatura, observou-se comportamento diferenciado. De acordo com França, Ferrari (2012) e Silveira et al. (2014), os enfermeiros com maior nível de escolaridade tinham mais probabilidade de desenvolver burnout, resultado oposto ao que foi constatado nesta pesquisa.

Em relação à variável *remuneração* (Tabela 7), os níveis médios da SB prevaleceram com maior frequência - 7 (28,0%), e alto - 7 (28,0%), com até três salários mínimos, o que influencia diretamente o desenvolvimento da síndrome de burnout. Também não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a variável *remuneração* e a pontuação do CESQT (valor $p = 0,692$).

Tabela 7 - Frequência de enfermeiros com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da síndrome de *burnout*, considerando os percentis do CESQT e a variável *remuneração* (João Pessoa - 2017)

<i>Remuneração</i>	MB (P≤10; N %)	B (P 11-33; N (%))	M (P34-66; N %)	A (P 67-89; N (%))	C (P≥90; N (%))
Até três salários mínimos	5 (20,0)	4 (16,0)	7 (28,0)	7 (28,0)	2 (8,0)
Acima de três salários mínimos	3 (16,7)	4 (16,0)	7 (28,0)	4 (16,0)	0 (0,0)

MB – *Muito baixo*; B – *Baixo*; M- *Médio*; A – *Alto*; C - *Crítico*; * $p = 0,05$

Fonte: dados da pesquisa - 2017

Corroborando os resultados obtidos nesta pesquisa, estudos realizados por França e Ferrari (2012) concluíram que os profissionais de Enfermagem com renda entre cinco e dez salários mínimos são os mais acometidos pela SB.

Assim, tendo em vista os resultados deste estudo, pode-se concluir que os principais fatores relacionados à SB entre enfermeiros observados neste estudo envolvem aspectos como

sexo, estado civil e remuneração. Portanto, o sexo feminino, a falta de companhia e a baixa remuneração são os que mais contribuem para o desenvolvimento da SB. Essas informações também foram confirmadas por Ferreira et al. (2017).

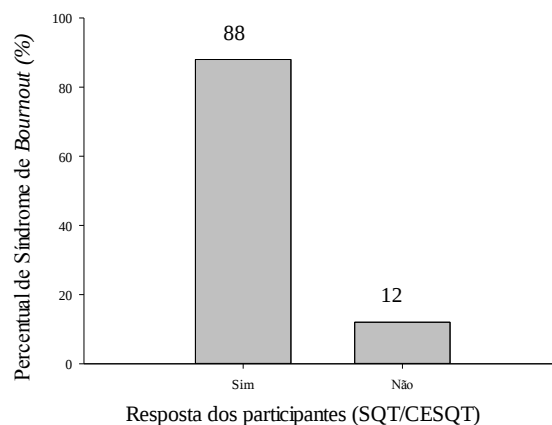
Quanto à frequência de sintomas da síndrome de burnout entre os participantes da pesquisa, 12% (n=5) $\geq$ dois (%) foram classificados como perfil 1 (caracterizado por três dimensões: *ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e altos níveis de indolência*) e três (%), como perfil 2 (caracterizado pelo sentimento de *culpa*). De acordo com a pontuação total do CESQT, se o resultado da Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) for igual ou superior a 2, isso indica a presença da doença (GIL-MONTE et al., 2005). Assim, os profissionais pesquisados apresentam características de *burnout* nos dois perfis, sendo que o Perfil 2 apresenta o maior número de profissionais com a síndrome de burnout.

O sentimento de *culpa*, que faz parte do perfil 2, surge posteriormente aos sintomas apresentados por níveis alterados das outras dimensões da síndrome, porém não ocorre necessariamente em todos os indivíduos. Assim, é possível distinguir dois perfis referentes ao fenômeno do *burnout*. O perfil 1 é a resposta a um conjunto de sentimentos e de condutas vinculadas ao estresse laboral, que originam uma forma moderada de mal-estar, mas que não incapacita o indivíduo para exercer seu trabalho, embora pudesse realizá-lo de uma forma melhor. É caracterizado pela baixa pontuação nos níveis de *ilusão pelo trabalho*, com altos níveis de *desgaste psíquico* e de *indolência*. O perfil 2 inclui, além dos sintomas mencionados, sentimentos de culpa pelos profissionais, que são considerados os casos clínicos mais deteriorados da síndrome (GIL-MONTE, CARLOTTO, CAMÂRA, 2010).

