

VARIÁVEIS INTERVENTORAS DO BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS EMERGENCIAIS

Sandra de Souza Pereira¹ 
Joana Fornés-Vives² 
Vivian Aline Preto³ 
Gerson Alves Pereira Junior⁴ 
Mario Francisco Juruena⁵ 
Lucilene Cardoso⁶ 

¹Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

²Universitat de les Illes Balears, Departament d'Infermeria. Palma de Mallorca. Illes Balears, Espanha.

³Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Araçatuba, São Paulo, Brasil.

⁴Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

⁵King's College London, Department of Psychological Medicine. London, United Kingdom, England.

⁶Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre *Burnout*, estresse, sofrimento mental e demais fatores pessoais e laborais associados a esta síndrome.

Método: estudo transversal, descritivo e correlacional entre 282 profissionais de saúde dos serviços de emergências da cidade de Ribeirão Preto, Brasil, coletado de outubro de 2015 a março de 2016. Utilizados os instrumentos: questionário sociodemográfico, Maslach *Burnout Inventory*, *Childhood Trauma Questionnaire*, Inventário de Sintomas de Stress, Escala de Estresse Percebido, *Psychiatric Screaming Questionnaire*, Questionário de Estilo de Vida Fantástico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Reajustamento Social de Homes-Rahe. Redação descritiva dos dados. Testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis e posteriormente análise de regressão, na qual foram calculados OR, com IC de 95% e o nível de significância de 5%.

Resultados: houve evidência estatística de associação entre *Burnout* e escolaridade, estresse precoce, estresse, transtornos mentais comuns, estilo de vida, ansiedade e depressão. A análise de regressão evidencia que as variáveis que influenciam no *Burnout* são: tipo de serviço ($p=0,032$; $OR=0,187$), escolaridade ($p=0,029$; $OR=2,313$), percepção de estresse ($p=0,037$; $OR=1,67$) e reajustamento social ($p=0,031$; $OR=1,279$).

Conclusão: este estudo aponta um perfil para o desenvolvimento de *Burnout*, constituído por profissionais de saúde com maior escolaridade, que sofreram estresse precoce, que apresentam sintomas e percepção de estresse, que não possuem um estilo de vida saudável e apresentam sintomas de sofrimento mental. Tais resultados podem auxiliar no desenvolvimento e implementação de estratégias visando reduzir tanto o estresse laboral como a prevalência da síndrome de *Burnout*.

DESCRITORES: Burnout. Profissionais de saúde. Serviços de emergência. Variáveis interventoras. Estresse psicológico.

COMO CITAR: Pereira SS, Fornés-Vives J, Preto VA; Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L. Variáveis interventoras do *burnout* em profissionais de saúde dos serviços emergenciais. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20190245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0245>

INTERVENING VARIABLES OF BURNOUT IN HEALTH PROFESSIONALS OF EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between Burnout, stress, mental suffering and other personal and work factors associated with this syndrome.

Método: cross-sectional, descriptive and correlational study with 282 health professionals from the emergency services of the city of Ribeirão Preto, Brazil, collected from October 2015 to March 2016. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, Maslach Burnout Inventory, Childhood Trauma Questionnaire, Stress Symptom Inventory, Perceived Stress Scale, Psychiatric Screening Questionnaire, Fantastic Lifestyle Checklist, Hospital Anxiety and Depression Scale and Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale. Descriptive writing of the data. Pearson's Chi-Square or Fisher's Exact Tests to check the association between variables and later regression analysis, in which ORs were calculated, with 95% CI and 5% significance level.

Results: there was statistical evidence of an association between Burnout and education, early stress, stress, common mental disorders, lifestyle, anxiety and depression. The regression analysis shows that the variables that influence Burnout are: type of service ($p=0.032$; $OR=0.187$), education ($p=0.029$; $OR=2.313$), perception of stress ($p=0.037$; $OR=1.67$) and social readjustment ($p=0.031$; $OR=1.279$).

Conclusion: this study points to a profile for the development of Burnout, consisting of health professionals with higher education, who suffered early stress, who have symptoms and perception of stress, who do not have a healthy lifestyle and show symptoms of mental suffering. Such results can assist in the development and implementation of strategies aimed at reducing both work stress and the prevalence of Burnout syndrome.

DESCRIPTORS: Burnout. Health professionals. Emergency services. Intervening variables. Psychological stress.

VARIABLES DE INTERVENCIÓN DEL *BURNOUT* EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre Burnout, estrés, sufrimiento mental y otros factores personales y laborales asociados a este síndrome.

Método: estudio transversal, descriptivo y correlacional entre 282 profesionales sanitarios de los servicios de emergencia de la ciudad de Ribeirão Preto, Brasil, recolectados de octubre de 2015 a marzo de 2016. Utilizados los instrumentos: Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario sociodemográfico, Inventario de Burnout de Maslach, Cuestionario de Trauma Infantil, Inventario de Síntomas de Estrés, Escala de Estrés Percibido, Cuestionario de Exploración Psiquiátrica, Cuestionario de Estilo de Vida Fantástico, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Reajuste Social de Holmes-Rahe. Redacción descriptiva de los datos. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson o Prueba exacta de Fisher para comprobar la asociación entre variables y posterior análisis de regresión, en el que se calcularon OR, con IC del 95% y nivel de significancia del 5%.

Resultados: hubo evidencia estadística de asociación entre Burnout y educación, estrés temprano, estrés, trastornos mentales comunes, estilo de vida, ansiedad y depresión. El análisis de regresión muestra que las variables que influyen en el Burnout son: tipo de servicio ($p=0.032$; $OR=0.187$), educación ($p=0.029$; $OR=2.313$), percepción de estrés ($p=0.037$; $OR=1.67$) y reajuste social ($p=0.031$; $OR=1.279$).

