

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**FLÁVIO COSTA DA CONCEIÇÃO**

**FATORES DE RISCO DA SÍNDROME DE *BURNOUT* NA EQUIPE DE  
SAÚDE DE UMA EMPRESA PRIVADA DO ESPÍRITO SANTO NO  
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**

VITÓRIA/ES

2017

**FLÁVIO COSTA DA CONCEIÇÃO**

**FATORES DE RISCO DA SÍNDROME DE *BURNOUT* NA EQUIPE DE  
SAÚDE DE UMA EMPRESA PRIVADA DO ESPÍRITO SANTO NO  
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho

VITÓRIA/ES

2017

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

C744f Conceição, Flávio Costa da.  
Fatores de risco da Síndrome de Burnout na equipe de saúde de uma empresa privada do Espírito Santo no atendimento pré-hospitalar móvel. / Flávio Costa da Conceição. - 2017.  
69f.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2017.

1. Estresse ocupacional. 2. Saúde do trabalhador. 3. Assistência hospitalar móvel. 4. Profissionais de saúde. I. Coelho, Maria Carlota Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 331.472

---

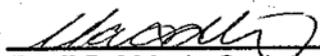
**FLÁVIO COSTA DA CONCEIÇÃO**

**FATORES DE RISCO DA SÍNDROME DE BURNOUT NA EQUIPE DE SAÚDE DE  
UMA EMPRESA PRIVADA DO ESPÍRITO SANTO NO ATENDIMENTO PRÉ-  
HOSPITALAR MÓVEL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 14 de agosto de 2017.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

  
Profª Drª Maria Cañota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória  
Orientadora

  
Profª Drª. Luzimar dos Santos Luciano  
Universidade Federal do Espírito Santo

  
Profª Drª Maristela Dal-Belo Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória

Dedico esta Dissertação a  
minha esposa, que esteve  
sempre ao meu lado para  
alcançar esta vitória.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela preparação das condições para fazer o mestrado, e à família.

À Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), pela oportunidade de fazer a Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento Local.

E, em especial, a dois anjos amigos que sempre me incentivaram a nunca desistir: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Carlota e Dr<sup>a</sup> Alessandra Tieppo. A elas, meu muito obrigado.

## RESUMO

O estudo abordou a correlação entre os hábitos de vida e o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nos trabalhadores de uma empresa privada de atendimento médico pré-hospitalar móvel. Os objetivos foram: apresentar o atendimento pré-hospitalar móvel no bojo da política nacional de urgência e emergência; entender a Síndrome de *Burnout* no contexto da Política Nacional de Saúde do trabalhador; identificar a presença de fatores de risco para a Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da equipe de saúde de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que atua no Estado do Espírito Santo; levantar os dados sociodemográficos, profissionais e hábitos de vida dos trabalhadores da equipe de saúde de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que atua no Estado do Espírito Santo e correlacionar os dados sociodemográficos, profissionais e hábitos de vida aos fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* na equipe de saúde de uma empresa privada do ES no atendimento pré-hospitalar móvel. O estudo é descritivo e exploratório de abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 56 trabalhadores e como instrumento utilizou-se o *Maslack Burnout Inventory*. Quanto à qualidade de vida, os resultados apontam que a média de idade foi 35 anos; 91,1% não fumam; 60,7% não ingerem álcool e 62,5% referem fazer algum tipo de atividade física, sendo que a maioria relatou praticar de 2 ou 3 vezes por semana. Quanto às três dimensões que caracterizam a Síndrome de *Burnout*, identificou-se que 75% apresenta nível baixo de exaustão emocional; 50% apresenta nível baixo de despersonalização e 57,1% dos trabalhadores apresentam níveis altos em relação à realização profissional. Portanto o conjunto de trabalhadores não se caracterizou como portadores da Síndrome de *Burnout*. Conclui-se que os hábitos de vida dos trabalhadores estudados foram fatores protetores para o não desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Saúde do trabalhador. Profissionais de saúde. Assistência hospitalar móvel.

## ABSTRACT

The study addresses the correlation between life habits and the development of Burnout syndrome in the employees of a private pre-hospital mobile medical service. The objectives were: to present the pre-hospital mobile service in the heart of the national emergency and emergency policy; To understand Burnout syndrome in the context of the National Health Policy of the worker; To identify the presence of risk factors for Burnout syndrome among workers of the health team of a prehospital mobile health service that operates in the state of Espírito Santo; To collect sociodemographic, professional and life habits data of health team workers from a mobile prehospital care service in the state of Espírito Santo, and to correlate socio-demographic, professional and life-style data with risk factors for development Of Burnout syndrome in the healthcare team of a private healthcare company in prehospital care. It's a descriptive and exploratory study of quantitative approach. A total of 56 workers participated in the study and was used as a Maslack Burnout Inventory. Regarding quality of life, the results indicate that the mean age was 35 years; 91.1% do not smoke; 60.7% did not drink alcohol and 62.5% reported doing some type of physical activity and most reported practicing 2 or 3 times a week. Regarding the three dimensions that characterize Burnout syndrome, it was identified that 75% presented low level of emotional exhaustion; 50% had a low level of depersonalization and 57.1% of the workers had high levels of professional achievement. So the group of workers were not characterized as having Burnout syndrome. It is concluded that the life habits of the workers studied were protective factors for the non-development of Burnout syndrome.

Keyword: Occupational stress. Worker's health. Health professionals. Mobile hospital care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes quanto a sexo, escolaridade, estado civil e cargo .....	40
Tabela 2 – Curso de capacitação ou atualização profissional.....	42
Tabela 3 – Uso de fumo .....	43
Tabela 4 – Uso de álcool.....	44
Tabela 5 – Atividade de lazer .....	44
Tabela 6 – Atividade física .....	45
Tabela 7 – Classificação geral estatística descritiva para os domínios das três dimensões.....	46
Tabela 8 – Classificação dos trabalhadores quanto à exaustão emocional .....	46
Tabela 9 – Classificação dos trabalhadores quanto à despersonalização .....	47
Tabela 10 – Classificação dos trabalhadores quanto à realização profissional .....	47
Tabela 11 – Exaustão emocional por cargo .....	48
Tabela 12 – Cruzamento de despersonalização por cargo .....	48
Tabela 13 – Cruzamento de realização profissional por cargo.....	49
Tabela 14 – Cruzamento de exaustão emocional com horas totais trabalhadas .....	49

## LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Médico Pré-Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CFM	Conselho Federal de Medicina
DE	Despersonalização Emocional
EE	Exaustão Emocional
EMESCAM	Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia
GSE	Grupo de Socorro e Emergência
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory Human Services Survey</i>
MBI-ES	<i>Maslach Burnout Inventory Educators Survey</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory General Survey</i>
MS	Ministério da Saúde
NEPASB	Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de <i>Burnout</i>
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
RRP	Reduzida Realização Profissional
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SPSS	<i>StatisticPackage for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UR	Unidade de Resgate
USA	Unidade de Suporte Avançada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	18
<b>4 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b> .....	21
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR .....	21
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR .....	25
4.3 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO .....	26
<b>5 A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR</b> .....	29
5.1 MARCOS HISTÓRICOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR .....	29
5.2 QUESTÕES SOBRE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR .....	33
5.3 A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E A SAÚDE DO TRABALHADOR .....	37
<b>6 HÁBITOS DE VIDA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i></b> .....	40
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	40
6.2 DISTRIBUIÇÃO DE JORNADA, VÍNCULOS E FÉRIAS .....	41
6.3 DOENÇA PRÉ-EXISTENTE E USO DE MEDICAÇÃO .....	42
6.4 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL .....	42
6.5 HÁBITOS DE VIDA .....	43
6.6 CARACTERIZAÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	45
6.7 CORRELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA COM A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	50
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55

<b>APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE VIDA.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A – <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> (MBI) .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a correlação entre os hábitos de vida e o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nos trabalhadores de uma empresa de atendimento médico pré-hospitalar móvel que atende uma rodovia federal (BR-101) no Estado do Espírito Santo. Trata-se de um estudo alinhado à área de concentração Políticas de Saúde, Processo Sociais e Desenvolvimento Local, uma vez que se fundamenta na concepção ampliada da Política de Saúde do Trabalhador e processos de trabalhos em equipes interdisciplinares. Portanto, se insere na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

O atendimento médico pré-hospitalar (APH) no Brasil teve início a partir de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por meio de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente do Corpo de Bombeiros (LOPES, 1999). O Ministério da Saúde, em 2003, publicou a Portaria nº. 1864<sup>1</sup>, considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo às urgências, a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados, somado ao fato da responsabilidade inerente ao órgão na instituição e na implantação de serviços de saúde responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar móvel no país (BRASIL, 2003b).

Os profissionais de saúde, atuantes no APH móvel, estão em exposição constante a fatores estressantes. Fazem parte do seu cotidiano o estado permanente de prontidão, as situações inusitadas, as escalas desgastantes e o convívio em ambientes estressantes. Ao lidar com a grande demanda de dor e sofrimento, além dos desgastes emocionais e das frustrações constantes a que são submetidos, na tentativa de manter sua integridade e seu equilíbrio, muitas vezes são forçados a silenciar seu sofrimento e negar seus conflitos (SOUSA, 2013). Ainda segundo essa autora, as crescentes demandas não elaboradas e a estrutura psíquica do sujeito passam a não conter seus sentimentos e a gerar sintomas, pois o sujeito sente grande

---

<sup>1</sup> Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192 (BRASIL, 2003b, p. 7).

pressão, “de fora para dentro e de dentro para fora” continuamente, quando o estresse aumenta gradativamente até tornar-se crônico, o que é denominado Síndrome de *Burnout*. Vale ressaltar que o estresse em si não desencadeia o *Burnout*, mas sim o estresse não mediado e aliado à condição subjetiva do sujeito de relacionar-se com o meio, com os outros e consigo. Entre os diferentes fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, o ambiente de trabalho é apontado como gerador de conflito, quando o indivíduo percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que está inserido (LAUTERT, 2001).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador visa à redução dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde, tendo como diretrizes a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersectorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2004). Entre as doenças ocupacionais à qual deve ser dada atenção especial, inclui-se a Síndrome de *Burnout* que, segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001a), predomina sobre os profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e fisioterapeutas, além de professores, policiais, bombeiros e demais profissões que são sujeitas ao contato diário com o público e que têm grande carga emocional. De acordo com o Ministério da Previdência Social, em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que em 3.852 pessoas diagnosticou-se a Síndrome de *Burnout* (GONÇALVES, 2008). “*Burn*”, em inglês, significa queimar; “*out*” é algo fora, exteriorizado. O *Burnout* é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, consequentes da má adaptação ao trabalho e com intensa carga emocional, e pode estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho (ALMEIDA; SOUZA; CARLOTTO, 2009).

Segundo Benevides-Pereira (2002), essa síndrome, conceituada como estresse laboral crônico, tem como principais características o desgaste emocional, a despersonalização e a reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência do trabalhador, que ocorre quando o indivíduo não possui mais estratégias para o enfrentamento das situações e conflitos do trabalho. O *Burnout* é uma síndrome psicológica em resposta aos estressores crônicos presentes no ambiente profissional e caracterizada por sintomas de exaustão emocional, despersonalização e reduzida

satisfação pessoal com o trabalho, associada a sentimentos de incompetência e ineficácia (MASLACK; JACKSON, 1981).

O termo *Burnout* foi utilizado primeiramente pelo médico Herbert Freudenberger em uma Revista de Psicologia, em 1974; no entanto, as psicólogas Christina Maslach e Susan Jackson foram as divulgadoras e criadoras do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), em 1978 (MOREIRA et al., 2009). A Síndrome de *Burnout* implica uma redução da realização pessoal e profissional, evidenciada por um sentimento de decepção e frustração, quando o profissional sente-se cometendo falhas com seus ideais, com as normas e com os pacientes (RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007). Logo, seus sinais e sintomas podem ser interpretados como os de outras doenças, como a depressão. No entanto, essa síndrome refere-se à falta da capacidade de enfrentamento do profissional em lidar com situações de estresse no ambiente de trabalho, tem caráter duradouro e seu surgimento é multicausal, o que torna o seu diagnóstico ainda mais difícil.