Ao comparar os resultados obtidos nesta pesquisa com os relatados na literatura, Silveira et al. (2014) constataram maior prevalência da SB - 18% (n=32) - em enfermeiros participantes que apresentaram perfil 1 e 11,0% (n=23), naqueles que se enquadraram no Perfil 2 (com presença de culpa).

Em relação ao percentual de SB constatado entre os participantes da pesquisa (Gráfico 2), o estudo mostrou que apenas 12% dos entrevistados apresentaram sintomas da SB. Por outro lado, 88% apresentaram características negativas relacionadas a essa síndrome.

Gráfico 2 - Percentual de indivíduos com síndrome de *burnout* detectado entre os participantes da pesquisa (João Pessoa, 2017)



Fonte: Dados da pesquisa - 2017

Segundo Oliveira e Araújo (2016), o desencadeamento da SB é considerado multicausal, portanto, associado a fatores laborais, pessoais e interpessoais. Nesse contexto, os sintomas de adoecimento são uma consequência do desgaste cognitivo e emocional resultante desse embate entre elementos individuais e organizacionais (SILVEIRA et al., 2014).

Conduzindo estudos a respeito das características da síndrome de burnout em enfermeiros da emergência de um hospital público, Oliveira e Araújo (2016) investigaram trabalhadores que apresentavam sintomatologia da SB e concluíram que 85,2% e 96,3% apresentam nível alto para *Exaustão emocional* e *Despersonalização*, respectivamente, e 92,6% de nível baixo para *Realização profissional*. Por outro lado, Lucena e Benito (2016), ao fazer um estudo sobre a síndrome de burnout em profissionais de enfermagem em um pronto-socorro do Distrito Federal (DF), constataram níveis mais elevados de *Exaustão emocional* e *Despersonalização*, quando comparados com a *Realização profissional*.

Em síntese, analisando as informações obtidas neste estudo e comparando-as com os resultados citados na literatura, observa-se um número inferior de enfermeiros participantes que apresentavam SB. Quando esses resultados foram comparados com o que apresenta a literatura (em média 80%), contrapõem-se a diversos estudos que demonstraram um número superior aos obtidos (12%).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados da pesquisa, é possível afirmar que os enfermeiros que trabalham no SAMU apresentam um perfil de risco de ser acometidos pela síndrome de burnout. Esse grupo de profissionais é constituído, predominantemente, de mulheres solteiras, com filhos, que têm pós-graduação e percebem baixo salários. Por essarazão, é preciso refletir sobre o processo de adoecimento desses profissionais inseridos nesse modelo de atenção à saúde.

Os resultados encontrados confirmaram que os enfermeiros do SAMU de João Pessoa – PB - Brasil - apresentam características que se refletem nas dimensões alteradas negativamente para a SB. O que chamou mais à atenção nesses resultados foi um número considerável de profissionais com características de *burnout*, principalmente os casos classificados como Perfil 2. Esse tipo de classificação é constituída de casos mais graves da doença, em que o profissional precisa se afastar do trabalho para se tratar, segundo estudiosos do assunto e o próprio manual do CESQT.

Quanto à associação de *burnout* com os fatores sociodemográficos, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis *sexo*, *estado civil*, *formação e remuneração*, o que pode indicar que essas variáveis não contribuem para o desencadeamento da síndrome de burnout nesse tipo de trabalhador.

