



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM FUNCIONÁRIOS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO BRASIL***BURNOUT* SYNDROME PREVALENCE IN EMPLOYEES FROM PRIMARY HEALTH CARE IN A CITY IN SOUTH BRAZIL**

Thiago Mamôru Sakae¹
João Carlos Fantini Schaefer²
Mariana Soares Pereira²
Gislene Rosa Feldman Moretti Sakae³
Ana Paula Goulart⁴
Taisa Fantini Schaefer⁵

RESUMO

Introdução: O estresse é elemento comum à grande maioria populacional, nas mais variadas regiões e países, e nas mais diversas profissões, em especial àquelas que lidam a vida de terceiros.

Objetivo: Descrever a incidência de *Burnout* em funcionários da Estratégia Saúde da Família do município de Tubarão-SC por meio do Maslach Burnout Inventory. Métodos: Estudo transversal, de um universo de 424 funcionários, dos quais 218 constituíram a amostra. Resultados: A prevalência de *Burnout* foi de 82,1% pelos critérios de Ramirez e 5,5% conforme critérios de Grunfeld. Sexo masculino, trabalhar em outro emprego e não ter filhos foram fatores de risco para a síndrome. Discussão: A síndrome de *burnout* se apresenta de uma maneira bem heterogênea, com os sintomas não percebidos ou subestimados pela maioria dos trabalhadores.

Palavras-chave: *Burnout*. Estresse. Setor da saúde. Estudo transversal.

ABSTRACT

Background: The stress is most common element in the population in various regions and countries, and in various professions, especially those dealing with others with their lives. Objective: To describe the Burnout prevalence in the Health Family Strategy employees in Tubarão city – South Brazil, by means of “Maslach Burnout Inventory”. Methods: Cross sectional study from population of 424 employees which 218 constitute the sample. Results: The prevalence of Burnout was 82% following Grunfeld and 5,5% following Ramirez criteria. Male gender, works in another employee and do not have children were factors associated with de syndrome. Discussion: Burnout syndrome may be very heterogeneous, with symptoms unrealized or underestimated by workers.

Keywords: Burnout. Stress. Health sector. Cross sectional study.

¹Médico anesthesiologista. Doutor em Ciências Médicas - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Mestre em Saúde Pública – UFSC. Professor de Epidemiologia – Curso de Medicina – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Tubarão – SC. E-mail: thiagosakae@gmail.com.

²Médicos formados pela Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.

³Médica Cardiologista do Hospital São José, Criciúma – Santa Catarina.

⁴Médica Psiquiatra. Professora do Curso de Medicina – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

⁵Médica especialista em Medicina do Trabalho e Medicina de Saúde da Família. Professora do Curso de Medicina – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.



INTRODUÇÃO

O termo *burnout* advém do campo da ciência dos foguetes referindo-se como aquilo que deixou de funcionar por exaustão. A expressão foi originalmente usada em 1940 para referir-se ao colapso dos motores dos jatos e dos foguetes.^(1,2)

A partir desse termo, H.J.Freudenberge em 1974, descreveu como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos, observados por ele em jovens trabalhadores de uma clinica de dependentes químicos, na cidade de Nova York nos Estados Unidos.⁽¹⁾

Entretanto, foi Maslach quem liderou os estudos sobre a estafa profissional, sendo autora do primeiro trabalho publicado sobre o tema em 1986.⁽³⁻⁶⁾

O *burnout* foi reconhecido como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos.⁽⁵⁻¹²⁾ No Brasil, o Decreto número 3.048, de 06 de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças – CID-10) cita a “Sensação de Estar Acabado”, “Síndrome de *Burnout*”, “Síndrome do Esgotamento Profissional” como sinônimos do *burnout*, que, na CID-10, recebe o código Z73.0.⁽¹³⁾

Essa síndrome tem um quadro bem definido de exaustão emocional e se apresenta como primeiro sintoma a se notar oriundo de um esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo, despersonalização ou desumanização, que consiste no desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou de cinismo para com outras pessoas no trabalho ou no serviço prestado, redução da realização pessoal, tendências a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, vivências de insuficiência profissional, sentimentos de vazio, esgotamento, fracasso, impotência, baixa autoestima. É frequente irritabilidade, inquietude, dificuldade para a concentração, baixa tolerância à frustração, comportamento paranóides e/ou agressivos para com os clientes, companheiros e para com a própria família.^(3,5,15-18)