Conclusión: Este estudio apunta a un perfil para el desarrollo del Burnout, conformado por profesionales sanitarios con educación superior, que sufrieron estrés temprano, que presentan síntomas y percepción de estrés, que no tienen un estilo de vida saludable y presentan síntomas de sufrimiento mental. Dichos resultados pueden ayudar en el desarrollo e implementación de estrategias destinadas a reducir tanto el estrés laboral como la prevalencia del síndrome de Burnout.

DESCRIPTORES: Burnout. Profesionales sanitarios. Servicios de emergencia. Variables de intervención. Estrés psicológico.

INTRODUÇÃO

Embora haja diversos referenciais teóricos que expliquem o *Burnout*, o mais utilizado é o de Maslach e Jackson, que a consideram como uma síndrome composta por três dimensões, exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal que podem ser observadas nos profissionais que trabalham em contato constante e direto com pessoas,¹⁻³ podendo surgir como uma resposta ao estresse laboral crônico somado à falta de recursos individuais para lidar com as demandas do trabalho.⁴⁻⁵

Além dos estudos que descrevem os índices de ocorrência do *Burnout* e suas dimensões nos diferentes grupos ocupacionais, tem-se investigado suas principais causas e suas consequências. Em nível organizacional, tem-se encontrado a sobrecarga de trabalho, o conflito de papéis, as dificuldades interpessoais, a pressão da responsabilidade e a falta de autonomia na configuração do *Burnout*. Considerando as variáveis individuais relacionadas ao *Burnout*, o gênero, a idade e a escolaridade são as variáveis independentes mais frequentemente investigadas.²

Na literatura, há ainda outras variáveis que têm sido investigadas.⁶⁻⁷ Considerou-se, neste estudo, a inclusão de outras variáveis individuais, como o estresse em três momentos distintos, sendo o estresse precoce, o atual e a percepção de estresse pelo indivíduo; os sintomas de sofrimento mental, ansiedade e depressão; o tipo de estilo de vida e a facilidade ou não de reajustamento às mudanças no decorrer da vida.

As consequências do *Burnout* podem ser observadas tanto no desgaste físico como emocional. Sintomas como cefaleia, tonturas, dispneia, distúrbios de sono, labilidade emocional, irritabilidade, ira e ansiedade somado ainda à falta de habilidade social. No contexto do trabalho costuma ocorrer baixa produtividade, conflitos interpessoais, dependência de substâncias psicotrópicas, redução de satisfação tanto no trabalho como na vida pessoal.² De modo geral, o quadro clínico é variado e pode incluir sintomas psicossomáticos, psicológicos e comportamentais e as consequências em níveis individual, profissional, familiar e social.³

As variáveis consideradas relacionadas ao *Burnout* podem ser classificadas em dois grupos: fatores situacionais, que correspondem às características das organizações e fatores individuais, que correspondem às características pessoais e de personalidade.⁸ Algumas variáveis são conhecidas pela literatura como preditoras de *Burnout* como o gênero, a idade, os anos de experiências na função, satisfação no trabalho e a interação trabalho/casa.¹ Um estudo longitudinal recente, em que se seguiu um coorte de estudantes de enfermagem desde o início da profissão até os três anos de imersão laboral, evidenciou que o traço de personalidade neuroticismo, ou seja, aqueles indivíduos que possuem uma maior tendência a um estado emocional negativo, somado ao uso de estratégias de enfrentamento emocional frente ao estresse, eram preditoras de *Burnout*.⁹

Os profissionais de saúde pertencem a um grupo de bastante relevância quanto à prevalência de *Burnout*. Profissionais de saúde que sofrem com a síndrome geralmente apresentam redução da qualidade do trabalho, maiores erros de procedimentos, absenteísmo, menor compromisso com o trabalho, diminuição da satisfação, maior sofrimento pessoal, aumento dos conflitos entre os colegas e família, abuso de álcool e outras substâncias, menores níveis de atividade física ou atividades de lazer.^{1,6}

Por ser o *Burnout* uma síndrome ocasionada pelo estresse crônico, associado tanto a fatores ambientais como pessoais, seria interessante estudar as possíveis relações de seu desenvolvimento com as situações de estresse, seja o estresse precoce como o estresse recente e com o sofrimento mental.

Levando em consideração a necessidade de melhor entender para melhor intervir na promoção da saúde dos profissionais, e poder identificar possíveis variáveis interventoras do processo de desenvolvimento da síndrome, este estudo teve o objetivo analisar a associação entre *Burnout*, estresse, sofrimento mental e demais fatores pessoais e laborais associados a esta.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico e correlacional, realizado nos serviços de urgência e emergência móvel, pré-hospitalar e hospitalar do município de Ribeirão Preto – SP, Brasil.

A população foi de 840 profissionais e a amostra aleatória estratificada composta por 282 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Para tanto, considerou-se prevalência de 50%, erro relativo de 10%, significância de 5%. O critério de inclusão foi o tempo de serviço de no mínimo um ano. Após organizar, em planilha no software Microsoft Excel, a lista de profissionais em ordem alfabética considerando o critério de exclusão, o processamento da aleatorização estratificada da amostra foi feito através do programa SPSS versão 22, e os profissionais aleatorizados foram então convidados a participar do estudo, não sendo possível a reposição em caso de recusa. A duração da coleta foi de seis meses.

Ao todo, 282 profissionais de saúde participaram da pesquisa, representando uma taxa de resposta equivalente a 88,9%. As perdas (11,1%) foram decorrentes de recusas (6,8%) e não devolução do questionário (4,3%).

Considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012), todos os aspectos éticos foram respeitados e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. Foi assegurado aos participantes que as informações obtidas impossibilitariam a identificação deles, e todos foram esclarecidos sobre a pesquisa, os objetivos, os riscos e benefícios, assim como os direitos e os cuidados a eles garantidos. A coleta ocorreu de outubro de 2015 a março de 2016 e foram utilizados nove instrumentos autoaplicáveis. Um questionário composto por 20 questões referentes às características sociodemográficas, de trabalho e saúde.

Para a coleta dos dados relacionados ao *Burnout* foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), traduzido e validado para a língua portuguesa por Lautert entre enfermeiros hospitalares.¹⁰ A escala é constituída por 22 itens numa escala *Likert* de cinco pontos, que refletem as dimensões exaustão emocional (9 itens; $\alpha=0,88$), despersonalização (5 itens; $\alpha=0,65$) e realização pessoal (8 itens; $\alpha=0,94$).¹¹ O cálculo dos escores dos indivíduos é realizado através da atribuição de valores relativos à frequência. Um nível baixo de *Burnout* reproduz-se em escores baixos nas subescalas de “exaustão emocional (≤ 16)” e “despersonalização (≤ 6)” e escore elevado em “realização pessoal (≥ 39)”. Já um nível alto produz-se em escores altos para as subescalas de “exaustão emocional (≥ 27)” e “despersonalização (≥ 13)” e escore baixo em “realização pessoal (≤ 31)”.¹¹

A variável estresse foi avaliada por meio de três escalas. A *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) avalia o estresse precoce. Foi elaborada por Bernstein e colaboradores, trata-se de uma entrevista retrospectiva, autoadministrada, que investiga história de abuso e negligência durante a infância. Conta com 28 itens, numa escala *Likert* de cinco pontos que avalia cinco subtipos de traumas na infância: abuso físico (5 itens), abuso sexual (5 itens), abuso emocional (5 itens), negligência física (5 itens), negligência emocional (5 itens) e 3 itens que correspondem à escala de controle de minimização/negação da experiência de abuso. Foi traduzida e adaptada para o português por Grassi-Oliveira e colaboradores, com consistência interna variando de $\alpha=0,66$ a $\alpha=0,92$. A pontuação é feita através do somatório de pontos referente à casa assertiva de cada dimensão, totalizando cinco escores. Para o indivíduo ser classificado com presença de estresse precoce na infância é necessário que seu escore esteja dentro da classificação de moderado-severo ou severo-extremo (≥ 13 para Abuso Emocional; ≥ 10 para Abuso Físico; ≥ 8 para Abuso Sexual; ≥ 15 para Negligência Física e ≥ 10 para Negligência Emocional).¹²

O Inventário de Sintomas de *Stress* (ISS) avalia o estresse recente. Toma por base os princípios da teoria de Selye e avalia 47 sintomas apresentados pelo sujeito (se somático ou psicológico) e a fase do estresse, em momentos distintos: últimas 24 horas, última semana, último mês, sendo

possível identificar se o indivíduo está na fase de alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão. Foi elaborado por Lipp, validado por Lipp e Guevara e padronizado por Lipp em 2000, e possui uma consistência interna de $\alpha=0,91$.¹³

A Escala de Estresse Percebido (PSS) refere-se à avaliação que o próprio indivíduo faz sobre determinados eventos de vida potencialmente ameaçadores. É uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto que foi desenvolvida por Cohen e colaboradores. A escala foi traduzida e validada por Luft e colaboradores, contém 14 itens em escala *Likert* de cinco pontos, com uma consistência interna de $\alpha=0,80$. O escore total da escala é calculado pela soma das pontuações dessas 14 questões, podendo variar de 0 a 56 pontos. Quanto maior o escore, maior a percepção de estresse pelo indivíduo.¹⁴

A *Psychiatric Screaming Questionnaire* (SRQ20) foi utilizado para avaliar sintomas de transtorno mental comum. É um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e utilizado para suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas não psicóticos, tais como: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração; assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. Foi traduzido e validado no Brasil inicialmente por Mari e Williams (1985, 1986) e revalidado por Gonçalves, Stein e Kapzinski (2008). Em pesquisa recente o instrumento demonstrou consistência interna superior a 0,80%. O escore é obtido através do somatório dos itens e, se o resultado for maior ou igual a sete respostas SIM, está comprovado o sofrimento mental.¹⁵⁻¹⁶

O Questionário de Estilo de Vida Fantástico (FANTÁSTIC) é um instrumento genérico que foi desenvolvido por Wilson e Ciliska com a finalidade de melhor conhecer e medir o estilo de vida dos seus pacientes. O levantamento do estilo de vida complementa a avaliação da aptidão física relacionada à saúde e permite ter uma visão mais completa do indivíduo. A escala possui 25 itens divididos em 9 domínios: família e amigos, atividade física, nutrição, cigarro e drogas, álcool, sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro, tipo de comportamento, introspecção e trabalho e satisfação com a profissão. A soma de todos os pontos permite chegar um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos) – indica que o estilo de vida proporciona ótima influência para a saúde, “Muito bom” (70 a 84 pontos) – indica que o estilo de vida proporciona adequada influência para a saúde, “Bom” (55 a 69 pontos) – aponta que o estilo de vida proporciona muitos benefícios para a saúde, “Regular” (35 a 54 pontos) – significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) – indica que estilo de vida apresenta muitos fatores de risco. É desejável que os indivíduos atinjam a classificação “Bom”. Quanto menor for o escore, maior será a necessidade de mudança.¹⁷