Os principais fatores que desencadeiam o estresse no ambiente de trabalho envolvem aspectos da organização, da administração, do sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003) e podem gerar uma série de sintomas físicos (fadiga constante, distúrbios do sono, falta de apetite e dores musculares); psíquicos (falta de atenção, ansiedade, alterações na memória); de caráter comportamental (irritabilidade ocasional, relações conflitivas) e de caráter defensivo (isolamento, cinismo, onipotência). Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), para ser possível avaliar a Síndrome de *Burnout*, tanto em profissionais de serviços humanos e em outros, como em gerentes do meio de qualquer tipo de organização, treinadores e atletas, foram elaboradas três escalas de MBI: a versão dirigida aos profissionais de saúde, denominada MBI - *Human Services Survey* (MBI-HSS), constituída por 22 itens; a versão para profissionais de educação, o MBI - *Educators Survey* (MBI-ES) e o MBI - *General Survey* (MBI-GS), de caráter mais genérico e contendo apenas 16 itens (GIL-MONTE, 2003).

Enfim, a relação entre esgotamento e trabalho que o profissional sofre hoje, seguida de exigências além de sua capacidade, gera um constante estado de estresse entre os trabalhadores. Esse estresse tem caráter ocupacional. As doenças surgem quando a capacidade do indivíduo se esgota para responder ao trabalho de forma saudável.

O estresse é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Sua complexidade deve-se ao fato de o estresse organizacional pôr em risco a saúde, uma vez que 50 a 80% de todas as doenças têm fundo psicossomático ou estão relacionadas ao nível de estresse. Nesse sentido, observa-se que tais trabalhadores estão expostos a diversos desafios e estressores laborais, o que requer uma série de habilidades para o atendimento da população, bem como para o exercício do autocuidado. Caso não utilizem adequadas estratégias de enfrentamento, ficam vulneráveis ao *Burnout*.

Para Paschoalini e outros (2008), a atividade laboral hospitalar é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, alto nível de tensão e por riscos para si e para os outros, o que compromete a qualidade da assistência prestada ao usuário. Segundo Vianney e Brasileiro (2003), os profissionais de enfermagem representam a maior e a mais complexa força de trabalho de uma instituição hospitalar, tanto pelo seu contingente numérico como pela heterogeneidade de sua composição (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros), estando presente durante 24 horas com os pacientes e apresentando, dessa forma, maior vulnerabilidade a erros, cobrança e estresse. Já Sobrinho e outros (2009) avaliaram as condições de médicos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e relataram que vários fatores ocasionam o estresse nessa categoria, principalmente pelas condições e pelo ritmo extenuante de trabalho, pelas rotinas exigentes, pelas questões éticas que requerem decisões frequentes e difíceis, pelo convívio com sofrimento e morte, pela imprevisibilidade e pela carga horária excessiva de trabalho.

O estabelecimento da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença dos trabalhadores advém da apreensão da centralidade adquirida pelo trabalho no processo de construção do homem como ser social, como atividade livre e criativa, uma vez que possibilita desenvolver potencialidades, habilidades e permitir fazer escolhas na afirmação das individualidades e necessidades, sendo essencial à saúde. Em contrapartida, as determinações positivas do trabalho sucumbem diante do emergir das sociedades de classe, adquirindo a forma de trabalho escravo, servil e assalariado, obedecendo as respectivas formações sociais e suas características históricas (ANTUNES, 1999).

O estilo de vida ou os hábitos de vida dos trabalhadores, em geral, podem ser fatores de risco coadjuvantes e causadores de adoecimento. A prática de exercício físico, o controle do peso, a ingestão reduzida do álcool e a abolição do hábito de fumar podem contribuir positivamente e reduzir os riscos de adoecimento (SANTOS; LIMA, 2016). No entanto, na prática, o que se observa é que a maioria das pessoas adota um estilo de vida, nos diversos campos da atividade humana, o que não contribui para a promoção de sua saúde. Os hábitos e os costumes de uma determinada população podem ser modificados, quando os indivíduos se percebem como sujeitos de suas histórias, mas essa mudança constitui tarefa difícil, pois é quase sempre acompanhada de um movimento de resistência e exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que, muitas vezes, parecem exceder as possibilidades, sob a alegação do tempo dedicado ao trabalho (SANTOS; LIMA, 2016).

No que se refere ao tempo dedicado ao trabalho, historicamente os trabalhadores da saúde estão expostos a desgastes em função das duplas jornadas (MENDES, 2006). A carga de trabalho está definida como um componente de risco ao adoecimento para alguns trabalhadores, podendo ocasionar problemas biopsíquicos (SCHMOELLER et al, 2011). Somando-se à dupla jornada o excesso de trabalho em si e os turnos contínuos ou em forma de rodízio, também têm sido apontados fatores que podem contribuir para problemas de saúde e modificações das relações do convívio sociofamiliar (MENDES, 2006). A dimensão física da carga de trabalho reside principalmente na execução de grande quantidade de tarefas com deslocamento para trabalhar. O esforço físico repetitivo e a qualidade física interferem no desgaste, fazendo com que a jornada de trabalho seja algo desgastante (SILVA, 2011).

Este estudo torna-se relevante por contribuir para ampliação do conhecimento e para compreensão das dificuldades laborais encontradas pelos profissionais da saúde e como eles lidam no dia a dia com as condições de trabalho, bem como das estratégias encontradas para reduzir os níveis de estresse. A inquietação para a realização da pesquisa se deu em função de minha trajetória profissional. Atuando em serviço de urgência e emergência desde 1999, venho observando que os trabalhadores de saúde estão em constante exposição a fatores estressantes, sem a devida assistência à sua saúde geral e, em especial, à sua saúde mental. Acredita-se que os fatores

relacionados ao trabalho em saúde, seja sociodemográficos, seja profissional e hábitos de vida podem se somar e contribuir negativamente para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nesses trabalhadores.

## 2 OBJETIVOS

São objetivos deste estudo:

- apresentar o atendimento pré-hospitalar móvel no bojo da Política Nacional de Urgência e Emergência;
- entender a Síndrome de *Burnout* no contexto da Política Nacional de Saúde do trabalhador;
- identificar os fatores de risco para a Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da equipe de saúde de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que atua no Estado do Espírito Santo;
- levantar dados sociodemográficos, profissionais e hábitos de vida dos trabalhadores da equipe de saúde de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que atua no Estado do Espírito Santo;
- relacionar dados sociodemográficos, profissionais e hábitos de vida a fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* na equipe de saúde de uma empresa privada do ES no atendimento pré-hospitalar móvel.

### 3 METODOLOGIA

A investigação se constitui de estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa entre os trabalhadores de saúde que atuam em serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. A pesquisa de campo foi realizada em uma empresa privada nas bases das ambulâncias que ficam nas margens da BR-101 ao longo dos 454km no ES. Essa empresa é especializada no resgate em rodovias e está devidamente certificada e registrada nos respectivos órgãos e conselhos de classe, responsáveis pela regulação e pela fiscalização dessa atividade, e em outros órgãos que são parte integrante para a liberação dessa prestação de serviços.

As principais atividades realizadas pela empresa são: regulação médica dos chamados e atendimentos; elaboração de protocolos para atendimento em APH; gestão de serviços de enfermagem; participação e desenvolvimentos em simulados; realização de salvamento em locais de difícil acesso; participação em atendimento a acidentes de grandes proporções, como desabamentos e enchentes; manutenção de programa de treinamento e educação continuada; resgate de vítimas de acidentes; manutenção das normas de vigilância sanitária; assessoria em implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar; participação em programas e campanhas de saúde aos usuários das rodovias.

Participaram da investigação os profissionais da equipe de saúde da empresa de atendimento pré-hospitalar estudada, sendo composta por 94 trabalhadores, entre os quais 29 médicos, 27 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados durante os meses de março e abril de 2017. Enquadraram-se nos critérios de inclusão 59,57% (56 profissionais) dos trabalhadores — 9 médicos; 24 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem: aceitaram participar da pesquisa; estavam atuando na função há mais de 6 meses. Foram excluídos 40,42% (38) dos trabalhadores pelo seguinte critérios: 8 trabalhadores estavam de férias; 3, de licença médica; 6 não aceitaram participar e os demais não foram abordados devido a inúmeras trocas de plantão e deslocamento das bases. Vale ressaltar que, ao se deslocar para as bases, que ficam ao longo de 454 Km da rodovia, muitas vezes, mesmo tendo agendado por telefone, os trabalhadores faziam trocas de plantão e/ou estavam em atendimento,

fato que dificultou a coleta de dados e gerou a perda de informações por parte desses trabalhadores que não participaram da pesquisa.

O instrumento aplicado foi o *Maslack Burnout Inventory* (MBI). Esse instrumento foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson no ano de 1978. Busca mensurar três dimensões da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, considerando a percepção dos trabalhadores sobre essas dimensões (SCHAUFELI; MASLACH; MAREK, 1993). O MBI foi traduzido e validado para a população brasileira por Lautert e Robayo-Tamayo (ANEXO A). O MBI é um questionário para ser respondido por uma escala de frequência de seis pontos que vai de zero (nunca) até seis (sempre). Apresenta três subescalas: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Reduzida Realização Profissional (RRP). A EE consiste em nove itens e refere-se ao esgotamento tanto físico como mental, ao sentimento de haver chegado ao limite das possibilidades. Já a DE possui cinco itens e consiste em alterações das atitudes do indivíduo ao entrar em contato com os usuários de seus serviços, passando a demonstrar um contato frio e impessoal ao sofrimento. E, por fim, a RRP tem oito itens mensurando a percepção da influência dos outros, o bem-estar com o trabalho, como também a relação dos profissionais de saúde de atendimento pré-hospitalar móvel com seus problemas; evidenciando o sentimento de insatisfação. Assim sendo, quando existirem altas pontuações em EE e DE, associadas a baixos valores em RRP, o indivíduo apresentará a Síndrome de *Burnout*.

O MBI é um instrumento multifatorial com três versões. Duas versões são formadas por 22 itens cada, distribuídos entre os fatores Exaustão Emocional (9 itens; por exemplo, sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho), Despersonalização (5 itens; por exemplo, trato alguns pacientes como se eles fossem objetos) e Realização Pessoal (8 itens; por exemplo, eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho). Cada item está acompanhado por uma escala de resposta de 7 pontos (nunca até todos os dias) que mensura a frequência de sentimentos relacionados à síndrome (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

Para análise dos dados relativos ao instrumento de MBI, realizou-se a somatória de cada dimensão (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). Os valores obtidos foram comparados com os valores de referência do

Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB). O NEPASB, em 2001, apresentado por Benevides-Pereira (2002), desenvolveu os valores da escala do MBI de forma bem didática: para a EE, os valores variam de baixo (10 – 15), médio (16 – 25) e alto (26 – 54); para a DE, da mesma forma variam de baixo (0 – 02), médio (03 – 08) e alto (09 – 30); por fim, a dimensão RRP é medida também como baixa (0 – 33), média (34 – 42) e alta (43 – 48).

Para caracterizar os participantes da pesquisa quanto a fatores relacionados aos aspectos sociodemográficos, profissional e hábitos de vida foi instituído um instrumento com perguntas fechadas (APÊNDICE A). Os dados foram organizados em tabela Excel e receberam tratamento estatístico pelo programa *StatisticPackage for the Social Science* (SPSS), versão 23.0, sendo realizada uma análise descritiva dos dados, como frequências, percentuais, média e desvio-padrão.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética da Emescam sob o Parecer nº 1.516.248 (ANEXO B). Todos os participantes assinaram o TCLE (APENDICE B). A realização da pesquisa foi autorizada pela empresa (APENDICE C).

A pesquisa está estruturada nas Seções 4, 5 e 6 do desenvolvimento deste texto. Na Seção 4, a ênfase se deu em descrever o atendimento pré-hospitalar móvel no bojo da política de urgência e emergência. Na seção subsequente, foi abordada a Síndrome de *Burnout* no contexto da Política Nacional de Saúde do trabalhador e na seguinte foi realizada, a partir dos resultados, a correlação entre as variáveis do estudo.

## **4 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Esta seção aborda aspectos relacionados ao histórico, às políticas públicas e à legislação que regulamenta o atendimento pré-hospitalar móvel no contexto da implantação da política de urgência e emergência no Brasil e no ES.

### **4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Considera-se atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis. Esse tipo de atendimento pode variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado<sup>2</sup>, ao local da ocorrência onde haja pessoas traumatizadas, visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas. No Brasil, o sistema se divide em serviços móveis e fixos. O pré-hospitalar móvel, tem como missão o socorro imediato das vítimas que são encaminhadas para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, em 2002, publicou a Portaria nº. 2.048<sup>3</sup>, considerando as ações já desenvolvidas, e, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no país, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento às urgências e emergências, como pela realização de investimentos relativos ao custeio, à adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes dessas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas centrais de regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na urgência e emergência (BRASIL, 2002).

---

<sup>2</sup> Suporte Básico À Vida (SBV), cuja característica principal é não realizar manobras invasivas,<sup>6</sup> e o Suporte Avançado À Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.