Manifestações físicas: Como qualquer tipo de estresse, a Síndrome de *burnout* pode resultar em Transtornos Psicossomáticos. Estes, normalmente se referem à fadiga crônica, frequentes dores de cabeça, problemas com o sono, úlceras digestivas, hipertensão arterial, taquiarritmias, e outras desordens gastrintestinais, perda de peso, dores musculares e de coluna, alergias, etc.^(5,8)

Manifestações comportamentais: probabilidade de condutas aditivas e evitativas, consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais, absenteísmo, baixo rendimento pessoal,



distanciamento afetivo dos clientes e companheiros como forma de proteção do ego, aborrecimento constante, atitude cínica, impaciência e irritabilidade, sentimento de onipotência, desorientação, incapacidade de concentração, sentimentos depressivos, frequentes conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e dentro da própria família. ^(5,8)

Esse quadro se deve tanto às características inerentes à profissão - como convívio intenso com pacientes, intensidade das interações emocionais e a falta de tempo livre para lazer e férias - quanto às mudanças pelas quais a prática médica vem passando nos últimos 20 anos, que incluem progressivo declínio da autonomia profissional, diminuição do status social da profissão e aumento das pressões sofridas por estes profissionais (médicos, enfermeiros, agentes de saúde). ^(11,16-19)

Estudos mostram que este desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo a se ausentar do trabalho (absenteísmo), gerando licenças por auxílio-doença e a necessidade, por parte da organização, de reposição de funcionários, transferências, novas contratações, novos treinamentos, entre outras despesas. ^(13,16)

As seguintes tendências contemporâneas abrangentes e demais questões afetam todos os ambientes de trabalho e fornecem um contexto, incluindo pontos de vista divergentes entre as gerações, para o *stress* e o *burnout*. ^(21,22)

Tempo e dinheiro: Muitos dos profissionais de hoje buscam mais tempo no trabalho versus compensação financeira.

- Papel Profissional versus pessoal: A maioria dos funcionários quer ser ativo, tanto no trabalho como em casa, não se sentindo obrigado a escolher entre os dois.

- Superclasse crescente de funcionários: Como cada vez mais os profissionais optam por trabalho menos estressante e mais tempo dedicado ao setor pessoal, um subgrupo de empregados, muitas vezes caracterizados como mais focados, estão desconsiderando a carga de viagens, e longas horas de jornada.

- Integração em casa e no trabalho: Empregadores estão cada vez mais sendo solicitados a oferecer serviços para reduzir o stress, de gerir a vida profissional e pessoal.

- Empresários X nova geração: Funcionários entre seus 20 e 30 anos tipicamente visam um local de trabalho diferente do que seus colegas da geração anterior, preferindo uma maior autonomia e menos burocracia. Eles são "leais" ao trabalho contra o empregador. Assim, muitos estão escolhendo trabalho independente (*freelancing*), tais como empresas de trabalho temporário na área da saúde.

- Gestão colaborativa: Modelos tradicionais das estruturas administrativas também estão em um estado de fluxo, com achatamento das hierarquias e estruturas de equipe aumentadas. Pessoas que



podem criar ambientes de trabalho em equipe, e criatividade, é a definição de gerentes fortes. Já não é de cima para baixo a hierarquia de controle vista como desejável.

Este estudo teve por objetivo descrever a prevalência de *Burnout* em profissionais da área da saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Tubarão-SC.

MÉTODOS

Foi delineado um estudo epidemiológico transversal. A população foi constituída dos funcionários das 30 Unidades Básicas de Saúde do município de Tubarão. A amostra necessária com base numa prevalência estimada de síndrome de *Burnout* de 10% com erro alfa de 5% seriam de 103 indivíduos. A amostra selecionada foi de 218 funcionários.

Foram incluídos na amostra os profissionais da área da saúde, com vínculo formal, compreendendo médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde que estavam trabalhando na Estratégia Saúde da Família do município de Tubarão nos anos de 2011 a 2012.