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. Foi traduzida e adaptada para o português por Botega e colaboradores, sendo sua versão original de Zigmond e Snaith. Possui 14 questões do tipo múltipla escolha, das quais sete são voltadas para avaliação de ansiedade e sete para depressão, podendo ser rapidamente preenchida. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. A pontuação e classificação, se maior ou igual a nove, indica ansiedade e/ou depressão.¹⁸

E por último, a Escala de Reajustamento Social de Homes-Rahe, composta por 43 itens, elaborada pelos psicólogos Thomas Holmes e Richard Rahe. Segundo eles, quando uma pessoa enfrenta um desafio (positivo ou negativo), ela investe energia física e psicológica em ação para poder se adaptar às situações novas ou inesperadas e, num período de doze meses, se ela gastar mais energia adaptativa do que seus limites físicos e psíquicos permitem, o estresse se agrava

mudando de fase, aumentando assim suas chances de adoecer. O escore final é obtido pela soma dos eventos identificados. Pontuações menores que 150 mostram que há pequenas chances de o indivíduo adoecer (37%), entre 150 a 299 pontos há 51% de chances razoáveis de adoecer e, numa somatória maior que 300 pontos há fortes probabilidades de que o indivíduo adoça (79%).¹⁹

As variáveis do estudo foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. A associação entre o *Burnout* (variável dependente) e demais variáveis (independentes) foi aferida por meio do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

A análise de regressão foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa foram inseridas no modelo as variáveis sociodemográficas. A seleção desta etapa foi realizada através do procedimento “stepwise” pelo método “Forward”, utilizando como critério de escolha das variáveis a estatística de Wald. A segunda etapa consiste em adicionar as variáveis relacionadas das Escalas ao modelo ajustado na primeira etapa. A partir do modelo final obtido foram calculados a razão de Odds correspondentes do modelo junto com um Intervalo de Confiança de 95%.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 282 profissionais de saúde com idade média de 40 anos ($dp\pm 9,4$), caracterizados em sua maioria por: mulheres (79,1%), casados ou com companheiros (52,1%), com filhos (66,3%). Quanto à escolaridade, 61,3% possui ensino médio e 38,7% ensino superior. Considerando a profissão 16% eram enfermeiros, 73,4% técnicos de enfermagem e 10,6% médicos. O tempo de trabalho variou de 1 a 35 anos, sendo a mediana igual a 1 e a média foi de 10 anos ($dp\pm 8,2$).

Quanto às características relacionadas à saúde dos profissionais, 55% não praticam atividade física regular, a média de horas de sono por noite foi de 6,2h ($dp\pm 1,3$), 41,1% refeririam algum problema de saúde, 13,8% fazem uso de psicofármacos, 49,3% uso de psicoestimulantes, 58,2% uso de antiinflamatórios e 37,6% referiram afastamento do trabalho no último ano.

O *Burnout* foi identificado em 13,2% da amostra. Porém, considerando o total de 282 profissionais que participaram do estudo, foi evidenciado que 30,5% apresentaram alto nível de exaustão emocional, 25,2% alto nível de despersonalização e 61,3% baixa realização pessoal.

Considerando os três instrumentos que medem estresse, porém de forma distinta, observou-se que 24,5% dos participantes sofreram estresse precoce, 46,5% apresentaram sintomas de estresse atual e, de acordo com as fases que compõem a Síndrome Geral de Adaptação de Seyle, 3,8% encontram-se na fase de alerta, 82,5% na fase de resistência e 13,7 na fase de exaustão. Ainda sobre o estresse atual, 28,2% apresentavam sintomas físicos, 64,2% sintomas psicológicos e 7,6% ambos os sintomas. Apenas 9,3% dos participantes percebiam o estresse que estavam vivenciando.

Considerando as demais variáveis, 42,6% apresentaram um estilo de vida considerado muito bom, porém, considerando os eventos significativos da vida, 37,9% apresentaram fortes chances de adoecer.

Houve evidências estatísticas de associação entre *Burnout* e as seguintes variáveis: escolaridade, estresse precoce, sintomas de estresse, fase do estresse, tipo de sintomas, percepção de estresse, sofrimento mental comum, estilo de vida, ansiedade e depressão, conforme descrito na Tabela 1.

Mantiveram-se estatisticamente associados ao *Burnout*, no modelo final de regressão, o tipo de serviço ($p=0,032$; OR:0,187; IC95%: 0,291-1,363), escolaridade ($p=0,029$; OR:2,313; IC95%: 1,090-4,908), percepção do estresse ($p=0,037$; OR:1,67; IC95%: 1,004-1,134) e reajustamento social ($p=0,031$; OR:0,279; IC95%: 0,088-0,888), conforme Tabela 2.