<sup>3</sup> A área de Urgência e Emergência se constitui em um importante componente da assistência à saúde (BRASIL, 2002, p.1).

Na busca de um recorte histórico, evidencia-se que um dos primeiros atendimentos de vítima de violência consta na Bíblia<sup>4</sup>. Esse texto bíblico faz referência a um homem que, descendo de Jerusalém para Jericó, cai nas mãos de ladrões que o roubam e espancam sua vítima, deixando-a ferida. Um samaritano de viagem aproxima-se da vítima, trata suas feridas com azeite e vinho e leva-a para um local apropriado, cuidando dela até a sua recuperação (BÍBLIA, 2004). Ao longo da história, a preservação da vida implica ressuscitar indivíduos em risco de morte. Até o século XVIII, o cuidado às vítimas se dava a partir de misticismo e crenças religiosas, como qualquer outra situação de adoecimento (SILVA et al., 2010). As manobras de ressuscitação foram desenvolvidas e tornaram-se realidade após os anos 1960 (TIMERMAN; GONZALEZ; RAMIRES, 2007).

O socorro sistematizado emergencial prestado às vítimas de situações críticas teve suas bases alicerçadas durante a guerra civil americana, quando eram perdidas muitas vidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2004). Segundo essa entidade, foi identificada a necessidade de providências para agilizar o atendimento às vítimas ainda no campo de batalha. Alguns conceitos como segurança da cena (evitar tornar-se mais uma vítima, evitar a ocorrência de novas vítimas), exame primário (tratamento das lesões em risco de vida, evitar mais dano) e a própria questão do transporte rápido para o local de tratamento definitivo são oriundos do século XVII.

Tecnicamente, o marco da criação da ambulância projetada para atendimento pré-hospitalar deve-se ao médico Dominique Jean Larrey (1766–1842), considerado “Pai da Medicina Militar”. Como cirurgião do exército napoleônico, identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha. Larrey, necessitando estabelecer atendimento imediato, projetou uma Unidade de Transporte de feridos, que batizou como “ambulâncias voadoras”, pois tinham como características serem leves e velozes (SILVA et al., 2010). Na era industrial, no final do século XIX, surgiram os motores a combustão. Em 1900, as

---

<sup>4</sup> Lc 10:30-34 (BÍBLIA, 2004, p.80-81).

unidades eram então motorizadas e existia equipe específica da recente criada Cruz Vermelha (SILVA et al., 2010).

As guerras do Vietnã e Coréia, comparadas com a Segunda Guerra Mundial, demonstraram que a rapidez na remoção dos feridos dos campos de batalha, associada a medidas de estabilização do paciente durante o transporte, reduzia significativamente a mortalidade. Cada 30 minutos de retardo na remoção aumentava a mortalidade em três vezes e os cuidados elementares reduziam em 20% a mortalidade dos feridos (SILVA et al., 2010). Técnicas e protocolos foram aprimorados à medida que novas situações de emergência apareciam e o maior destaque dado às situações de guerra e militar. Uma dessas contribuições foi, por exemplo, a introdução do uso de helicópteros no resgate de vítimas, a partir de 1970. Observa-se então a incorporação militar nos serviços de emergência, como o Corpo de Bombeiros (SILVA et al., 2010).

O APH no Brasil teve início a partir de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por meio de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente do atendimento prestado pelo Corpo de Bombeiros (LOPES, 1999). No Brasil, o surgimento dos serviços de emergência pré-hospitalar foi influenciado pelos modelos americano e francês. A França destaca-se no cenário mundial pelo seu serviço APH, por construir um modelo bastante eficiente, com órgãos permanentes e temporários, obedecendo a uma orientação centralizada, amparada por legislação pertinente, bem como recursos humanos e materiais de acordo com as necessidades levantadas por planejamento (SILVA et al., 2010).

Nos Estados Unidos, o APH começou a ser mais bem organizado em 1966, quando o governo americano determinou que a segurança rodoviária desenvolvesse um sistema eficiente de atendimento, para diminuir as estatísticas de morte por situações de urgência e emergência (FERREIRA, 1999). Dessa forma, em 1968 foi criado um número telefônico único (911), para centralizar os chamados de emergência. A partir dessa data, as emergências médicas são transmitidas aos profissionais da área que se encarregam de enviar o melhor recurso (FERREIRA, 1999).

O serviço de APH no Brasil tem um histórico ligado à instituição militar. O primeiro registro pode ser observado em 1899, quando o corpo de bombeiros do Rio de Janeiro, capital do país na época, colocou em ação a primeira ambulância de tração animal, para realizar atendimento no ambiente fora do hospital (SILVA et al., 2010). Segundo esses autores, a partir de 1900, com o surgimento dos primeiros modelos motorizados, principalmente após as experiências das Primeira e Segunda Grandes Guerras, as ambulâncias foram aprimoradas e melhor adequadas ao serviço, primeiramente pelas equipes especializadas, como da Cruz Vermelha Internacional, e depois assimiladas pelos serviços do Corpo de Bombeiros brasileiro.

Em 1950, instalou-se em São Paulo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, pelo Decreto Estadual nº. 16.629, ficando como responsabilidade do município o atendimento de urgência na cidade de São Paulo. Tinha por finalidade o atendimento nas residências, com a presença de um médico ou acadêmico de medicina na ambulância coordenando a equipe (RAMOS; SANNA, 2005).

No âmbito federal, destaca-se a proposta da Política Nacional de Atenção às Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Para o desenvolvimento dessa política, o Estado de São Paulo teve uma participação importante, iniciando o projeto de resgate desenvolvido com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública (Resolução nº 42, de 22 de maio de 1989). Era oferecido serviço de APH com Unidades de Resgate (UR), tripuladas por bombeiros socorristas, e Unidades de Suporte Avançadas (USA), tripuladas por médicos e enfermeiros do SAMU (MARTINS; PRADO, 2003).

O Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) é outro modelo de APH, proposto pelo Ministério da Saúde, com início de implantação em 1990, em Curitiba, em uma ação conjunta entre a Secretaria de Saúde e Secretaria de Segurança Pública (RAMOS; SANNA, 2005). O Rio de Janeiro foi pioneiro nesse serviço, quando, em 1975, com a Lei nº 6.299, o município ficou com a responsabilidade do atendimento às urgências, que contava com veículos e motoristas para o transporte rápido. Já em 1986, surgiu nessa cidade o Grupo de Socorro e Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro,

incorporando médicos ao quadro de socorristas e implementando viaturas de suporte avançado de vida com recursos materiais específicos.

#### 4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Atualmente, os serviços de APH estão integrados dentro de uma mesma lógica: medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação (SILVA et al., 2010). Uma das maiores dificuldades que o atendimento pré-hospitalar enfrentou em nosso país foi a falta de legislação específica. Isso foi uma das causas que contribuiu para a sustentação de várias estruturas de atendimento pré-hospitalar, cada uma com suas peculiaridades e sem um padrão nacional a ser seguido. Após uma recuperação cronológica, encontraram-se várias Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) que aparecem predominantemente, além do Conselho Federal de Enfermagem.

O CFM, a partir de 1997, passou a questionar a eficácia dos serviços de APH prestados pelo Corpo de Bombeiros, que não possuíam embasamento técnico suficiente para essa atuação. Em 1998, o CFM lançou a Resolução nº 1.529/98, que normatizava a atividade médica na área da urgência/emergência na sua fase pré-hospitalar, assim como a entidade de classe da enfermagem (BRASIL, 1998). Posteriormente a essa resolução do CFM, o MS, por meio da Portaria nº. 824, de 24 de julho de 1999, normatizou o APH, baseando-se no texto da resolução do CFM (BRASIL, 1999b).

O APH, em todo o Brasil, atualmente regulado pelo MS, é legislado por uma série de outras portarias, entre elas a de nº 737, de 16 de maio de 2001, que define a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (BRASIL, 2001c). Já a Portaria nº. 814/GM, de 1 de junho de 2001, estabelece a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências e define princípios e diretrizes da regulação médica das urgências (BRASIL, 2001b).

Merecem destaque também a Portaria nº. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências (BRASIL, 2002), e a de nº

1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2003a). A Portaria nº. 1.864/GM, também de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192 (BRASIL, 2003b).

#### 4.3 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192<sup>5</sup>, no ES, como nas demais Unidades da Federação (UF), se constituiu a partir da parceria entre governo federal, estadual e municipal; foi lançado oficialmente em 13 de fevereiro de 2006, três anos após a resolução de implantação do SAMU no Brasil (BRASIL, 2003b). Em 2006, época de sua inauguração no ES, havia dezoito ambulâncias, sendo quatorze de suporte básico e quatro de suporte avançado — UTI móveis — com bases posicionadas em áreas estratégicas da Região Metropolitana para facilitar o descolamento (SAMU..., acesso em 17 jul. 2017).

Atualmente, de forma mais precisa em 2017, o SAMU faz a cobertura dos setenta e oito municípios abrangendo quatro milhões de habitantes, que corresponde à população do ES. Grande parte do serviço ainda é centralizado na Região Metropolitana da Grande Vitória. As bases descentralizadas já estão presente em vinte e dois municípios. O serviço conta com 396 profissionais, que atuam 24 horas com vinte e quatro ambulâncias e quatro motolâncias que se encontram desativadas.

O serviço aéreo do SAMU foi inaugurado em final de 2014, para complementar e qualificar o atendimento no Espírito Santo, que passou por um período de expansão para os municípios do interior. O helicóptero está sendo usado em situações de iminente risco de vida de pacientes que se encontram em maior distância, quando não

---

<sup>5</sup> As informações do SAMU no ES (2009-2015) foram retiradas de meio eletrônico. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/samu-192>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

é possível que a ambulância chegue em tempo hábil; também é utilizado em transporte de órgãos (SAMU..., acesso em 17 jul. 2017).

Na política de assistência no ES, o SAMU se integra ao Complexo de Regulação da Assistência à Saúde, contando com as centrais de Regulação de Internação, Alta Complexidade e Consultas/Exames Especializados. Esse complexo melhora o gerenciamento dos serviços de saúde, otimizando a utilização dos quase seis mil leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), além de facilitar a marcação de cirurgias eletivas, consultas e exames especializados (SAMU..., acesso em 17 jul. 2017).

Um dos grandes problemas enfrentado pela equipe de saúde do SAMU, são as chamadas telefônicas indevidas e inadequadas. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), das 590.521 mil ligações recebidas pelo SAMU, em 2009, 328.217 mil (56%) foram trotes e 197.051 (33%) foram pedidos de informação totalizando, 89% de ligações indevidas, ou seja, os atendimentos efetivos foram de 65.253 mil, que correspondem a 11% do total de chamadas. Esses números demonstram que o funcionamento do SAMU no ES continua sendo mal acionado (SAMU..., acesso em 17 jul. 2017). Vale lembrar que uma linha ocupada durante um trote pode significar um paciente sem atendimento. As ligações indevidas acabam ocupando as linhas telefônicas e isso traz algumas dificuldades, como atraso no atendimento de quem realmente precisa do serviço.

Quanto ao tipo de atendimento, os problemas clínicos adultos, como infarto, parada cardiorrespiratória, acidente vascular cerebral (AVC) e dificuldade respiratória, entre outros, foram as ocorrências mais comuns (SAMU..., acesso em 17 jul. 2017). As causas externas, grupo que envolve quedas, afogamentos e acidentes de trânsito, vêm em seguida, no levantamento de 2013. A violência nas estradas contribuiu com 31% dos atendimentos, gerando um impacto na ocupação de leitos hospitalares com agravos não naturais. Assim, como nos anos anteriores, os acidentes por motos são maioria: correspondem a 56% dos acidentes de trânsito, apesar de ligeira queda em relação ao ano de 2012. Em 2013 entre as ocorrências de trânsito, o ciclismo teve alta de 18% (SAMU..., acesso em 17 jul. 2017).

Em 2016, o SAMU no ES lançou o Edital nº. 1, cujo objetivo visava à expansão do serviço através de celebração de contrato de gestão, para gerenciamento, operacionalização e execução das ações do SAMU, bem como apoio na elaboração do plano operacional e proposta técnica dos municípios aderentes ao contrato de gestão.

Ressalte-se que o tipo de atividade exercida pelos profissionais do APH é desafiador e estressante, conforme descrito nos parágrafos anteriores. Na seção seguinte, será abordada a Síndrome de *Burnout* no contexto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

## 5 A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

O objetivo deste texto é contextualizar a Síndrome de *Burnout* no seio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, partindo-se dos marcos históricos da construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador até a contemporaneidade. Na sequência, aborda-se a saúde mental no campo da saúde do trabalhador para, finalmente, explanar sobre relação entre a Síndrome de *Burnout* e a saúde do trabalhador.