Foram excluídos funcionários menores de 18 anos e os que se recusaram a participar da pesquisa. A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012, através do preenchimento de questionários. Os participantes foram abordados dentro do seu horário de trabalho, de acordo com a disponibilidade para participar do estudo.

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, propostas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96 e nº 7/8/97, sendo informados a todos os participantes quanto aos métodos, propósitos e benefícios do estudo. Apenas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que foi realizada a pesquisa. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina e aprovado.

Foi realizada uma pesquisa semiestruturada com profissionais da área da saúde que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As variáveis coletadas foram idade (em anos), sexo (masculino/feminino), estado civil, (casado/solteiro/viúvo/outros), número de filhos (em números inteiros), profissão, tempo de serviço (em anos), exercício profissional em outro local (sim/não), horas semanais de atividades de lazer (números inteiros) e o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Em relação à seleção dos instrumentos para a avaliação da síndrome, optamos pela aplicação do questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson



em 1978, que, de acordo Gil-Monte e Peiró (1999), é o instrumento mais utilizado para avaliar o *Burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem.

Esse instrumento avalia as três dimensões da síndrome – cansaço emocional, despersonalização e realização profissional, desconsiderando antecedentes prévios e consequências de seu processo.

O MBI tem várias versões para aplicação em situações de trabalho específicas, tais como o *MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS), o *MBI-Educators Survey* (MBI-ES) e o *MBI-General Survey* (MBI-GS).

Os sujeitos da pesquisa responderam, inicialmente, a questionário com perguntas de abordagem sociocultural, organizado pelos autores, seguido do MBI, em sua versão adaptada e validada ao português. Trata-se de um questionário de 22 perguntas, com sete opções de resposta (escala Likert de 0 a 6), que engloba os três aspectos fundamentais da síndrome de *Burnout*.

Pontuação do questionário Maslach é adquirida com sete possibilidades de respostas, sendo 0 – para nunca, 1- para uma vez no ano, 2- para uma vez ao mês ou menos, 3 – algumas vezes ao mês, 4 – uma vez por semana, 5 – algumas vezes por semana, 6 – todos os dias.

Então se soma a pontuação de acordo com tipo de dimensão:

Cansaço emocional (questões 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) acima de 27 pontos é considerado nível alto, entre 19 – 26 nível moderado e abaixo de 19 nível baixo.

Despersonalização (questões 5, 10, 11, 15 e 22) acima de 10 pontos nível alto, entre 6 – 9 nível moderado e menor que 6 nível baixo.

Realização profissional (questões 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) acima de 33 pontos nível alto, entre 34 – 39 nível moderado e abaixo de 40 nível baixo.

Ramirez et al. definem *Burnout* quando se encontram altas pontuações em cansaço emocional e despersonalização e baixas pontuações na subescala realização pessoal. Grunfeld et al., por sua vez, consideram o diagnóstico de *Burnout* quando o indivíduo pontua nível alto em cansaço emocional ou despersonalização, ou nível baixo em realização pessoal (MOREIRA, et.al 2004).

Para a tabulação, processamento e a análise dos dados das questões objetivas foram utilizados os programas Epidata 3.1 (*Epidata Association*, Odense, Dinamarca) e SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de porcentagens e taxas. Os testes estatísticos adotados foram qui quadrado de Pearson e t-Student. O Nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$).



RESULTADOS

De um total de 424 funcionários do Programa Saúde da Família cadastrados no Departamento de Recursos Humanos da Secretária de Saúde do Município de Tubarão foram respondidos 218 questionários, correspondendo a 51,4 % da população.

Dos participantes da pesquisa, 29 (13,3%) eram do sexo masculino e 189 femininos (86,7%). Perguntados sobre o estado civil, 55% eram casados (120), 26% solteiros (58), 5,5% viúvos (12) e 12,8% outras formas de união. A média de idade encontrada foi de 39,33 anos (DP=11,18). Da amostra 144 participantes (66,1%) possuíam filhos os outros 74 (33,9%) não, sendo a média de número de filhos: 1,22 (DP=1,09).

De todos os entrevistados 20 eram médicos, 9 odontólogos, 24 enfermeiros, 8 auxiliares de consultório odontológicos ou técnicos em saúde bucal, 14 auxiliares de enfermagem, 15 técnicos em enfermagem e 128 agentes comunitários de saúde.