Considerando esses resultados, pode-se concluir que a ocorrência da SB afeta a vida dos enfermeiros pesquisados no trabalho e que é imprescindível fazer estudos que investiguem esse tipo de caso, não só por causa dos resultados apresentados, mas também devido à carência de estudos que investiguem o estresse em trabalhadores de setores de urgência e emergência. Nessa perspectiva, é muito importante que o SAMU, os gestores e os próprios trabalhadores façam intervenções, como, por exemplo, criar uma equipe de profissionais especializada dentro das bases e atuar na prevenção do burnout, de modo que criem estratégias para tratar e acompanhar os casos detectados.

A SB é um problema recorrente entre os enfermeiros que atuam no SAMU e interfere na qualidade de suas vidas. Por essa razão, é preciso repensar a forma de organizar o trabalho desses profissionais com o fim de prevenir esse fenômeno que pode afetar a saúde física, mental e social dos indivíduos e trazer consequências negativas para o processo de trabalho.

Vale salientar que este estudo apresenta uma série de limitações, a começar pela coleta dos dados, devido ao fato de os profissionais não conhecerem o assunto. Além disso, apesar de a SB ser reconhecida pela Previdência Social, ainda há preconceito entre os profissionais

por seu desconhecimento. Também há poucas publicações acerca da temática, não só na área de que faz parte, como também de forma geral, o que sugere mais investigações e uma ampla divulgação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2013, junho 13; Seção 1. 59 - 62.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União 2012. Acesso em: 14 de nov 2015. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
3. BATISTA, J.B.V.; CARLOTTO, M.S.; COUTINHO, A.S.; AUGUSTO, L.G.S. Síndrome de burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicol. estud.*, v. 16, n. 3, p. 429-35, 2011.
4. BARBOSA, F. T; ELOI, R.J.; SANTOS, L. M.; LEÃO, B. A.; LIMA F. J. C.; RODRIGUES C. F.S. Correlação entre a carga horária semanal de trabalho com a síndrome de burnout entre os médicos anestesiológicos de Maceió - AL. *Rev Bras Anesthesiol.*;v.67, n.2, p:115-121, 2017.
5. BATISTA, J.B.V.; BARROS, E.O.; MORAIS, J.M.D.; MOREIRA, M.A.D.M.; COSTA, T.F.; BRITO, F.M. Síndrome de burnout em trabalhadores da saúde: revisão integrativa. *J. Nurs. UFPE on line*, v. 7 (esp.), p. 7118-26, 2013.
6. CALUMBI, R.A; AMORIM, J.A ; MACIEL, C.M.C et al. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiológicos da cidade de Recife. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 60, n. 1, janeiro/fevereiro, 2010.
7. CARLOTTO, M.S.A. SÍNDROME DE BURNOUT E O TRABALHO DOCENTE. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v7n1/v7n1a03.pdf>.
6. CARLOTTO, M.S. Síndrome de burnout em professores: avaliação, fatores associados e intervenção. 2012. ED. Livpsic. I.S.B.N. 978-989-8148-91-9- Porto, Portugal.
7. DANTAS, T.R.S. **Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência no estado da Paraíba - BR.** 2011- UFPB.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Centro de Ciências em Saúde). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5121/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em 12.jan.2018.

8. DEJOURS,C. **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. São Paulo, SP: Ed. Oboré, 1992.

9. ELIAS, M. A, NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem, v.14, n.4, p.517-25. 2006.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>> acesso em: 16 de janeiro de 2018

10. EZAIAS, G.M; GOUVEA, P. B; HADDAD; M. C. L et al..Síndrome de burnout em trabalhadores de Saúde de um Hospital de Média Complexidade. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.524-9.2010.

11. FERNANDES, M. A; SOUSA, F. K; SANTOS, J S. et al. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. R. pesq.: cuid. Fundam Online, v.4, n.4, p.3125-135, 2012.

12. FERNANDES, C. R et al. Conhecimento de estudantes de Medicina sobre o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Rev. bras. educ. med. [online], v.38, n.2, p. 253-260. 2014.

13. FERNANDES, M.A; SOUSA, F.K. SANTOS, J.S. RODRIGUES, J.A. MARZULE, H.P.Síndrome de burnout em profissionais de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. R. pesq. cuid. fundam online,v.4, n.4, p.3125-35, 2012.