### 5.1 MARCOS HISTÓRICOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da Medicina Social na Alemanha, na França e na Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, essa interferência foi aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas (BRAVO, 1991).

Ainda conforme essa autora, também a intervenção estatal no Brasil só ocorreu no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão da saúde já apareceu como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgiram algumas iniciativas de organização do setor da saúde, que foram aprofundadas a partir da década de 30.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram as campanhas sanitárias sob a coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados, porém com fraco poder político e econômico. Mais precisamente em

1937, assumiu o Departamento Nacional de Saúde que priorizava ações de interiorização focadas no combate às endemias rurais, em decorrência ao fluxo migratório de mão de obra para as cidades. Dentre tais serviços, destaca-se: Serviço Nacional de Febre Amarela (1937); Serviço de Malária do Nordeste (1939); Serviço de Malária da Baixada Fluminense (1940), financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller, de origem norte-americana; reorganização do Departamento Nacional de Saúde (1941), que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA; PAULA, 1986). Concorde - se com Braga e Paula (1986) quando afirmam que a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no contexto da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

Nesse contexto, surge a atenção à saúde do trabalhador. Entende-se por saúde do trabalhador o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras, que — aliadas ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências as situações de desgaste e reprodução — estabelecem uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõem uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho (NARDI, 1996). O mesmo autor orienta que esse conceito se situa no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e apresenta-se como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, no seu sentido mais amplo, desde promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, ações de vigilância.

Esse modelo vai orientar a aplicação do conhecimento técnico oriundo das disciplinas que se atêm a esse campo e que foram exemplificadas anteriormente. O estudo dos modos de desgaste e reprodução da força de trabalho apresenta uma influência fundamental do materialismo histórico. A metodologia que orienta esse estudo estabelece a análise dos impactos dos ambientes e das formas de organização e gestão do trabalho na vida dos trabalhadores a partir da determinação histórica e social dos processos de saúde e doença (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O termo “saúde do trabalhador” surge no Brasil no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, que se intensificou no país a partir da década de 1980, tendo, na Reforma Sanitária italiana, seu exemplo inspirador (TEIXEIRA, 1989).

A união dos esforços de técnicos de saúde ligados às universidades e ao Ministério da Saúde com os trabalhadores, dentro da emergência do novo sindicalismo brasileiro<sup>6</sup>, estabeleceu as bases desse conjunto de saberes e práticas denominado Saúde do Trabalhador. Ela nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional (PARMEGGIANI, 1987). A modificação da terminologia dos serviços de atenção à saúde de “Serviços de Medicina do Trabalho e/ou Saúde Ocupacional” para “Serviços de Saúde do Trabalhador” seguiu uma tendência mundial nos países que passaram por movimentos semelhantes, como aponta Parmeggiani (1987).

O momento culminante de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil dá-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, também em 1986 (DIAS, 1994). Ainda conforme Dias (1994), a afirmação do movimento dentro do campo institucional acontece na IX Conferência Nacional de Saúde e na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994. Consolida-se, dessa forma, como conceito, dentro dos textos legais na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) de 1990. Tem-se a seguinte definição legal no artigo 5º da Lei nº 8.080:

Conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A característica que diferencia a Saúde do Trabalhador, em seu modelo teórico, é a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença, incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde — e, não simplesmente, como objeto da atenção à saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do

---

<sup>6</sup> O movimento sindical, nascido com as greves de 1978, tem suas raízes num amplo movimento social que veio se desenvolvendo nos anos da ditadura, concentrado, particularmente, no cinturão industrial automotivo e metalúrgico do ABC paulista, onde estavam instaladas as grandes montadoras (ANTUNES, p. 513, 1982).

Trabalho (DIAS, 1994). Para a mesma autora, além desse fato, trata-se da construção de um saber e de uma prática interdisciplinares que se diferencie de má ação centrada no conhecimento médico e nos saberes divididos em compartimentos — Engenharia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social —, na forma de uma equipe de técnicos das várias profissões que não estabelece uma interlocução como, tradicionalmente, tem-se dado na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional. O estudo da Medicina do Trabalho mostra que ela se diferencia, radicalmente, das análises clássicas da profissão médica, realizadas por Parsons (apud FREIDSON, 1978, p.165) que estabelecem, como objetivo da profissão, o bem-estar do paciente e a cura da doença, a partir do modelo de prática liberal, autônoma e dotada de neutralidade afetiva.

A Medicina do Trabalho, surge no contexto brasileiro e mundial a partir da necessidade de o Estado intervir nas relações capital-trabalho e regulamentar os ambientes de trabalho. O foco central dessa medicina, como o próprio nome denota, é a “saúde” do trabalho, da produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador (PARSONS, apud FREIDSON, 1978). Ainda sob o olhar de Parsons e Freidson, essa especialidade de Medicina do Trabalho surge e se constitui a partir da regulação de um corpo de normas legais que define sua prática. Não é autônoma, pois surge desse corpo de leis, que, por sua vez, expressam, como todo corpo legal, as relações de poder em uma determinada sociedade e, portanto, as relações de classe. Não é uma atividade liberal, pois a grande parte dos profissionais é empregada de empresas, sindicatos e/ou faz parte do sistema de saúde pública e vai difundir as práticas institucionais. Isso, por sua vez, aniquila a possibilidade afetiva com relação ao trabalhador.

O Brasil, de certa forma, chegou atrasado na História, ao propor uma política de *welfare state* (bem-estar social), dentro do modelo social-democrático adotado no pós-guerra na Europa, pois o fez em um momento em que o mundo estava sendo varrido pela onda neoliberal. Sem ter conseguido estabelecer-se e enraizar-se dentro do sistema público de atenção à saúde, a Saúde do Trabalhador enfrenta as correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que se beneficiam de uma intervenção estatal mínima, ficando a relação capital-trabalho no campo da saúde sem a mediação direta do Estado. (HUEZ, 1994).

Esse é o risco que corre a Saúde do Trabalhador no Brasil, que ainda não alcançou os direitos dos trabalhadores dos estados centrais europeus, mas que poderá perder os já obtidos em sua pequena história de conquistas.

## 5.2 QUESTÕES SOBRE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

A relação entre a saúde mental e a saúde do trabalhador é indissociável e carregada de subjetividade. Ao analisar a implantação de programas de Saúde do Trabalhador no país, fica claro que não se conseguiu romper com uma hegemonia na compreensão da saúde centrada na fisiologia corporal e nas formas impostas pelas leis que regulam o adoecimento, que são baseadas na relação causa-efeito direta, incluindo um agente causador e desconsiderando o sofrimento como algo complexo e subjetivo (BEZERRA, 2017).

Partindo dessa premissa, faz necessário levantar algumas ideias centrais no tocante à investigação em que se correlacionam saúde, doença mental e trabalho. O campo “Saúde Mental e Trabalho”, como subárea da Saúde do Trabalhador, é uma dimensão que ainda precisa ser consolidada, tanto na formação dos profissionais de saúde quanto na gestão do trabalho no SUS. Por outro lado, crescem as estatísticas de doenças mentais relacionadas ao trabalho, sendo que os transtornos mentais ocupam o terceiro lugar nas causas dos benefícios concedidos pela Previdência Social para doenças do trabalho (GUIMARÃES, acesso em 2 maio 2017), evidenciando a relação existente entre a atividade ocupacional exercida e os agravos à saúde mental.

Apesar de apresentarem alta prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, frequentemente, não são reconhecidos como tais no momento da avaliação clínica. Essa situação pode estar relacionada às próprias características desses transtornos, regularmente mascarados por sintomas físicos, bem como à complexidade inerente à tarefa dos profissionais da saúde de examinar a associação entre os distúrbios mentais e o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores (GLINA; ROCHA; BATISTA, 2001).

A política de Saúde do Trabalhador no Brasil tem avançado nos últimos anos, com a criação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), em 2002, e também com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador

em 2005. A RENAST constitui-se na principal estratégia da Saúde do Trabalhador no SUS, integrando a rede por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e tendo a incumbência de elaborar protocolos, linhas de cuidado e instrumentos que favoreçam a integralidade das ações, ao envolver a atenção primária de média e alta complexidades, serviços e municípios-sentinela (BRASIL, 2005).

Segundo preconiza a política (BRASIL, 2005), a RENAST deve ser implantada de forma articulada entre Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, com o envolvimento também de outros setores. Assim, a RENAST compõe uma complexa rede que se concretiza com ações transversais e intersetoriais, incluindo produção e gestão do conhecimento em todos os níveis e ações definidas (BRASIL, 2009). Apesar dos grandes avanços que têm sido feitos pela RENAST, ainda não foram elaborados protocolos específicos para a investigação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. No entanto, tais transtornos constam na lista de agravos de notificação compulsória relacionados à Saúde do Trabalhador, devendo ser registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) em Unidades Sentinela (OLIVEIRA, 2011). Além disso, ainda que a RENAST conte com serviços especializados, como os CEREST, grande parte da rede carece das informações necessárias para suspeitar, investigar e encaminhar devidamente os casos de sofrimento psicológico relacionados ao trabalho.

Ademais, conforme a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída em 2012 (BRASIL, 2012), parte-se do princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS. A capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implantada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Algumas pressuposições são necessárias para a investigação em saúde/doença mental e trabalho. Compreender o trabalho como uma extensão da constituição da identidade e meio de inserção social leva a considerar a atividade ocupacional como um domínio que vai muito além da questão de sobrevivência econômica, apesar de ser relevante.

Conforme Dejours (2004), o trabalho é tudo aquilo que implica o ato de trabalhar: os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência e da criatividade, a capacidade de refletir, de interpretar, de sentir e de reagir às situações. Nesse sentido, o trabalho parece preencher duas funções vitais: uma função utilitária e uma função expressiva (MORIN, 1996). A atividade de trabalho, então, é complexa, envolve não apenas a execução técnica e operacional de regras e procedimentos, mas também uma diversidade de habilidades e competências demandadas pelas situações laborais. Ainda que os processos de trabalho possam ser bem organizados, com procedimentos e protocolos bem definidos, uma série de situações não previstas apresentam-se no cotidiano dos trabalhadores, como acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes da matéria, das ferramentas, das máquinas, dos outros trabalhadores, clientes, entre outros, o que certamente impacta no resultado do trabalho e no ser trabalhador.

Segundo Guérin e outros (1989), o ato de trabalhar envolve essa discrepância entre algo que foi prescrito e a situação real e concreta do trabalho de tal jeito que atinge os trabalhadores tanto física, como cognitiva e emocionalmente, levando o trabalhador a adotar posturas desconfortáveis, acelerar o ritmo de trabalho ou mesmo a suportar demandas intelectuais e ou emocionais. Como alerta Dejours (2004, p.28), “[...] esse caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado pelo sujeito que trabalha [...]”. Assim, os profissionais de saúde precisam compreender o trabalho como atividade na qual os trabalhadores acrescentam estratégias às regras e às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados e para enfrentar as dificuldades laborais cotidianas.

Todo sofrimento, que pode levar ao adoecimento, tem relação direta com as condições e os modos de viver das pessoas (CANGUILHEM, 2000). Apesar das estratégias acrescentadas pelo trabalhador o contexto de trabalho é central na estruturação das vivências e dos espaços cotidianos, sendo uma fonte importante de prazer, satisfação e de desenvolvimento ou também de sofrimento e de adoecimento — dependendo da natureza da atividade ocupacional e das circunstâncias em que o trabalho acontece.

Nesse sentido, é importante que o profissional de saúde esteja atento às situações de trabalho que podem adoecer e fazer sofrer. Hoje, além de sua relação direta com o trabalho em si, o que afeta o psiquismo dos trabalhadores são, sem dúvida, as relações precárias de trabalho — instabilidade no emprego, contratos parciais e/ou temporários, subcontratações, entre outras —, somadas a outros fatores, como violência psicológica e assédio moral. Outra questão pontual, no mesmo sentido, são os modelos gerenciais adotados por algumas empresas que, na aparência, adotam programas voltados à qualidade de vida no trabalho, mas, na essência, estão buscando reduzir os gastos com o adoecimento dos trabalhadores (ARAÚJO; SILVEIRA, 2009; CARLOTTO, PEREIRA; SANTOS, 2010; HELOANI; CAPITÃO, 2003).