Questionados sobre atividades laborais, a média do tempo de profissão foi 6,59 anos (DP=6,22), 58 (26,6%) participantes responderam não possuir atividades em outros locais e 160 (73,4%) trabalhavam em outros estabelecimentos.

Para cansaço emocional foi encontrado valor alto em 100 participantes (45,9%), médio em 56 (25,7%) e baixo em 62 (28,4%). (tabela 1)

O resultado obtido para despersonalização foi alto em 78 (35,8%), médio em 42 (19,3%) e baixo em 98 (45%).

Já para realização pessoal o valor encontrado foi alto em 66(30,3%), médio em 64 (29,4%) e baixo em 88(40,4%).

Para estabelecer a prevalência da síndrome na amostra estudada, utilizando os critérios estabelecidos por Grunfeld et al., encontrou-se um total de 179 indivíduos (82,1%) com diagnóstico de *burnout*. Utilizando os critérios de Ramirez et al., houve 12 (5,5%) participantes com diagnóstico de *burnout* entre os entrevistados. (tabela 1)

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre diagnóstico de *burnout* pelo critério de Ramirez e estado civil ($p=0,54$), profissão ($p=0,62$), idade ($p=0,28$) e tempo de profissão ($p=0,32$). Por outro lado, o sexo masculino se apresentou como fator de risco para síndrome pelo mesmo critério (RP=13,3; IC95%: 4,19 - 40,54; $p<0,0001$), assim como trabalhar em outro emprego (RP=3,86; IC95%: 1,27 - 11,69; $p=0,017$). Ter filhos apresentou-se com uma tendência a fator de proteção para desenvolvimento da síndrome (RP=0,367;IC95%: 0,12 - 1,10; $p=0,067$). (tabela 3)



Os profissionais com a síndrome de *burnout* pelo critério de Ramirez tiveram menor número de horas semanais para lazer (média=10,99 horas; DP=14,95) em comparação àqueles sem a síndrome (média=21,75 horas; DP=16,73) ($p=0,017$).

Pelos critérios de Grunfeld não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de acordo com as variáveis socioeconômicas.

DISCUSSÃO

A síndrome de *burnout* se apresenta de uma maneira bem heterogênea, com os sintomas não percebidos ou subestimados pela maioria dos trabalhadores. Uma forma que reflete isto são os critérios de Grunfeld e Ramirez dando prevalências muito diferentes na mesma população, como demonstrado no presente estudo além de outros estudos com populações específicas. ^(3,13)

Pelo critério de Grunfeld, a prevalência de *burnout* neste estudo foi de 82,1%, enquanto que pelo critério de Ramirez, a prevalência encontrada foi de 5,5%. Em relação à população geral, pouco se sabe sobre a prevalência do *burnout*. Um levantamento alemão estimou que 4,2% de sua população de trabalhadores foi acometida pela síndrome. ⁽²³⁾ De acordo com pesquisas realizadas pela *International Stress Management Association Brasil* 30% de todos os profissionais brasileiros sofrem de *burnout*. ⁽²⁴⁾

Muller ⁽²⁵⁾ estudou a ocorrência de *burnout* em profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares) em um hospital brasileiro e verificou que os enfermeiros tinham maiores níveis de exaustão emocional comparados aos técnicos e auxiliares, sendo a exaustão emocional maior nos enfermeiros, com menor tempo de experiência profissional. Neste mesmo enfoque, Moreira et. al ⁽³⁾ avaliando também trabalhadores da área de enfermagem e encontraram em análise multivariada maior tempo de experiência profissional como único fator associado à exaustão emocional. Este mesmo trabalho não encontrou outros fatores independentes associados aos domínios despersonalização e realização profissional.

Quanto à distribuição da síndrome por gênero, alguns autores descrevem o sexo feminino como fator de risco para o desenvolvimento da síndrome. ^(8,13,19) A maior participação de mulheres no estudo (86,7%) pode ser explicada pela própria composição feminina da maioria das categorias profissionais da área da saúde, historicamente associada à atividade caritativa religiosa (feminização do cuidado), ainda que se tenha observado aumento no número de homens nos últimos anos. ^(8,19) Por outro lado, no presente estudo o sexo masculino se apresentou como fator de risco para *burnout*, assim como trabalhar em outro emprego.