FRANÇA, F. M., FERRARI, R. Síndrome de burnout e os aspectos sociodemográficos em profissionais de Enfermagem. Acta Paul Enferm, v.22, n.5, p.743-8. 2012.

14. GALDINO, A; SANTANA, V. S; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.145-159, 2012.

15. GIL-MONTE, P. R.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” em professores. *Rev saúde pública*, v.44, n.1, p.140-147.2010.
16. GIL-MONTE, P.R. et al. Síndrome de quemarse por el trabajo, *burnout*. Uma enfermidade laboral em la sociedade del bienestar. Madrid: Pirámide, Book 2005. DOI: 10.13140/2.1.4614.8806. Disponível em: <file:///C:/Users/anna/Downloads/2005_indice%20(1).pdf>
17. GIL-MONTE, P. R.; PIERÓ, J.M. **Desgaste psíquico em el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Síntese, 1997.
18. GOULART, C.B; HADDAD, M.C.L; VANNUCHI, M.T.O. Fatores predisponentes da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 48-55, 2010 .
19. GIL-MONTE, P.R.; CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” em professores. *Rev. saúde pública*, v.44, n. 1, p. 140-7, 2010.
20. HOLMES, E. S. et al. Síndrome de burnout em enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v. 8, n. 7, p. 1841-7, 2014b.
21. JODAS, D.A; HADDAD, M.C.L. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*, v.2, p.192-7, 2009.
22. LAUTERT, L E.; CHAVES H. B.; MOURA G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v.6, p.415-425, 1999. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1999.v6n6/415-425/pt>> ,
23. LOPES, S. L.B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento. médico pré-hospitalar. *Medicina*. Ribeirão Preto, Simpósio: TRAUMA II 32: 381-387. 1999.
24. LUCENA, T. I., BENITO, L. A. O. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem em um pronto-socorro do Distrito Federal (DF). *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 1-7. 2015.

25. MACHADO, V. O'CBWYER, G. ANDRADE, C.L.T. BAPLISTA, T. W. F. PTTHAN, R. G. V. IBÁÑEZ, N. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.2, 2016.
26. MASLACH, C., JAKSON, S.E. The Measurement of Experienced. Journal of occupational behaviour, v.2, p.99-113 (1981). Disponível em: <[Burnouthttps://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf](https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf)>
27. MASLACH, C. *Burnout: a multidimensional perspective*. In W.B. Schaufeili, C. Maslache & T. Marek (Eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.19-32). New York: Taylor & Francis. 1993. Disponível em <<file:///C:/Users/anna/Downloads/BOSOCIAL.pdf>>
28. MEDEIROS, S.M; MENDONÇA, S.D; SILVA, M .P. et al. Mundo do trabalho atual e as implicações mentais para profissionais de enfermagem oncológica. Rev enferm UFPE on line, v.6, n.8, p.1927-32, 2012.
29. MORALES, L. S.; MURILLO, L. F.H. Síndrome de burnout. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual, v. 32, n.1, 2015.
30. MICHELIN. N.S; JENSEN, R.; JAMAS, M.T; PALVAQUEIRES,S.; PARADA, C.M.G.L. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Rev Bras Enferm [Internet], v.69, n.4, p.669-75, 2016.
31. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2971. Brasília: Ministério da Saúde, 2008
- NAUJORKS, M. I. ; BARASUOL, E. B. (2004). *Burnout* docente no trabalho com a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. Cadernos de Educação Especial, 24, p. 97-106.
32. O'DWYER, G.M; RUBEN, A. Cuidado integral e atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do estado do Rio de Janeiro.Saude soc.[online], v.22, n.1, p. 199-210, 2013.