As pressões no trabalho, somadas à falta de reconhecimento da doença, pode representar uma fonte adicional de sofrimento. Não é raro que os trabalhadores em sofrimento psíquico no trabalho relatem vivência de desamparo e de falta de apoio social: incompreensão por parte de colegas e gestores, além de preconceito e falta de apoio de amigos, familiares e, ainda, de instâncias administrativas, como as periciais, responsáveis por validar a incapacidade laboral e conceder benefícios naqueles casos que precisam de afastamento do trabalho para trabalhadores com carteira assinada (MERLO; BOTTEGO; PEREZ, 2014).

Observa-se que nem mesmo os próprios trabalhadores têm consciência da ligação entre seu sofrimento/sua doença e seu trabalho. A visibilidade e o reconhecimento do sofrimento psicológico ligado ao trabalho ainda é uma questão que necessita ser aprofundada, inclusive entre profissionais da saúde. Na área de diagnóstico médico, há uma tendência em saúde mental de enfatizar, sobretudo, aspectos ligados à sintomatologia, não considerando a ligação dos transtornos mentais com o trabalho. Os afastamentos do trabalho costumam ser vinculados a problemas físicos, uma vez que as demandas físicas são mais fáceis de serem mensuradas do que as mentais. (CARLOTTO; PEREIRA; SANTOS, 2010; SATO; BERNARDO, 2005). Jacques (2007) reafirma a célebre frase de Ramazzini<sup>7</sup>, proferida há mais de três séculos, que

---

<sup>7</sup> Ramazzini, médico Italiano e professor, cuja maior contribuição para a Medicina foi o trabalho sobre doenças ocupacionais chamadas *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho), relacionando os riscos à saúde ocasionados por produtos químicos, poeira, metais e outros agentes encontrados por trabalhadores.

afirmava ser necessário perguntar, na cabeceira da cama de qualquer paciente, onde trabalhava para saber se, na fonte de seu sustento, não se encontrava a causa de sua enfermidade.

Enfim, os transtornos mentais foram relacionados ao trabalho em forma de Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), que toma como referência a Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999c) e o Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999 (BRASIL, 1999a). O estabelecimento da causa entre a doença e a atividade atual ou passada do trabalhador representa o ponto de partida para o diagnóstico e a terapêutica correta. Dentre as doenças de transtornos mentais relacionado na Portaria, destaca-se, por ser tema desta pesquisa, a Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional, sob o CID Z73.0 (MERLO; BOTTEGO; PEREZ, 2014).

### 5.3 A SÍNDROME DE *BURNOUT* E A SAÚDE DO TRABALHADOR

O termo esgotamento profissional começou a ser utilizado com maior regularidade no meio acadêmico e pelo senso comum a partir da década de 70, nos Estados Unidos. Nas décadas seguintes, esse tema teve um importante destaque na literatura, principalmente entre estudos que avaliavam profissionais que trabalhavam em contato direto com o público (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O esgotamento profissional, em inglês *Burnout*, ganhou expressão e foi difundido por meio dos trabalhos seminais de Freunderberguer, em 1974, quando esse autor usou o termo para descrever casos de gradual desgaste emocional, perda de motivação e reduzido comprometimento com o trabalho, entre profissionais de uma clínica de dependentes químicos de Nova York. Pouco tempo depois, Maslach começava, em 1976, a desenvolver uma conceituação formal do esgotamento profissional, utilizando a denominação Síndrome de *Burnout* para os quadros caracterizados pelos três aspectos apontados por Freunderberguer (SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2008).

Caracterizada por ser o ponto máximo do estresse profissional, pode ser identificada em qualquer profissão, mas em especial nos trabalhos em que há impacto direto na vida de outras pessoas. É o que acontece, por exemplo, com profissionais da saúde em geral, jornalistas, advogados, professores e até mesmo voluntários. O termo

*Burnout* significa que o desgaste emocional danifica os aspectos físicos e emocionais da pessoa, pois, traduzindo do inglês, “*burn*” quer dizer queima e “*out*”, exterior. Embora já se venha falando sobre o assunto há décadas, no Brasil as discussões em torno da síndrome tornaram-se mais fortes nos últimos anos (SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2008).

Os primeiros estudos de Maslach obtiveram resultados empíricos acerca do esgotamento profissional, adotando-se métodos observacionais de investigação e entrevistas em profundidade com diversos profissionais que prestavam serviços em contato direto com o público (SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2008). Posteriormente, associado a tais estudos, em 1981 Maslach e Jackson desenvolveram um instrumento estruturado com propriedades psicométricas para mensurar o nível de esgotamento profissional entre esses profissionais. Por meio de estudos de construção e validação, os referidos autores chegaram à versão do questionário denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Esse instrumento baseia-se em uma abordagem psicossocial que analisa o esgotamento profissional a partir de três dimensões independentes: (1) exaustão, que abrange o aspecto emocional, ocorrida pela perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho; (2) despersonalização, entendida como o desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou mesmo de cinismo com aqueles que recebem o serviço prestado e (3) falta de realização pessoal, traduzida como a tendência a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, associada a sentimentos e avaliações de baixa autoestima profissional (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009). O esgotamento profissional, então passa a ter consequências negativas em quatro âmbitos: (1) emocional; (2) cognitivo; (3) comportamental; (4) social; os quais se relacionam com a saúde geral e a qualidade de vida daqueles que convivem com a síndrome (ADÁN; JIMÉNEZ; HERRER, 2004)

Alguns estudos apontam para significativos índices de prevalências da síndrome entre profissionais de saúde no Brasil. Para identificar a síndrome, deve-se fazer um exame minucioso e analisar se os problemas enfrentados estão relacionados ao ambiente de trabalho ou à profissão. O ideal é procurar um especialista no tema e fazer exames psicológicos. É necessário avaliar se é o ambiente profissional que causa o estresse ou se são as atitudes da própria pessoa que passam a ser o estopim. Existem três

focos durante o tratamento psicoterápico: a relação com a profissão, o ambiente de trabalho e o trabalho com foco nos sintomas — por exemplo, a dificuldade de concentração (BORGES; ARGOLLO; BAKER, 2006; LIMA et al., 2013).

Para finalizar, apresentamos, conforme proposto no início do texto, os marcos históricos importantes para a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador até os dias atuais. Na sequência, tentamos demonstrar, a partir da literatura, a importância que a saúde mental tem hoje no campo da saúde do trabalhador, uma vez que vários estudos vêm reafirmando que o trabalho pode contribuir para o adoecimento mental do trabalhador. Finalmente apresentamos a Síndrome de *Burnout* no contexto da saúde do trabalhador, expondo resultados de pesquisas e artigos que contribuíram na interpretação dos achados desta investigação, que serão apresentados na seção seguinte.

## 6 HÁBITOS DE VIDA E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Nesta seção, a partir de dados, apresenta-se inicialmente a caracterização dos participantes da pesquisa. Na sequência, expõem-se questões relacionadas a número de vínculos, jornada de trabalho, férias e adoecimento, bem como os hábitos de vida dos trabalhadores para, finalmente, verificar se as correlações entre os dados sociodemográficos e os hábitos de vida são fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da equipe de saúde do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel que atua no Estado do Espírito Santo.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tabela 1 – Caracterização dos participantes quanto a sexo, escolaridade, estado civil e cargo

Variável		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	15	26,8
	Masculino	41	73,2
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
Escolaridade	Técnico	21	37,5
	Superior	35	62,5
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
E. civil	Casado	35	62,5
	Solteiro	6	10,7
	Outros	15	26,8
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
Cargo	Médico	9	16,1
	Enfermeiro	24	42,9
	Técnico de enfermagem	23	41,1
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

A Tabela 1 indica que 73,2% dos trabalhadores da equipe de saúde do atendimento pré-hospitalar móvel da empresa em estudo são do sexo masculino. Resultado similar foi identificado no estudo de Cornelius e Carlotto (2014) quando investigaram a Síndrome de *Burnout* em profissionais de atendimento de urgência e identificaram que 67,1% dos participantes eram do sexo masculino. Outro fator que pode determinar a

representação masculina é o tipo de atividade exercida por esses trabalhadores que atendem, em sua maioria, vítimas de acidentes automobilísticos em rodovias, o que certamente influencia os critérios de seleção da empresa, bem como as escolhas do próprio trabalhador. O que reforça o entendimento de que as características da atividade têm mais representação masculina é a contramão da história que esse dado revela quando pensamos na enfermagem. Dos 56 trabalhadores da empresa em estudo, 47 (83,92%) são da enfermagem, ao somar os enfermeiros (24) e os técnicos de enfermagem (23). No entanto, vários estudos apontam que a enfermagem brasileira ainda continua sendo uma profissão preferencialmente desenvolvida por mulheres, como vem ocorrendo ao longo da sua história (DALRI; ROBAZZI; SILVA et al., 2010).

Quanto à escolaridade, o presente estudo identificou que 62,5% têm formação universitária e 37,5%, formação técnica, diferenciando do estudo de Cornelius e Carlotto (2014), que aponta apenas 31% dos trabalhadores com formação universitária; 36,7% apresenta formação de ensino médio e 19%, ensino fundamental. Quanto ao estado civil identificou-se que 62,5% (35 indivíduos) são casados, 10,7% (6) são solteiros e 26,8% (10), outros. A média de idade entre os trabalhadores estudados foi de 35 anos. Quanto a filhos, a média foi de 1 por trabalhador. Segundo o estudo de Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário relacionado ao estado civil e o fato de ter ou não filhos, atribui-se ao casamento ou à situação de companheiro estável e ao fato de ter filhos uma menor propensão ao *Burnout*. Quanto à renda, a média é de R\$ 5.536,00 com variação de R\$ 1.200,00 a R\$ 30.000,00.

## 6.2 DISTRIBUIÇÃO DE JORNADA, VÍNCULOS E FÉRIAS

Observa-se que 67,9% dos trabalhadores e respondentes desta pesquisa têm 24 horas diárias de jornada de trabalho; 76,8% afirmam ter mais de um vínculo, com significativa representação da área da saúde em seu segundo vínculo; 18,6% dos médicos, 32,6% dos técnicos de enfermagem e 34,9% dos enfermeiros acumulam vínculo na mesma função. Também se constata que 82,1% tiraram férias nos últimos 12 meses e 17,9% não tiraram. Sendo férias um direito legal dos trabalhadores, o fato

de 17,9% não terem usufruído as férias pode estar relacionado aos médicos (16,1%), uma vez que eles atuam como prestadores de serviço para a empresa em estudo.

Os resultados identificados nesta pesquisa sobre acúmulo de vínculo e extensas jornadas vão ao encontro do estudo de Gianasi e Oliveira (2014), quando estudaram a Síndrome de *Burnout* e suas representações entre profissionais de saúde e notaram que o aparecimento do cansaço reflete as características do trabalho em saúde, marcadas por muitas horas dedicadas ao trabalho, pelo acúmulo de vínculos empregatícios e pela carga horária extensa.

O fato de 76,8% dos trabalhadores, que acumulam vínculo, permanecerem na mesma função pode estar relacionado à atividade em saúde, uma vez que, para muitos trabalhadores da área, a oportunidade de ajudar é a principal razão da escolha da profissão e geralmente a primeira causa de satisfação no trabalho (CARLOTTO, 2015).

### 6.3 DOENÇA PRÉ-EXISTENTE E USO DE MEDICAÇÃO

Três trabalhadores se afastaram do trabalho: dois, por motivo de doença e um, por licença maternidade. Cinco trabalhadores informam ter doenças pré-existentes. Dos que informam ter doença pré-existente, prevalece a hipertensão arterial, com 60% dos casos, seguido de 20% para doença do refluxo gastrointestinal e 20%, lombalgia crônica. Quanto ao uso de medicação, prevalece (3,6%) o uso de anti-hipertensivo. Chama a atenção que 3,6% dos trabalhadores referem não ter feito os exames periódicos.

### 6.4 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Tabela 2 – Curso de capacitação ou atualização profissional

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	34	60,7
Não	22	39,3
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Informa a Tabela 2 que 60,7% dos trabalhadores nesta pesquisa referem ter feito curso de capacitação ou atualização profissional no último ano, contudo 39,3% afirmam não ter feito nenhum curso, levando-nos a induzir que a empresa em questão, não segue o que preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que prioriza espaços para aprendizagem no trabalho a partir dos problemas e necessidades detectados nesse contexto, incentivando autonomia e resolutividade nos enfrentamentos. Alguns trabalhadores da saúde desconhecem esse espaço para refletir sobre as suas ações.