Tabela 1 – Testes de associação entre a variável desfecho (*Burnout*) e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016. (n=282)

	Variável	Nao tem Burnout	Tem Burnout	Pearson Chi-Square
Escolaridade	Sem ensino superior	158 (91,3%)	15 (8,7%)	0,046*
	Com ensino superior	91 (83,5%)	18 (16,5%)	
Estresse Precoce	Não	193 (90,6%)	20 (9,4%)	0,034*
	Sim	56 (81,2%)	13 (18,8%)	
Sintomas de Estresse	Não	144 (95,4%)	7 (4,6%)	0,000*
	Sim	105 (80,2%)	26 (19,8%)	
Fase do Estresse	Não apresentam sintomas de estresse	144 (95,4%)	7 (4,6%)	0,001*
	Alerta	4 (80,0%)	1 (20,0)	
	Resistência	87 (80,6%)	21 (19,4%)	
	Quase exaustão	14 (77,8%)	4 (22,2%)	
	Não apresentam sintomas de estresse	144 (95,4%)	7 (4,6%)	
Tipo de sintomas	Físicos	33 (89,2%)	4 (10,8%)	0,000*
	Psicológicos	65 (77,4%)	19 (22,6%)	
	Físicos e psicológicos	7 (70,0%)	3 (30,0%)	
Percepção de estresse		249 (88,3%)	33 (11,7%)	0,000*
Transtorno Mental Comum	Não	167 (95,4%)	8 (4,6%)	0,000*
	Sim	82 (76,6%)	25 (23,4%)	
Estilo de Vida	Regular	18 (56,3%)	14 (43,8%)	0,000*
	Bom	94 (86,2%)	15 (13,8%)	
	Muito bom	116 (96,7%)	4 (3,3%)	
	Excelente	21 (100,0%)	0	
Ansiedade	Não	171 (94,0%)	11 (6,0%)	0,000*
	Sim	78 (78,0%)	22 (22,0%)	
Depressão	Não	188 (92,2%)	16 (7,8%)	0,001*
	Sim	61 (78,2%)	17 (21,8%)	

*p<0,05

Tabela 2 – Análise de regressão logística entre a variável desfecho (*Burnout*) e as variáveis independentes. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016. (n=282)

Variável	P value	OR	IC 95%
Tipo de serviço			
Hospitalar	0,083		
Móvel	0,032*	0,187	0,040 - 0,869
Pré-hospitalar	0,241	0,630	0,291 – 1,363
Escolaridade	0,029*	2,313	1,090 – 4,908
Percepção de estresse	0,037*	1,67	1,004 – 1,134
Reajustamento Social			
Pequenas chances de adoecer	0,091		
Chances razoáveis de adoecer	0,031*	0,279	0,088 – 0,888
Fortes chances de adoecer	0,109	0,410	0,138 – 1,221

*p<0,05

DISCUSSÃO

Foi possível identificar a associação entre *Burnout* e algumas variáveis como escolaridade, estresse precoce, estresse atual, transtornos mentais comuns, estilo de vida, ansiedade e depressão. Ademais, evidenciou-se que algumas variáveis podem influenciar no desenvolvimento do *Burnout*: tipo de serviço, escolaridade, percepção de estresse e reajustamento social.

A prevalência de *Burnout* identificada neste estudo foi de 13,2%. Na literatura há prevalências mais baixas que variam de 5,7% a 10,7% conforme pode-se verificar. Mata e colaboradores²⁰ encontraram uma prevalência de 5,7% numa amostra de 434 profissionais de saúde portugueses. Já no estudo de Monteiro e colaboradores²¹ 6,5% foi a prevalência entre os profissionais de saúde brasileiros numa amostra de 29 participantes. Outra prevalência mais baixa, de 6,7%, foi encontrada entre uma amostra de 269 profissionais de saúde brasileiros.²²

Cabe ressaltar que a exaustão emocional é considerada o traço inicial da Síndrome de *Burnout*, e neste estudo ela esteve presente em 30,5% dos participantes em nível alto, ou seja, podendo se manifestar na forma física, psíquica ou a combinação de ambas.

Já a dimensão de despersonalização, 25,2% neste estudo, ocorre nas circunstâncias em que o profissional apresenta uma conduta negativa, normalmente acompanhada por ansiedade, irritabilidade, desmotivação e redução de metas de trabalho, conflitos com a equipe e chefia.⁷ Um indivíduo com alto nível de despersonalização normalmente apresentará um distanciamento de sua clientela e negação de sentimentos.

Para finalizar, 61,3% apresentaram baixa realização pessoal, indicando sentimentos de baixa autoestima, insatisfação com suas atividades e desmotivação, que poderão provocar vontade de abandonar a profissão. A baixa realização pessoal com o trabalho pode ser considerada um sintoma preditor de grande relevância em termos de suspeição da Síndrome de *Burnout*.⁷

Considerando o *Burnout* como uma variável multidimensional, é importante destacar que, para o seu desenvolvimento, é necessário considerar outras variáveis, tanto individuais como laborais. Neste estudo, as variáveis individuais e laborais foram mencionadas como variáveis interventoras, e verificou-se que houve evidências estatísticas de associação entre *Burnout* e as variáveis: escolaridade, estresse precoce, estresse atual (sintomas, fase e tipo), percepção de estresse, transtornos mentais comuns, estilo de vida, ansiedade e depressão.

As características individuais, por si só, não levam ao desenvolvimento da síndrome. Porém, podem atuar como potencializadores ou protetores da ação dos agentes estressores que estão presentes no contexto do trabalho.

A escolaridade é uma variável bastante conhecida pela literatura científica, tanto nacional como internacional, por associar-se ao *Burnout*. Quanto maior a escolaridade, maior a probabilidade de desenvolver a Síndrome de *Burnout*.²³⁻²⁴

Neste estudo, evidenciou-se que ter curso superior pode representar duas vezes mais chances de desenvolver *Burnout*. Provavelmente, entre os profissionais de saúde dos serviços de emergência investigados, a maior a escolaridade pode estar relacionada a maiores responsabilidades e expectativas.

Autores destacam que, se há maior escolaridade, houve maior investimento profissional, e o indivíduo desenvolverá maiores expectativas sobre seu contexto laboral.²⁴ Além disso, a responsabilidade é maior quando comparada aos profissionais que exercem as tarefas operacionais. Ressalta-se ainda, que pode haver discrepâncias entre as expectativas profissionais e a realidade laboral e assim propiciar o desenvolvimento da síndrome.