Uma proporção relevante das pesquisas avaliou trabalhadores da área de saúde, obtendo dados muitas vezes semelhantes. Um estudo sugeriu que a síndrome poderia afetar mais de 40% dos médicos em um nível suficiente para comprometer o bem-estar pessoal ou o desempenho profissional destes. ⁽²⁶⁾ No presente estudo, a prevalência de *burnout* entre os médicos foi de 70% pelo critério de Grunfeld e de 20% pelo critério de Ramirez, sendo este segundo um critério sabidamente mais rígido, o que poderia inferir que os casos seriam mais parecidos com os do estudo de Henderson, apresentando uma prevalência mais baixa do que a daquele estudo.

Em um estudo longitudinal realizado em Nova York, Chicago e Wisconsin com amostra de 422 médicos, a prevalência de *burnout* encontrada foi de 27%. Uma aparente associação encontrada naquele estudo sugeriu que insatisfação, estresse e *burnout* em médicos estavam ligados a pacientes insatisfeitos e que poucos aderiam aos tratamentos prescritos. ⁽²⁷⁾

Ainda em relação aos profissionais da saúde, 136 membros da Sociedade Brasileira de Cancerologia responderam a três questionários, um deles para avaliar o *burnout*. Observou-se essa síndrome em níveis moderados ou graves em 15,7% dos médicos. Na subescala de cansaço emocional, 55,8% dos indivíduos pontuaram níveis moderado ou grave; na subescala de despersonalização, a pontuação correspondente a esses níveis foi atingida por 96,1% e na subescala de realização pessoal 23,4%. ⁽⁴⁾

Segundo algumas pesquisas ⁽²⁸⁻³⁰⁾, a epidemiologia da Síndrome de *Burnout* tem aspectos bastante curiosos. Os primeiros anos da carreira profissional seriam mais vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome. Com relação ao estado civil, tem-se associado a síndrome mais com as pessoas sem parceiro estável. É descrita uma preponderância do transtorno nas mulheres, possivelmente devido à dupla carga de trabalho que concilia a prática profissional e a tarefa familiar.

A Síndrome de *Burnout* se apresenta como o produto de uma interação negativa entre o local, a equipe de trabalho e os clientes. De fato, a Organização Internacional do Trabalho reconhece que o estresse e a síndrome de *Burnout* não são fenômenos isolados, mas ambos foram convertido em um risco ocupacional significativo. Fica claro a importância do bem-estar e a saúde do indivíduo no trabalho, pois é no trabalho que passa-se a maior parte do tempo. A qualidade de vida está diretamente relacionada com as necessidades e expectativas humanas e com a respectiva satisfação desta. Corresponde ao bem-estar do indivíduo, no ambiente de trabalho, expresso através de relações saudáveis e harmônicas.



REFERÊNCIAS

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*, v. 30, p.159-165, 1974.
2. Trigo RT, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos Psiquiátricos. *Rev. Psi Clin*, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.
3. Moreira D, Magnago R, Sakae T, Magajewski F. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul. *Cad Saúde Pública*, v.25, n.7, p.1559-1568, 2009.
4. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVP, Cenfolati G, Souza CM, Monteiro TA. Síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev. Assoc Med Bras*, v. 52, n.2, p.108-112, 2006.
5. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Appl Prev Psychol*, v. 7, p. 63-74, 1998.
6. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*, v. 13, p.255-261, 2005.
7. Golembiewski RT. Next stage of burnout research and applications. *Psychol Rep*, v. 84, p. 443-446, 1999.
8. Gil MPR, Peiró JM. Validez factorial Del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, v.11, p. 679-89, 1999.
9. Benson H. Foreword: Twenty-fifth anniversary update. In *The relaxation response*, p. 1-45. New York: Harper Torch, 2000.
10. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, v. 109, p. 186-204, 1979.
11. Mc Gowan B. Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*, v.15, n. 42, p. 33-38, 2001.
12. Gil MPR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por El trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*, v.7, p.3-10, 2002.
13. Menegaz FD. Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Santa Catarina, 2004.
14. Jones D, Tanigawa T, Weisse S. Stress management and workplace disability in the US, Europe, and Japan. *Journal of Occupational Health*, v. 45, p. 1-7, 2003.
15. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, v. 98, p. 310-357, 1985.



16. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, v. 119, p. 488-531, 1996.
17. Rambur B, McIntosh B, Val PM, Reiner K. Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 37, n. 2, p. 185-192, 2005.
18. Carlotto MS. A síndrome de burnout e o trabalho docente. *Rev Psicologia em Estudo*, v. 7, n.1, p. 21-29, 2002.
19. Galindo RH, Feliciano KVO, Lima RAS, Souza AI. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Brasil. Cad. Saúde Pública*, v. 25, n.7, p.1559-1568, 2009.
20. Buerhaus P. Implications of an aging registered nurse workforce. *Journal of the American Medical Association*, v. 283, n. 22, p. 2948-2954, 2000.
21. Hymowitz C. How can a manager encourage employees to take bold risks? *Wall Street Journal*, B1, 2000.
22. Swearingen S, Liberman A. Nursing generations: An expanded look at the emergence of conflict and its resolution. *The Health Care Manager*, v. 23, n.1, p. 54-64, 2004.
23. Houtman ILD, Schaufeli WB, Tarist T. Psychische vermoeidheid en werk (Mental fatigue and work). Alphen a/d Rij: NOW - prioriteiten programma PVA/ Samsom, Stress do trabalho e qualidade de vida: um novo modelo, mais saudável e simples para as pessoas e as organizações. In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Anais. Porto Alegre, 1998.
24. Rossi AM, Meurs JÁ, Perrewé PL. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho – melhorando a saúde e o bem-estar dos funcionários. Ed. Atlas, 2013.
25. Muller D. A síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo junto dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dissertação de Mestrado, 2004.
26. Henderson G. Physician burnout. *Hosp Physician*, v. 20, p. 8-9, 1984.
27. Linzer M, Manwell LB, Mundt M, Williams E, Maguire A, McMurray J, Plane MB. Organizational climate, stress, an error in primary care: the MEMO Study. *Advancer in Patient Safety*, v. 1, p. 65-77, 2003.
28. Martinez J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout em personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, v. 71, p. 293-303, 1997.
29. Aiken LH, Clarke SP, Sloan DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality on Health Care*, v.14, n.1, p. 5-13, 2002.
30. Aiken LH, Clarke SP, Sloan DM, Sochalski J, Silber J. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, v. 288, n.16, 1987-1993.



31. Kanaane, R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao Século XXI. São Paulo: Atlas. 1994.

Tabela 1- Prevalência de *Burnout* de acordo com as dimensões do MBI e critérios.

Dimensões	N (%)
Cansaço emocional	
Alto	100 (45,9%)
Médio	56 (25,7%)
Baixo	62 (28, 4%)
Despersonalização	
Alto	78 (35,8%),
Médio	42 (19,3%)
Baixo	98 (45%)
Realização pessoal	
Alto	66(30,3%)
Médio	64(29,4%)
Baixo	88(40,4%)
Grunfeld et al.	179 (82%)
Ramirez et al.	12 (5,5%)



Tabela 2 – Prevalência de *Burnout* de acordo com a profissão.

Profissão	Critérios diagnósticos	
	Grunfeld et al. ²²	Ramirez et al. ²¹
Médico	14 (70%)	4 (20%)
Odontólogo	8 (88,9%)	0 (0%)
Enfermeiro	20 (83,3%)	2 (8,3%)
Auxiliar de Consultório Odontológico	7 (87,5%)	0 (0%)
Auxiliar de Enfermagem	13 (92,9%)	2 (14,3%)
Técnico em Enfermagem	11 (73%)	0 (0%)
Agente Comunitário de Saúde	106 (82,8%)	4 (3,1%)

Tabela 3 – Variáveis associadas à síndrome de *Burnout* de acordo com o critério de Ramirez.

Variável	RP	IC95%	p
Sexo masculino	13,03	4,88 – 63,81	<0,0001
Estado civil separado	1,23	0,67 – 8,42	0,544
Ter filhos	0,36	0,12 – 1,11	0,067
Outro emprego	3,86	1,27 – 11,69	0,017