## 6.5 HÁBITOS DE VIDA

Tabela 3 – Uso de fumo

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	5	8,9
Não	51	91,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Conforme a Tabela 3 aponta, 8,9% fumam, enquanto 91,1% não fumam. As baixas porcentagens do consumo de cigarro diferem do estudo de Kash e outros (2000), que avaliaram um grupo de 261 indivíduos — auxiliares administrativos, médicos e enfermeiros — de um hospital oncológico em Manhattan, Estados Unidos, com o intuito de identificar os fatores e as consequências do *Burnout*. Constataram níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização entre os profissionais. Uma das estratégias mais utilizadas pelos participantes como método de enfrentamento foi o consumo de álcool e cigarros.

Pérez e Zurita (2010) realizaram uma pesquisa com 170 professores chilenos a fim de identificar variáveis associadas à Síndrome de *Burnout*. Foi verificado maior consumo de álcool e cigarros nos indivíduos com alto risco de *Burnout*. Os autores notaram relação positiva entre a quantidade de hábitos prejudiciais à saúde e o *Burnout*, o que foi considerado mecanismo de enfrentamento utilizado pelos profissionais com objetivo de minimizar os efeitos do estresse ocupacional.

Mesmo com as baixas porcentagens encontradas no consumo do cigarro nesta pesquisa, sabemos da relação significativa com o consumo de cigarro e do álcool nos

profissionais de saúde que recebem uma carga de trabalho laboral e psicológica exaustiva.

Tabela 4 – Uso de álcool

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	22	39,3
Não	34	60,7
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Percebe-se, conforme a Tabela 4, que 39,3% dos profissionais de saúde neste estudo ingerem algum tipo de bebida alcóolica socialmente, enquanto 60,7% não consomem. Esse resultado chama atenção, devido à forte relação da Síndrome de *Burnout* com o aumento de consumo de álcool. Como um processo de enfrentamento dos sintomas oriundos do *Burnout*, indivíduos mais vulneráveis a emoções negativas são atraídos a um aumento no consumo de bebidas alcoólicas e podem fazer uso também de outras drogas ilícitas (CHEN; CUNRADI, 2008).

Nas profissões que demandam alta carga emocional e psíquica, como policiais, médicos, enfermeiros e advogados, os indivíduos tendem a ser mais susceptíveis ao *Burnout* e esse fato pode aumentar a tendência a desenvolver transtornos referentes ao consumo de álcool e outros transtornos mentais. O aumento no consumo de bebidas alcoólicas em resposta aos níveis elevados de estresse tem sido relatado na literatura como estratégia de enfrentamento (FERRIER-AUERBACH et al., 2009) e tem despertado a preocupação dos estudiosos.

Tabela 5 – Atividade de lazer

Atividade	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Cinema	2	3,6
Cuidar de animais domésticos	1	1,8
Descansar	4	7,1
Dormir	2	3,6
Esporte	13	23,2
Estudar	2	3,6
Família	18	32,1
Filmes	1	1,8
Games	1	1,8
Igreja	1	1,8
Leitura	3	5,4
Pescar	1	1,8
Praia	4	7,1
Viajar	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Sobre seu tempo livre, segundo a Tabela 5, dos 56 participantes da pesquisa, 100% responderam que fazem alguma atividade de lazer, dos quais 32,1% preferem estar com a família; 23,2% praticam algum tipo de esporte; 7,1% preferem ir à praia; 5,4%, viagem e leitura, enquanto 3,6% preferem estudar, dormir e ir ao cinema. Em menor porcentagem, foram citadas, também, atividades como cuidar de animais domésticos, assistir a filmes, jogar games e ir à Igreja.

Adquirir hábitos de vida saudáveis, como praticar exercícios físicos regularmente, dormir bem, manter uma dieta equilibrada e usufruir do lazer são necessários para diminuir os efeitos do estresse profissional (MURTA; TRÓCCOLI, 2007; RODRIGUES, 2006; SPINDOLA; MARTINS, 2007).

Tabela 6 – Atividade física

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	35	62,5
Não	21	37,5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

A Tabela 6, por sua vez, indica que 62,5% referem fazer algum tipo de atividade física, sendo que a maioria relatou praticar de 2 ou 3 vezes por semana. A literatura aponta que as empresas devem desenvolver manobras de enfrentamento do estresse com a finalidade de atenuar os problemas existentes no ambiente de trabalho, diminuindo as dificuldades e dando suporte aos trabalhadores, ao propiciar-lhes melhores condições de vida dentro e fora da organização e, conseqüentemente, melhorando a qualidade do cuidado prestado ao indivíduo (MORENO, 2011). Conforme o exposto, é possível afirmar que a prevalência dos trabalhadores da empresa em estudo tem estilo vida saudável.

## 6.6 CARACTERIZAÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

As tabelas a seguir se referem aos dados gerados a partir da aplicação do instrumento de MBI, que realiza a somatória das três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). Esse instrumento baseia-se em uma abordagem psicossocial que analisa o esgotamento profissional a partir de três dimensões independentes: (1) exaustão, que trata do emocional, ou seja, a perda de

recursos emocionais para lidar com o trabalho; (2) despersonalização, entendida como o desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou mesmo de cinismo com aqueles que recebem o serviço prestado e (3) falta de realização pessoal, traduzida como a tendência a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, associado com sentimentos e avaliações de baixa autoestima profissional.

Os valores para classificação da Síndrome de *Burnout* são assim referidos: para a exaustão emocional, os valores variam de baixo (10 – 15), médio (16 – 25) e alto (26 – 54); para a despersonalização, da mesma forma variam de baixo (0 – 2), médio (3 – 8) e alto (9 – 30); por fim, a dimensão realização profissional é medida também como baixa (0 – 33), média (34 – 42) e alta (43 – 48).

Tabela 7 – Classificação geral estatística descritiva para os domínios das três dimensões

<b>Classificação geral das três dimensões</b>					
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão</b>
Exaustão emocional	0	35	11	10	8
Despersonalização	0	14	4	3	4
Realização profissional	21	48	42	44	6

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Na Tabela 7, a exaustão emocional média e a mediana são classificadas como baixas, porque ocorreram valores mínimos iguais a zero e máximo de 35, ou seja, os escores apresentaram alta variabilidade (72,7%). O domínio de despersonalização foi classificado como médio, com valores dos escores medianos e médios dentro do intervalo de 3 a 8, sendo que a variabilidade foi alta (100%). Na realização profissional, da população pesquisada 50% apresentam escore abaixo de 44, que é classificado como alto, mas o valor do escore médio foi classificado como nível médio, com valor igual a 42.

Tabela 8 – Classificação dos trabalhadores quanto à exaustão emocional

<b>Trabalhadores quanto à exaustão emocional</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Baixo	42	75,0
Médio	11	19,6
Alto	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

De acordo com a Tabela 8, dos 56 trabalhadores da empresa estudada, 75% apresentam nível baixo de exaustão emocional; 19,6% apresentam nível médio e 5,4%, nível alto, ou seja, três trabalhadores apresentam nível alto de exaustão emocional que significa a perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho.

Tabela 9 – Classificação dos trabalhadores quanto à despersonalização

<b>Trabalhadores quanto à despersonalização</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Baixo	28	50,0
Médio	18	32,1
Alto	10	17,9
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Em relação à despersonalização (Tabela 9), 50% apresentam nível baixo; 32,1% revelam nível médio e 17,9%, nível alto, ou seja, dez trabalhadores manifestam atitudes negativas, de insensibilidade ou mesmo de cinismo com aqueles que recebem o serviço prestado.

Tabela 10 – Classificação dos trabalhadores quanto à realização profissional

<b>Trabalhadores quanto à realização profissional</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Baixo	7	12,5
Médio	17	30,4
Alto	32	57,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

A Tabela 10 demonstra que 57,1% dos trabalhadores revelam níveis altos em relação à realização profissional; 30,4% apresentam nível médio e 12,5%, níveis baixos. Somando os 17 trabalhadores que têm nível médio de realização profissional com os 7 que apresentam baixo nível, identificamos que, dos 56 trabalhadores pesquisados, 24 evidenciam tendência a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, o que pode estar associado a sentimentos e avaliações de baixa autoestima profissional.

Para se caracterizar a Síndrome de *Burnout*, é necessário que os trabalhadores tenham níveis altos de exaustão emocional e despersonalização, seguidos de nível

baixo de realização profissional. Pelos resultados identificados inicialmente, somente três trabalhadores poderiam ser classificados como *Burnout*, conforme os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB).

Buscando identificar se os três trabalhadores, classificados com alto nível de exaustão, também apresentavam alto nível de despersonalização e baixo nível de realização profissional, constatou-se que nenhum trabalhador dos 56 estudados apresentaram os critérios de classificação para *Burnout*, conforme orienta o NEPASB.

Tabela 11 – Exaustão emocional por cargo

Exaustão emocional				
Cargo	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)
Médico	7 (12,5)	2 (3,6)	0 (0,0)	9 (16,1)
Enfermeiro	21 (37,5)	3 (5,4)	0 (0,0)	24 (42,9)
T. Enf.	14 (25,0)	6 (10,7)	3 (5,4)	23 (41,1)
<b>Total</b>	<b>42 (75,0)</b>	<b>11 (19,6)</b>	<b>3 (5,4)</b>	<b>56 (100,0)</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Ao realizar o cruzamento de exaustão emocional por cargo, conforme a Tabela 11, percebe-se que 12,5% dos médicos têm nível baixo, 37,5% dos enfermeiros têm nível baixo — ambos com 0,0% para nível alto —, enquanto os técnicos de enfermagem apresentam 25% para nível baixo, com 5,4% de alto para exaustão emocional. Apesar de ser um percentual baixo, identificamos que três técnicos de enfermagem exibiram nível alto para exaustão emocional.

Tabela 12 – Cruzamento de despersonalização por cargo

Despersonalização				
Cargo	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)
Médico	6 (10,7)	2 (3,6)	1 (1,8)	9 (16,1)
Enfermeiro	11 (19,6)	7 (12,5)	6 (10,7)	24 (42,9)
T. Enf.	11 (19,6)	9 (16,1)	3 (5,4)	23 (41,1)
<b>Total</b>	<b>28 (50,0)</b>	<b>18 (32,1)</b>	<b>10 (17,9)</b>	<b>56 (100,0)</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Fazendo o cruzamento da despersonalização por cargo, nota-se, pela Tabela 12, que os enfermeiros apresentam um percentual mais elevado (10,7%), quando comparado

aos técnicos de enfermagem (5,4%) e aos médicos (1,8%). Percebe-se que seis enfermeiros desenvolvem atitudes negativas, insensibilidade ou mesmo cinismo com aqueles que recebem o serviço prestado.

Tabela 13 – Cruzamento de realização profissional por cargo

Cargo	Realização profissional			Total n (%)
	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	
Médico	2 (3,6)	3 (5,4)	4 (7,1)	9 (16,1)
Enfermeiro	4 (7,1)	9 (16,1)	11 (19,6)	24 (42,9)
T. Enf.	1 (1,8)	5 (8,9)	17 (30,4)	23 (41,1)
<b>Total</b>	<b>7 (12,5)</b>	<b>17 (30,4)</b>	<b>32 (57,1)</b>	<b>56 (100,0)</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Segundo a Tabela 13, os resultados apontam que 3,6% dos médicos apresentam baixos níveis de realização profissional, enquanto os enfermeiros 7,1% revelam também níveis baixos e os técnicos de enfermagem denotam o percentual de 1,8%, ou seja, 12,5% do total de trabalhadores indicam uma tendência de avaliar o próprio trabalho de forma negativa, possivelmente associada a sentimentos e avaliações de baixa autoestima profissional.

A literatura menciona que o estado civil (casado ou união estável), os filhos e a idade mais avançada são fatores que contribuem para o não desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Nesste estudo, ao se fazer a sumarização de hipótese pelo teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes, não se observou significância em relação aos três níveis (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional).

Tabela 14 – Cruzamento de exaustão emocional com horas totais trabalhadas

Escore	Exaustão emocional x horas totais trabalhadas		Total (%)
	40 horas ou menos n (%)	Acima de 40 horas n (%)	
Baixo	12 (92,23)	30 (69,8)	42 (75,0)
Médio	1 (7,7)	10 (23,4)	11 (19,6)
Alto	0 (0,0)	3 (7,0)	3 (100,0)
<b>Total</b>	<b>13 (100,0)</b>	<b>43 (100,0)</b>	<b>56 (100,0)</b>

Fonte: Elaboração do autor (2017).

A Tabela 14 mostra que a jornada de trabalho tem implicações diretas no nível de exaustão emocional entre os trabalhadores estudados, uma vez que 23,4% dos

trabalhadores com jornada acima de 40 horas semanais apresentam nível médio de exaustão emocional e 7,0%, nível alto.

Os resultados apontam que os trabalhadores da empresa em estudo não foram classificados nos níveis considerados pelas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) como critérios de diagnóstico da Síndrome de *Burnout*.