A associação entre *Burnout* e estresse precoce evidenciada nesse estudo não foi encontrada na literatura. Não há estudos que avaliaram estes fenômenos conjuntamente. Porém, cabe ressaltar que

do ponto de vista psicodinâmico, como seres em desenvolvimento, as crianças são mais suscetíveis aos traumas e os cuidados primários são essenciais para a estruturação psíquica e aquisição de habilidades de regulação afetiva, capacidade reflexiva e autonomia.²⁵⁻²⁶

Quando ocorre vivências traumáticas e falhas graves nas relações precoces pode haver interrupções ou alterações no curso do desenvolvimento saudável, levando à falta de confiança nos objetos e à diminuição de recursos psicológicos. Assim, o indivíduo poderá se tornar mais vulnerável ao sofrimento psíquico, pois terá capacidade diminuída para representar simbolicamente as suas experiências.²⁵

Alterações na estrutura cerebral, nas funções cognitivas e déficits no funcionamento psicológico em geral, são algumas das consequências apresentadas pelos indivíduos que foram expostos ao estresse precoce, conforme sugere a literatura.²⁵⁻²⁷

Como as consequências psicológicas adversas do estresse precoce perpassam o ciclo vital, há evidências de que crianças expostas a traumas, na vida adulta terão risco para o desenvolvimento de condições clínicas variadas, como os transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtorno de estresse pós-traumático, comportamentos suicidas e de alto-risco, violência conjugal e maus tratos a crianças e transtornos de personalidade.^{7,25-29}

Ainda sobre o estresse precoce, foi observado neste estudo que entre os participantes que sofreram esse tipo de trauma, a maioria foram mulheres (55 participantes) enquanto homens (14 participantes), como já identificado na literatura que os abusos são mais frequentes entre as mulheres.²⁷⁻²⁸

Entende-se que, a associação entre *Burnout* e estresse precoce encontrada neste estudo, pode ser explicada pelo fato de que as pessoas que sofreram esse tipo de trauma na infância, lamentavelmente, podem não desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com os estressores laborais, e posteriormente aumentar as chances de desenvolvimento do *Burnout*.³⁰

Observou-se que, além do estresse precoce, o *Burnout* também foi associado ao estresse atual, o que se torna compreensível considerando que a falha no enfrentamento ao estresse surge à medida que se rompe o equilíbrio, tornando o sofrimento não mais contornável e assim, como uma resposta prolongada pode ocorrer o desenvolvimento da síndrome.

Os transtornos mentais comuns (TMC) estiveram presentes em uma parcela significativa de participantes e foi evidenciada sua associação com o *Burnout*. De acordo com a literatura, é bastante comum encontrar sintomas de sofrimento mental entre os profissionais de saúde e há estudos que corroboram com este resultado.³¹⁻³² Trabalhadores de saúde expostos a altas exigências psicológicas e o baixo controle no trabalho podem apresentar duas vezes mais chances de apresentarem sofrimento mental.³²⁻³³

A associação evidenciada neste estudo provavelmente pode ser explicada pelo fato de que as manifestações de ambas ocorrem por sintomas psíquicos. Ademais, a síndrome de *Burnout* é composta por três dimensões, sendo a exaustão emocional a principal, que reflete um estado de esgotamento emocional frente aos estressores vivenciados. Desta forma, os sintomas decorrentes do sofrimento mental talvez sejam uma alternativa de manifestação do esgotamento emocional e vice-versa.

Neste contexto, à medida que o profissional apresenta sintomas de sofrimento mental, caracterizados por sintomas de fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, também pode desenvolver sentimentos de falta de energia, esgotamento dos recursos para lidar com os estressores laborais e frustração e tensão. Somados ambos os sintomas, eles podem intensificar o processo de desgaste mental dos profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes nos setores de urgência e emergência.

Houve evidência estatística de associação entre o *Burnout* e as variáveis ansiedade e depressão, o que pode ser corroborado pela literatura.³⁴ Cabe destacar que o cotidiano de trabalho pode desencadear o desenvolvimento de ansiedade e depressão, comprometendo assim as condições de saúde do profissional, sua qualidade de vida e qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde.³⁵

Também, importante salientar que os profissionais de saúde são suscetíveis aos problemas de saúde mental, com possível sofrimento psíquico inerente ao ambiente de trabalho.³⁶ Fatores como a presença de pacientes graves, a convivência com o sofrimento e a morte, a pressão para tomada de decisões, o medo de errar, o excesso de trabalho e, muitas vezes, a falta de infraestrutura adequada dos serviços, causam temores entre os profissionais, desestruturando o seu desempenho e gerando desgastes físicos e emocionais, como ansiedade e depressão.³⁵

A ocorrência de ansiedade pode influenciar negativamente a maneira como o indivíduo enfrenta os fatores estressores cotidianos, e pode ainda estar relacionado ao uso de ineficazes estratégias de enfrentamento ao estresse. Quando a ansiedade extrapola os limites da normalidade, surgem os transtornos de ansiedade, considerados muitos comuns, mas que causam sofrimento e comprometimento funcional importante, podendo impedir o adequado funcionamento do profissional.³⁵

Sob o mesmo ponto de vista, a depressão diminui a habilidade cognitiva e prejudica os cuidados prestados ao paciente. Além disso, a depressão grave pode ser considerada uma ameaça à vida, especialmente se não diagnosticada e tratada. Ademais, prejudicando a capacidade do indivíduo no trabalho e na vida diária como afastamento das atividades sociais, perda de interesse nas atividades profissionais, perda de prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou autodepreciação, baixa autoestima, desesperança, apetite e sono alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração.³⁵

Em contrapartida, o estilo de vida do indivíduo reflete diretamente na saúde. Neste estudo, foi possível confirmar que o estilo de vida também se associou ao *Burnout*. Boa alimentação, hábitos saudáveis, tempo para lazer e interações sociais sadias podem contribuir para reduzir tensões, diminuindo assim o estresse e mantendo a saúde no trabalho.³⁷

Por outro lado, o contexto de vida pode proporcionar diariamente mudanças às quais a pessoa não tem nenhum controle e, muitas vezes, não conseguir lidar com tais mudanças pode levar ao adoecimento. Evidenciou-se neste estudo que, ter chances razoáveis de adoecer, representa um fator protetor ao desenvolvimento da síndrome quando comparado às fortes chances de adoecer.