33. OLIVEIRA FILHO, A.; NETTO-OLIVEIRA, E. D.; OLIVEIRA, A. A. B. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 23, n. 1, p. 57-67, 2012.
34. OLIVEIRA, L. P. S., ARAÚJO, G. F. Características da síndrome de burnout em enfermeiros da emergência de um hospital público. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v.5, n.1, p.34-42, 2016.
35. POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.
36. PINTO, R.C; SANTOS, G.S. **A síndrome de burnout no profissional de Enfermagem.** <http://redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes>, 2012.
37. SEMINOTTI, E.P. **QRD à base Samu! Etnografia de um serviço de urgência: o Samu-João Pessoa/PB.** <http://www.cchla.ufpb.br/ppga>, 2013.
38. SILVEIRA, S. L. M., CÂMARA, S. G., AMAZARRAY, M. R. A. Preditores da síndrome de burnout em profissionais da Saúde na atenção básica de Porto Alegre-RS. *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 386-92, 2014.
39. TRINDADE, L.L; LAUTERT, L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.*, v.44, n.2, p.274-9, 2010.
40. SILVA, S. C. P. S, NUNES, M. A. P., SANTANA, V. R., REIS, F. P., MACHADO NETO, J., LIMA, S. O. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*, v.20, n.10, p.3011-3020.2015.
41. TAVARES, K. F. A., SOUZA, N. V. D. O., SILVA, L. D. S., FONSECA, C. C. KESTENBERG, C. F. Ocorrência da síndrome de burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paul Enferm*, v.27, n.3, p.260-265, 2014.
42. TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S.; FERREIRA, J. H. G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cad. Saúde Colet.*, v.25, n.1, p. 51-57, Rio de Janeiro, 2017.

43. ZANATTA, A. B., LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da Saúde de um hospital onco-hematológico infantil. Rev Esc Enferm USP, v.42, n.2, p.253-260, 2015.

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO: Síndrome de burnout em enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - da cidade de João Pessoa, PB

MESTRANDA: Jocerlania Maria Dias de Moraes

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito Vidal Batista

Prezado (a) profissional,

A pesquisa **Síndrome de burnout em enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU - da cidade de João Pessoa, PB**, está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Jocerlania Maria Dias de Moraes**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível de Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Jaqueline Brito V. Batista, cujos objetivos são de avaliar a incidência da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam no SAMU, no município de João Pessoa, e caracterizar sua presença nesses profissionais, de acordo com as três dimensões da síndrome e a associação com alguns fatores sociodemográficos e as condições de trabalho.

A pesquisa contribuirá para o conhecimento da incidência da síndrome de burnout nos profissionais acima citados, já que muitos deles não a conhecem e, muitas vezes, não sabem que estão sendo acometidos por essa patologia. Além disso, por desconhecer tal problemática, não sabem como tratar ou prevenir.

Para realizar esta pesquisa, solicito sua colaboração para responder ao questionário em anexo e sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Considerando-se que toda pesquisa que envolve seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado apenas a um possível desconforto pela disponibilidade de tempo para responder ao questionário autoaplicável e as perguntas sobre fatores que podem estar relacionados à sua prática profissional.

É necessário enfatizar que serão respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, preconizados pela **Resolução 466/12 da CONEP/MS**, em vigor no país, principalmente o princípio ético da autonomia dos participantes, sobretudo o que concerne ao Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento imprescindível para o desenvolvimento de atividades de pesquisa com seres humanos, ponderando sua privacidade, dignidade e defendendo sua vulnerabilidade.

Convém esclarecer que sua participação no estudo é voluntária, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolva, a qualquer momento, desistir dele, não sofrerá nenhum dano.

Considerando a relevância da temática no campo da Saúde, solicito sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo em eventos da área de Saúde e em revistas científicas da área. Para tanto, por ocasião dos resultados publicados, sua identidade será mantida no anonimato, bem como as informações confidenciais fornecidas.

Você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Diante do exposto, caso concorde em participar da investigação proposta, convido você a, juntamente comigo, assinar este termo.

CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto e de minha participação como entrevistada, declaro meu consentimento em participar da pesquisa e concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Em virtude de o TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e pelo sujeito da pesquisa.