## 6.7 CORRELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA COM A SÍNDROME DE *BURNOUT*

Quanto à prática de atividade física, observa-se que 23,2% dos trabalhadores referem praticar esporte. Estudos apontam diversos benefícios que a atividade física oferece à saúde, como melhora da condição aeróbica, reduzindo os riscos coronarianos, e melhora do estresse ocupacional. Existe uma relação de desproporcionalidade da atividade física e o estresse ocupacional, ou seja, quanto melhor o condicionamento físico, menores os níveis de estresse. Além disso, há uma maior tolerância ao estresse em praticantes de atividade física. Justifica-se, assim, a prática regular de atividades e exercícios físicos como fator de proteção para o acometimento de sintomatologias específicas do estresse ocupacional, entre os quais a Síndrome de *Burnout* (TAMAYO, 2001; ROCHA, 2014).

Dos trabalhadores pesquisados, 100% responderam que têm alguma atividade de lazer, mesmo que seja para dormir, 32,1% dos trabalhadores informaram que usam seu tempo livre para permanência com a família, considerando essa questão como lazer. Stanton-Rich e Iso-Ahola (1998) estudaram a relação entre trabalho e lazer e afirmam que comportamentos de lazer, como a satisfação associada ao lazer, têm efeito inverso sobre as três dimensões da Síndrome de *Burnout*, ou seja, quanto mais alto o índice de comportamento e de satisfação associado ao lazer, menor o índice de exaustão emocional e de despersonalização, assim como mais alto o índice de realização pessoal. Dessa forma, segundo os autores, os resultados sugerem que o lazer pode contribuir para a redução ou a prevenção do *Burnout*.

Quanto ao uso de álcool e tabaco, identificou-se que 60,7% dos trabalhadores referem não fazer uso álcool; 39,3% apontam o uso social de bebida alcoólica, enquanto 91,1% dos trabalhadores não fazem uso de tabaco.

Soler e outros (2008) realizaram um estudo multicêntrico em 12 países da Europa, verificando uma amostra de 1.393 médicos da família na Atenção Primária. Nesse estudo, foi identificado que existiu maior risco de exaustão emocional e de despersonalização nos médicos que referiram consumo de álcool. Quanto ao tabagismo, foi identificada uma associação à baixa realização pessoal. Rocha (2014) afirma que, como forma de tentar minimizar a tensão ocupacional, os militares investigados faziam uso de bebidas alcoólicas, o que apresentava relação com um estilo de vida não saudável e uma maior predisposição aos possíveis efeitos do *Burnout*.

Em relação ao sexo, dos trabalhadores estudados 73,2% são do sexo masculino e 26,8%, do sexo feminino. Estudos evidenciam a relação do estresse com o gênero. Homens e mulheres não só diferem em características biológicas, mas também na variedade de papéis que desempenham socialmente. Assim, a interação entre os papéis sociais e os eventos negativos da vida podem produzir resultados diferentes nas respostas de estresse (LIPP, 2005). O homem tem maior utilização de estratégias focadas no problema, ou seja, age diretamente sobre o estressor. As mulheres, por sua vez, geralmente utilizam estratégias focadas na emoção, sendo consideradas menos adaptativas e com maior probabilidade de se relacionarem a problemas de saúde (GIL-MONTE, 2005; KEOGH; HERDENFELDT, 2002). Somado ao fato de que a mulher, além da jornada de trabalho, possui atividades de dona de casa junto com a responsabilidade de criar os filhos e o trabalho doméstico, registram-se níveis mais elevados de estresse (HELPGUIDE..., 2014).

O fato de 82,1% dos trabalhadores estudados terem tirado férias nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa é um fator positivo, pois, segundo Ascari e outros (2016), o pleno usufruto das férias é um dos fatores de proteção do indivíduo contra o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Uma vez que quando a síndrome está presente, mesmo o trabalhador saindo de férias, ter descansado e estar bem, ao retornar ao trabalho, manifestará os sintomas novamente (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELISTA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, acesso em 7 maio 2017).

Quanto à capacitação profissional, percebe-se que 60,7% dos trabalhadores nesta pesquisa referem ter feito curso de capacitação. Além de outras questões

relacionadas ao ambiente de trabalho, a falta de incentivo para capacitação pode ser considerada um dos fatores desencadeadores da Síndrome de *Burnout*, presentes no ambiente de trabalho (ALMEIDA et al., 2016).

Na população estudada, predominou a faixa etária média de 35 anos, o que de certa forma possivelmente justifica a identificação de níveis médio e baixo na despersonalização e exaustão emocional dos trabalhadores. A média de idade de 35 anos entre os trabalhadores estudados foi considerada um fator positivo, tendo em vista que a maturidade dá maior domínio para lidar com situações de estresse (MENEGAZ, 2004)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que a metodologia utilizada foi adequada ao alcance dos objetivos. O estudo contribuiu para o entendimento da política de atendimento pré-hospitalar móvel no bojo da política de urgência e emergência e a compreensão da Síndrome de *Burnout* no contexto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Os resultados apontaram que os hábitos de vida dos participantes foram um dos fatores protetores para o não desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Entre os participantes observou-se que há uma prática regular de atividade física e que o tempo livre desses trabalhadores, na sua maioria, é com a família. A idade dos trabalhadores também contribuiu positivamente como fator protetor, além de estarem satisfeitos com a profissão e a atividade que exercem. Chama atenção também o baixo consumo de álcool e fumo na população estudada, o que eleva o nível de hábitos de vida saudável, como fator protetor para o não desenvolvimento da síndrome. Conforme o exposto, é possível afirmar que a maioria dos trabalhadores da empresa estudada tem estilo vida saudável, pois os resultados apontaram que os trabalhadores não foram classificados nos níveis considerados pelas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) como critérios de diagnóstico da Síndrome de *Burnout*.

Um ponto que deve ser destacado é a baixa existência de estudos brasileiros correlacionando as dimensões de *Burnout* com hábitos de vida entre trabalhadores de saúde que atuam em atendimento pré-hospitalar móvel nas rodovias. Por isso, torna-se necessário que outros estudos sejam desenvolvidos, principalmente na avaliação de correlações entre essas e outras variáveis de interesse para confirmação ou não da Síndrome de *Burnout*.

Com a divulgação dos resultados deste trabalho, espera-se ampliar o conhecimento sobre o tema e estimular novos estudos, para que as empresas, tanto no sistema privado como no público, possam propor estratégias para proteger a saúde dos trabalhadores, seja nos aspectos relacionados às condições de trabalho, seja no estímulo ao desenvolvimento de hábitos de vida saudável entre os trabalhadores, isto é, para promover a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho e a proteção do trabalhador na garantia de seus direitos.

Uma das limitações do estudo foi a perda de 40% do total de participantes em função da logística do tipo de atendimento. Essa questão pode alterar os resultados, portanto reforço a necessidade de desenvolvimento de novos estudos com objetivo de confirmar ou não os resultados identificados nesta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. M.; SILVEIRA, F. S. S. Impactos econômicos dos acidentes de trânsito na Paraíba nos anos entre 2004 e 2006. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, 12., 2009, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa, 2009.
- ADÁN, J. C. M.; JIMÉNEZ, B. M.; HERRER, M. G. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. **Med Clin.**, Barcelona, v. 123, n. 7, p. 265-270, 2004.
- ALMEIDA, K. M. de; SOUZA, L. A. de; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em funcionários de uma fundação de proteção e assistência social. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 86-96, 2009.
- ALMEIDA, L. A. et al. Fatores geradores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde Generating factors of Burnout Syndrome in health professionals. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** [Online], v. 8, n. 3, p. 4623-4628, 2016.
- ANTUNES, R. **Classe operária, sindicatos e partidos no Brasil**: um estudo sobre a consciência de classe, da Revolução de 30 até a Aliança Nacional Libertadora. São Paulo: Cortez, 1982.
- ANTUNES, R. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. **Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo**, v. 1, 1999.
- ASCARI, R. A. et al. Prevalência de risco para síndrome de *Burnout* em policiais militares. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, 2016.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 282p.
- BEZERRA, M. M. M. et al. Saúde mental do trabalhador no Brasil: questões emergentes. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [online], v. 10, n. 33, p. 186-197, 2017.
- BÍBLIA. N. T. Lucas. Português. **Bíblia sagrada**. Trad. João de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil; 2004.
- BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; BAKER, M. C. S. Os valores organizacionais e a Síndrome de *Burnout*: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicologia: reflexão e crítica** [online], v. 19, n. 1, 2006.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**: estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1. 529/CFM**, de 28 de agosto de 1998. Dispõe sobre a normatização da atividade médica na área da urgência e emergência na sua fase pré-hospitalar. Disponível em:

<[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_res1529.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_res1529.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.048**, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, 1999a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Org. Elizabeth Costa Dias; colaboração Idelberto Muniz Almeida et al. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n 114. Brasília, 2001a. 580 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823/GM**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 2 mar. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125/GM**, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125\\_06\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125_06_07_2005.html)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 814/GM**, de 1 de junho de 2001. Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências. Brasília, 2001b. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_ms814.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_ms814.htm)>. Acesso em 19 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 824/GM, de 24 de junho de 1999. Normatiza o atendimento pré-hospitalar e o transporte inter-hospitalar no Brasil. **Diário da República Federativa do Brasil**, 25 jun. 1999b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737/GM**, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/legms737.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728/GM**, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html)> Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM**, de 5 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/port2048.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.339/GM**, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria. Brasília, 1999c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html)>. Acesso em: 18 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863/GM**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_gm1863.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.864/GM**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, 2003b. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg\\_gm1864.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1864.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Questão da Saúde e Serviço Social**: as práticas profissionais e as lutas no setor. 1991. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARLOTTO, M. S.; PEREIRA, K. W.; SANTOS, C. *Burnout* em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 32, jan./jul., 2010.

CARLOTTO, M. S. A relação profissional-paciente e a Síndrome de *Burnout*. **Encontro: Revista de Psicologia**, Londrina, v. 12, n. 17, p. 7-20, 2015.

CHEN, M. J.; CUNRADI, C. Job stress, burnout and substance use among urban transit operators: the potencial mediating role of coping behavior. **Work Stress**, Fort Worth, Texas, v.22, n. 4, p. 327-340, 2008.

CORNELIUS, A.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout* em profissionais de atendimento de urgência. **Revista Psicologia em Foco**, Frederico Westphalen, v. 1, n. 1, p. 15-27, 2014.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. *Stress* no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 3, p. 63-71, 2003.

DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SILVA, L. A. da. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, Chile, v. 16, n. 2, p. 69-81, 2010.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia**. Campinas. 1994. 335 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

FERREIRA, C. S. W. **Os serviços de assistência às urgências no Município de São Paulo**: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar. 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FERRIER-AUERBACH, A. G. et al. Predictors of alcohol use prior to deployment in National Guard Soldiers. **Addictive Behaviors**, [S.I.], v. 34, n. 8, p. 625-631, 2009.

FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978.

GIANASI, L. B. S.; OLIVEIRA, D. C. de. A síndrome de *Burnout* e suas representações entre profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 756-772, 2014.

GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de *Burnout*) em profesionales de enfermería. **Revista Eletrônica Interação Psy**, [S.I.], n. 1, p. 19-33, ago. 2003.

GLINA, D. M., ROCHA, L. R., BATISTA, M. L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 607-616, 2001.

GONÇALVES, E. Síndrome de Burnout: desconhecida, mas perigosa. **Folha de Londrina**, Londrina, 17 mar. 2008. Caderno 2, p. 7.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: ABDR, 1989.

GUIMARÃES, L. A. M. **Atualizações em saúde mental do trabalhador**. Disponível em: <[www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00006126.ppt](http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00006126.ppt)>. Acesso em: 2 maio 2017.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HELPGUIDE.Org. **Preventing Burnout: signs, symptoms, causes, and coping strategies**. 2014. Disponível em: <[http://www.helpguide.org/mental/burnout\\_signs\\_symptoms.htm](http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

HUEZ, D. Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail. **Souffrances et Précarités au Travail: Paroles de Médecins du Travail**, 1994.

JACQUES, M. G. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, Edição Especial nº 1, p. 112-119, 2007.

KASH, K. M. et al. Stress and burnout in oncology. **Oncology**, Williston Park, NY, v. 14, n. 11, p. 1621-33; discussion 1633-4, 1636-7, 2000.

KEOGH, E.; HERDENFELDT, M. Gender, coping and the perception of pain. **Pain**, [S.l.], v. 97, n. 3, p. 195-201, 2002.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTERT, L. O processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB; 2001. p. 114-140.