Cabe destacar que a literatura evidencia que o risco de adoecimento está fundamentalmente associado ao contexto do trabalho, pois, confirmam a vulnerabilidade ao adoecimento da equipe de saúde ligado a trama de fatores estressantes no ambiente laboral. Tais fatores correspondem as demandas físicas e psíquicas, a repetitividade das tarefas, as pressões e responsabilidades, a necessidade de atenção constante, os riscos ergométricos, a manipulação de materiais com risco de exposição aos fluidos contaminados, a insatisfação salarial e o reconhecimento pelos pares.³⁸

O setor em que o profissional atua pode contribuir para o desenvolvimento do *Burnout*.³⁹ Os serviços de emergência são setores de constante sofrimento e com frequentes perdas, pelo atendimento de pessoas em grave estado de saúde onde o profissional precisa atuar de forma imediata. Neste estudo o serviço foi dividido em três tipos, móvel, pré-hospitalar e hospitalar.

As análises de regressão evidenciaram que trabalhar no serviço móvel de urgência e emergência representa um fator protetor quando comparado com o serviço hospitalar. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que os setores fechados, no caso os setores de emergências hospitalares e pré-hospitalares, há demandas de altas exigências e ritmos intensos de trabalhos, que é diferente do serviço móvel, que não proporciona essa rotina diária. A atuação dos profissionais de saúde em unidades de emergência é avaliada como desencadeadora de estresse e de desgaste físico e emocional.⁴⁰

Quanto às limitações do estudo, é necessário enfatizar a necessidade de balancear a amostra em relação ao sexo, pois a força de trabalho na saúde é constituída por mulheres e tal composição pode influenciar nos resultados, pois a literatura vem demonstrando que a variável trabalho doméstico é modificadora de efeito. Seria conveniente ampliar o N amostral nos próximos estudos, a fim de corroborar os achados. O delineamento transversal demonstra também ser um fator limitante, pois impossibilita analisar as relações causais. Outra limitação foi trabalhar com um número considerável de escalas, porém, os instrumentos garantiram os achados. Por um lado, é importante porque em uma só coleta é possível obter um banco rico para consolidar novas hipóteses de pesquisa, porém, pode causar certa dificuldade porque o profissional pode deixar de responder com atenção a partir de um determinado momento e, além disso, requer a colaboração da parte administrativa do serviço para incentivar a participação voluntária dos profissionais.

CONCLUSÃO

Em suma, esta investigação constatou a correlação entre o *Burnout* e o tipo de serviço, escolaridade, percepção de estresse e reajustamento social. Além disso, houve associação do *Burnout* às variáveis estresse, escolaridade, sofrimento mental, reajustamento social, ansiedade e depressão. Ademais, resultados evidenciaram uma parcela significativa de profissionais que atuam em serviços de emergência, já estão acometidos pela Síndrome de *Burnout*. Esses achados revelam a necessidade de monitorar o comportamento dos profissionais, de acordo com as manifestações que são características de cada dimensão da síndrome, a fim de prevenir o desencadeamento do *Burnout*.

Ressalta-se que os resultados são referentes aos profissionais que estão ativos em suas funções, sendo importante considerar que os mais afetados regularmente estão afastados por licenças médicas porque não conseguem manterem-se atuantes em seus empregos.

Além disso, observa-se que, para o profissional é mais fácil se ausentar do trabalho por um sintoma físico, do que por uma queixa de esgotamento emocional relacionada ao trabalho. Neste sentido, pode ocorrer uma subnotificação de adoecimento e afastamentos do trabalho dada a subjetividade dos sintomas e apoio social quando se trata dos acometimentos provocados pelo *Burnout*.

Conhecer as variáveis que podem estar mediando o processo de desenvolvimento da síndrome é fundamental para traçar um perfil do profissional de maior vulnerabilidade, e de estratégias de prevenção. Este estudo aponta um perfil constituído por profissionais dos serviços de emergência, com maior escolaridade, que sofreu estresse precoce na infância, que apresentam sintomas e percepção de estresse, que não possui um estilo de vida saudável e apresenta transtornos mentais comuns, incluindo sintomas de ansiedade e depressão.

Os resultados deste estudo podem auxiliar as gerências dos serviços no desenvolvimento e implementação de estratégias a fim de reduzir o estresse laboral e consequentemente diminuir a prevalência da síndrome de *Burnout*.