João Pessoa, ____/____/____

Atenciosamente,

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Caso necessite de mais informações sobre a pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora:

Telefones para contato com a pesquisadora: (83) 8805- 999968794. Email: familia_morais@hotmail.com

- Endereço residencial: R. Débora da Silva Braga, 104, ED. Santa Ana. AP. 203, Bessa, Joao Pessoa - PB. CEP: 58036843
- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Endereço: Campus I – Cidade Universitária/João Pessoa- PB. Fone: (83) 3216-7109.

- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB. Fone: (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INFORMAÇÃO SOBRE O QUESTIONÁRIO - CESQT

O questionário que você irá preencher não será mostrado, em nenhum caso ou circunstância, a outras pessoas de sua instituição. Só terão acesso ao seu conteúdo os membros da equipe de investigação. Todos os dados serão tratados confidencialmente. O seu anonimato será mantido em todo o momento, e os dados só serão analisados de forma coletiva.

É importante que você responda a todas as questões, pois as omissões invalidam o conjunto da escala. Certifique-se, ao final, de que todas as questões foram respondidas.

1. Sexo: M ☐ F ☐	2. Idade: _____a nos	3. Estado civil: solteiro(a) ☐ casado(a) ☐ separado(a) ☐ viúvo(a) ☐
4. Filho(s): Não ☐ Sim ☐ Quantos? _____		5. Situação conjugal: Com parceiro(a) fixo(a) ☐ Sem parceiro(a) fixo(a) ☐
6. Remuneração: Até três salários mínimos ☐ De três a seis salários mínimos ☐ Mais de seis salários mínimos ☐		
7. Formação: médio ☐ superior ☐ pós-graduação ☐		8. Tempo de atuação profissional: _____anos
9. Tempo de atuação nesta unidade: _____anos		10. Carga horária semanal _____ horas
11. N° de pacientes (aproximado) com os quais tem contato diariamente: _____		12. Tem outra atividade de trabalho Não ☐ Sim ☐ Qual? _____
13. Trabalha em outra instituição de saúde? Não ☐ Sim ☐		

Pense com que frequência lhe ocorrem as ideias abaixo, tendo em conta a escala de 0 a 4. Para responder, faça um X na alternativa (número) que mais se ajusta à sua situação:

0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Diariamente					
1) O meu trabalho representa, para mim, um desafio estimulante.					0	1	2	3	4
2) Não me agrada atender algumas pessoas em meu trabalho.					0	1	2	3	4
3) Acho que muitas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são insuportáveis.					0	1	2	3	4
4) Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.					0	1	2	3	4
5) Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.					0	1	2	3	4
6) Acho que as pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são desagradáveis.					0	1	2	3	4
7) Penso que trato com indiferença algumas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho.					0	1	2	3	4
8) Penso que estou saturado/a pelo meu trabalho					0	1	2	3	4
9) Sinto-me culpado/a por algumas das minhas atitudes no trabalho.					0	1	2	3	4
10) Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas.					0	1	2	3	4
11) Aprecio ser irônico/a com algumas pessoas em meu trabalho.					0	1	2	3	4
12) Sinto-me pressionado/a pelo trabalho.					0	1	2	3	4
13) Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.					0	1	2	3	4
14) Rotulo ou classifico as pessoas com quem me relaciono no trabalho segundo o seu comportamento.					0	1	2	3	4
15) O meu trabalho é gratificante.					0	1	2	3	4
16) Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.					0	1	2	3	4
17) Sinto-me cansado/a fisicamente no trabalho.					0	1	2	3	4
18) Sinto-me desgastado/a emocionalmente.					0	1	2	3	4
19) Sinto-me realizado com meu trabalho.					0	1	2	3	4
20) Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.					0	1	2	3	4

Anexo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 21/07/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU DA CIDADE DE JOÃO PESSOA, PB”**, da pesquisadora Jocerlania Maria Dias de Moraes. Prot. nº 0230/16. CAAE: 56815416.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.

Teresa Cristina Cunha
Teresa Cristina Cunha
Mat. SIAPE 0331417
CEP-CCS-UFPB