LIMA, R. A. S. et al. Vulnerabilidade ao *burnout* entre médicos de hospital público do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1051-058, 2013.

LIPP, M. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 1, n. 3 e 4, p. 5-19, ago./dez. 1984.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina** [Online], Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, 1999.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 71-5, 2003.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced Burnout. **Journal of Organizational Behaviour**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual review of psychology**, [S.l.], v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MENDES, A. Mais protegidos. **Revista Proteção**, São Paulo, n. 170, p. 31-48, fev. 2006.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGO, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção à saúde mental do trabalhador**: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MOREIRA, D.S. et al. Prevalência de síndrome de Burnout em trabalhadores de Enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, jul. 2009.

MORENO, Fernanda Novaes et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 140-5, 2011.

MORIN, E. M. L'efficacité organisationnelle et le sens du travail. In: PAUCHANT, T. C. et al. **La quête du sens**: gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature. Montréal, Québec/Amérique et Paris: Éditions de l'organisation, Collection Manpower, p. 257-286, 1996.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. *Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades*. **Estudos de Psicologia**, Campinas, [SciELO-Scientific Electronic Library Online], v. 24, n. 1, p. 41-51, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 mar. 2017.

NARDI, H. C. **Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador**: o conflito capital, trabalho e a relação médico-paciente. 1996. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (Estados Unidos da América). Pre-Hospital Trauma Life Support Committee, American College Of Surgeons. Committee on Trauma. PHTLS. Basic and Advanced Prehospital Trauma Life support. Mosby: 2004.

OLIVEIRA, P. R. A. **Uma sistematização sobre a saúde do trabalhador**: do exótico ao esotérico. São Paulo: LTr, 2011.

PARMEGGIANI, L. Evolution of concepts and practices in occupational health. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5, 1987, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANMT, 1987.

PASCHOALINI, B.; OLIVEIRA, M. M.; FRIGÉRIO, M. C.; DIAS, L. R. P.; SANTOS, F. H. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 487-492, jul./set. 2008.

PÉREZ, M. R.; ZURITA, R. Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. **Polis**, Santiago, Chile, v. 9, n. 25, p. 515-534, 2010.

RAMALHO, M. A. N.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 123-132, 2007.

- RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: históricos e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p.355-60, 2005.
- ROCHA, D. F. da; CAVALCANTE NETO, J. L. A Síndrome de *Burnout* e os níveis de atividade física em policiais militares ambientais de Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Curitiba, v. 6, n. 1, 2014.
- RODRIGUES, A. B. *Burn out* e estilos de *coping* de enfermeiros que assistem pacientes oncológicos. 2006. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- SAMU 192. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado do Espírito Santo. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/samu-192>>. Acesso em: 17 jul. 2017.
- SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, H. de P. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. **Northeast Network Nursing Journal**, [S. l.], v. 9, n. 1, 2016.
- SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.
- SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 204-220, 2008.
- SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. Historical and conceptual development of burnout. **Professional burnout: Recent developments in theory and research**, [S.l.], p. 1-16, 1993.
- SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-77, 2011.
- SILVA, E. A. C. da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 507-7, 2010.
- SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3393-402, 2011.
- SILVA, O. M. et al. Riscos de adoecimento enfrentados pela equipe de enfermagem do SAMU: uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 107-121, 2014
- SOBRINHO, C. L. N. et al. Trabalho e síndrome da Estafa Profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 656-62, 2009.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELISTA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, **Síndrome-Burnout**. Disponível em: <<https://www.einstein.br/estrutura/check-up/saude-bem-estar/.../sindrome-burnout>>. Acesso em: 7 maio 2017.

SOLER, J. K. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. **Family practice**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 245-265, 2008.

SOUSA, E. C. M. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Psicologado**, nov. 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-sindrome-de-burnout-em-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 3 jun. 2015.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Esc Anna Nery**, [SciELO-Scientific Electronic Library Online], v. 11, n. 2, p. 212-9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

STANTON-RICH, H. M.; ISO-AHOLA, S. E. Burnout and leisure. **Journal of Applied Social Psychology** [S.l.], v. 28, n. 21, p. 1931-1950, 1998.

TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 127-147, set./dez. 2001.

TAMAYO, M R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 3, p. 213-21, 2009.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TIMERMAN, S.; GONZALEZ, M. M. C.; RAMIRES, J. A. F. **Ressuscitação e emergências cardiovasculares do básico ao avançado**. Barueri: Manole, 2007.

VIANNEY, E. L.; BRASILEIRO, M. E. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 555-557, 2003.

## APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE VIDA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Data: ___/___/___ Sexo: ( ) F ( ) M
	Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___
	Escolaridade: ( ) Médio ( ) Técnico ( ) Universitário
	Estado civil: Casado ( ) Solteiro ( ) Outros: _____
	Filhos: ( ) N ( ) S, quantos: _____
Qual a sua renda mensal: _____	
DADOS PROFISSIONAIS	Nº de horas semanais: _____ Período: ( ) M ( ) T ( ) N
	Você possui outro emprego? ( ) N ( ) S, quantos? _____
	Área de atuação em outro vínculo: _____
	Quantas horas semanais, no total, você dedica ao trabalho? _____
	Quantas faltas você teve esse mês? _____ Motivo: _____
	Teve licença médica nos últimos seis meses? ( ) N ( ) S, Motivo do afastamento: _____
	Mês/ano das últimas férias: ___/___
Você faz algum curso de atualização profissional? ( ) N ( ) S, qual? _____	
HÁBITOS DE VIDA	O que gosta de fazer nas horas vagas? _____
	Prática alguma atividade física? ( ) N ( ) S, qual? _____ E quantas vezes por semana? _____
	Você fuma? ( ) N ( ) S Quantos cigarros por dia: _____
	Faz uso de bebida alcoólica? ( ) N ( ) S Frequência: _____
	Você tem algum problema de saúde? ( ) N ( ) S qual? _____
	Faz uso de medicação contínua? ( ) N ( ) S, qual? _____
	Possui plano de saúde? ( ) N ( ) S Faz exames médicos periódicos? ( ) N ( ) S, Onde? _____

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a)Sr. (a): \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado á participar da pesquisa cujo título é fatores de risco da Síndrome de *Burnout* na equipe de saúde de uma empresa privada do ES no atendimento pré-hospitalar móvel. Os objetivos da pesquisa são: Descrever sobre o atendimento pré-hospitalar móvel no bojo da política de urgência e emergência. Estudar a Síndrome de *Burnout* no contexto da Política Nacional de Saúde do trabalhador. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da equipe de saúde do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel em dois serviços que atuam no ES. Caracterizar a necessidade de existência de um serviço de promoção e prevenção saúde do trabalhador que atua no atendimento pré-hospitalar (APH) móvel no contexto da Síndrome de *Burnout*. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará de forma a responder questões relacionadas ao tema de pesquisa. Será garantido o sigilo e a privacidade dos participantes do estudo, ou seja, não serão divulgados nomes, imagens ou identidades. Os riscos decorrentes de sua participação são mínimos uma vez que a intervenção é aplicação de um questionário. Os formulários de coleta de dados serão guardados pelo pesquisador no período de 5 (cinco) anos e após esse período serão descartados. A qualquer momento, se houver algum desconforto, você poderá desistir de seu consentimento sem nenhum prejuízo na relação entre o pesquisador e os participantes. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço residencial e eletrônico do pesquisador, e da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento, através dos contatos abaixo.

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do e-mail: [comite.etica@emescam.br](mailto:comite.etica@emescam.br) e/ou telefone: 3334-3586.

Orientadora: [mcarlota3@hotmail.com](mailto:mcarlota3@hotmail.com) e pelo tel. 981674433

Rua Nicolau Von Shilgem, número 100/103 – Mata da praia, Vitória ES. CEP: 29065-130

Pesquisador: [flaviocardiol@gmail.com](mailto:flaviocardiol@gmail.com) e pelo tel.999500828

Endereço do pesquisador: Rua Nossa Senhora da penha número 01, Bairro Dom Bosco. Cariacica – ES - CEP: 29147355.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA



**EMESCAM**

Tradição e Conhecimento em Saúde

### APÊNDICE III

Vitória (ES), 25 de junho de 2015

À Direção da PRIMER PRIORIDADE, A VIDA.

#### Carta De Anuência

Eu, Neviton Coradine, Diretor Comercial da **Primer Prioridade, a Vida Vitória – ES** autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa "fatores de risco para síndrome de Burnout nos trabalhadores de saúde de uma empresa privada de atendimento pré-hospitalar móvel". O pesquisador responsável será Flávio Costa da Conceição, aluno do programa de mestrado Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, a esta instituição.

Neviton Coradine  
Diretor Comercial  
Primer Prioridade, a Vida Vitória - ES.

Av. N. S. da Penha, 2190  
Santa Luiza - Vitória  
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27 3334 3500  
info@emescam.br  
www.emescam.br

## ANEXO A – MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	
Responda as questões a seguir utilizando a mesma pontuação.	PONTOS
1. Sinto-me esgotado (a) ao final de um dia de trabalho.	
2. Sinto-me como se estivesse no meu limite.	
3. Sinto-me emocionalmente exausto (a) com meu trabalho.	
4. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.	
5. Sinto-me esgotado (a) com meu trabalho.	
6. Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.	
7. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado (a).	
8. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	
9. Sinto-me cansado (a) quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	
10. Sinto-me cheio de energia.	
11. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os pacientes.	
12. Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.	
13. Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.	
14. Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.	
15. Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.	
16. Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.	
17. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	
18. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.	
19. Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.	
20. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	
21. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.	
22. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	

Adaptado no Brasil por Robayo-Tamayo

PONTUE DE 0 - 6 OS ITENS A SEGUIR CONFORME SEUS SENTIMENTOS E SINTOMAS

**0** - nunca

**1** - uma vez ao ano ou menos

**2** - uma vez ao mês ou menos

**3** - algumas vezes ao mês

**4** - uma vez por semana

**5** - algumas vezes por semana

**6** - todos os dias

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES DE RISCO DA SINDROME DE BURNOUT NA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA EMPRESA PRIVADA DO ES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.

**Pesquisador:** Flávio Costa da Conceição

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 49903415.1.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.516.248

#### Apresentação do Projeto:

Estudo quali quantitativo descritivo-exploratório, envolvendo trabalhadores de saúde que atuam em um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de uma empresa privada de atendimento de urgência e emergência. Acredita-se que os fatores de riscos inerentes ao trabalho de assistência pré-hospitalar móvel e, os fatores relacionados ao trabalho em saúde e fatores pessoais podem se somar e contribuir negativamente para o desenvolvimento da síndrome de Burnout nesses trabalhadores.

#### Objetivo da Pesquisa:

Descrever sobre o atendimento pré-hospitalar móvel no bojo da política de urgência e emergência.

Estudar a síndrome de Burnout no contexto da Política Nacional de Saúde do trabalhador.

Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome de Burnout entre os trabalhadores da equipe de saúde do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel em dois serviços que atuam no ES.

Caracterizar a necessidade de existência de um serviço de promoção e prevenção saúde do

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.516.248

trabalhador que atua no atendimento pré-hospitalar (APH) móvel no contexto da síndrome de Burnout.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O risco desta pesquisa é mínimo e será assegurado pelo entrevistador a garantia de não maleficência, da beneficência e do sigilo dos dados referentes às informações.

O estudo segue as recomendações contidas na Resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde (CNS/MS).

Benefícios:

Espera-se com o resultado dessa pesquisa, através de sua publicação, ampliar o conhecimento sobre os fatores de riscos relacionados a síndrome de Burnout entre os trabalhadores de saúde no atendimento pré-hospitalar móvel. Espera-se também sensibilizar o gestores e trabalhadores sobre a importância da promoção da saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa relevante sobre a síndrome de Bournout em trabalhos expostos a fatores estressantes, com todos os critérios ético-metodológicos apresentados satisfatoriamente.

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

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro das normas da Resolução 446/12 do CNS/MS.

**Recomendações:**

Sem recomendações a serem apresentadas.

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

Sugiro aprovação pelo colegiado do CEP-EMESCAM.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.516.248

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_531320.pdf	15/03/2016 12:32:49		Aceito
Outros	apendice.pdf	15/03/2016 12:30:39	Flávio Costa da Conceição	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/03/2016 11:31:45	Flávio Costa da Conceição	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2016 11:28:23	Flávio Costa da Conceição	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	31/08/2015 17:40:05	Flávio Costa da Conceição	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorização.pdf	13/08/2015 10:10:49		Aceito
Outros	ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY.pdf	25/06/2015 11:28:19		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 26 de Abril de 2016

Assinado por:

**PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA**  
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br