REFERÊNCIAS

1. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the Natinal Level. *Acta Med Port* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 05];29(1):24-30. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>
2. Michelin SR, Nitschke RG, Martini JG, Tholi AD, Souza LCSL, Henckimaier L. (Re)cognizing healthcare center workers' routine: a path for burnout prevetion and health promotion. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 20];27(1):e5510015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005510015>

3. Zanatta AB, Lucca SR. Prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 05]; 49(2):253-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>
4. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. London (UK): Routledge, 2018.
5. Silva MI, Pérez RCG, González MC, Ratto A. Prevalence of burnout syndrome and sociodemographic factors in a group of teachers in Montevideo. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 05];9(1):55-62. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9n1/v9n1a06.pdf>
6. Pereira SS, Teixeira CAB, Reisdorfer E, Gherardi-Donato ECS, Juruena MF, Cardoso L. Burnout in nursing professionals: associations with early stress, *British J Mental Health Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 05];4(6):267-75. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjmh.2015.4.6.267>
7. Oliveira EB, Gallasch CH, Silva PPA Junior, Oliveira AVR, Valério RL, Dias LBS. Occupational stress and Burnout in nurses of an emergency service: the organization of work, *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 05];25:e28842. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.28842>
8. Bakker A, Demerouti E, Sanz-Vergel A. Burnout and work engagement: The JD-R Approach. *Annual Reviews* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Mar 11];1:389-441. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
9. Fornés-Vives J, García-Banda G, Frias-Navarro D, Pascual-Soler M. Longitudinal study predicting burnout in Spanish nurses: The role of neuroticism and emotional coping. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2019 [acesso 2018 Mar 11];138:286-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.014>
10. Lautert, L. *O desgaste profissional do enfermeiro* [thesis]. [Salamanca, ES]: Universidade Pontifícia de Salamanca; 1995.
11. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3a ed. California: Mind Garden; 2010.
12. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire, *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [acesso 2018 Mar 11];40(2):249-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
13. Lipp MEN. *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo, SP(BR): Casa do Psicólogo; 2000.
14. Luft CB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian versión of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso 2018 Mar 11];41(4):606-715. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
15. Nascimento IL, Duarte LC, Moraes TD. Saúde dos psicólogos em centros de referência de assistência social. *Rev Psicol Organ Trab* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 20];18(2):373-80. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2018.2.14004>
16. Santos KOB, Carvalho FM, Araújo TM. Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Ago 20];50:6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>
17. Bodega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JC, Pereira WAB. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1995 [acesso 2019 Ago 20];29(5):355-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
18. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* [Internet]. 1967 [acesso 2018 Mar 11];11(2):213-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

19. Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Rev. Port Med Geral Farm* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Ago 20];32:179-96. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n3/v32n3a04.pdf>
20. Monteiro JK, Grisa GH, Sobrosa GMR, Rodrigues MLA. Fatores associados à Síndrome de Burnout em profissionais que tratam da saúde da mulher. *IMED*. [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jul 20];8(1):3-13. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1208/880>
21. Dal Pai D, Lautert L, Souza SBC, Marziale MHP, Tavares JP. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jul 20]; 49(3):457-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300014>
22. Morais AJ, Teles CB, Rocha LF, Silveira MF, Pinho L. Síndrome de burnout em médicos de estratégia saúde da família de Montes Claros, MG e fatores associados. *Rev Bras Med Comunidade* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 20];13(40):1-15. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/article/view/1751/917>
23. Monteiro JK, Carlotto MS. Preditores da Síndrome de Burnout em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar. *Interação Psicol* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Ago 20];18(3):287-95. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/psi.v18i3.28024>
24. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of earlylife stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Ago 20];201(12):1007–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
25. Waikamp V, Serralta FB. Repercussions of trauma in childhood in psychopathology of adult life. *Ciênci Psicol* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 20];12(1):137-44. Disponível em: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
26. Garland C. Abordagens psicodinâmica do paciente traumatizado. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, eds. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3a ed. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2015.
27. Li M, D'arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psyc Med* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jul 20];46(4):717-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>.
28. Catalan A, Angosto V, Valverde C, Artaza MG, Sesma E, Gonzales-Torres MA. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders, *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 10];251:78-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017>
29. Isvoranu A, Van Borkilo CD, Boyette LL, Wigman JT, Vinkers CH, Borsboom D. A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophr Bull* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Ago 20];43(1):187-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw055>
30. Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. Preditores da síndrome de burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Feb 10];22(4):386-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040012>
31. Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Ago 20];27(2):125-33. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>

32. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Sobrinho CLN. Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Fev 10];67(2):296-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0296.pdf>
33. Cavalcanti IL, Lima FLT, Souza TA, Silva MJS. Burnout and depression in residents of a multi-professional program in oncology: a longitudinal prospective study. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 20];42(1):185-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170078>
34. Portela NLC, Pedrosa AO, Cunha JDS, Monte LRS, Gomes RNS, Lago EC. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Fev 10];7(3):2749-60. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2749-2760>
35. Gonzalez EG, Lourenção LG, Teixeira PR, Rotta DS, Gazetta CE, Pinto MH. Ansiedade e depressão entre profissionais de programas de aprimoramento profissional. *Rev Port Enferm S Ment* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Ago 20];18:51-8. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0192>
36. Gomes RK, Oliveira VB. Depressão, ansiedade e suporte-social em profissionais de enfermagem. *Bol Psicol* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Fev 10];63(138):023-03. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v63n138/v63n138a04.pdf>
37. Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Abr 18];26(1):e3940015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
38. Sousa KHJF, Zeitoune RCG, Portela LF, Tracera GMP, Moraes KG, Figueiró RFS. Fatores associados aos riscos de adoecimento da equipe de enfermagem no trabalho em instituição psiquiátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso 2019 Abr 18];28:e3235. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3235.pdf
39. Pereira SS, Silva PMC, Azevedo EB, Faustino EB, Araújo ZMN, Ferreira Filha MO. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de um hospital de urgência/emergência. *Revista Unincor*. [Internet]. 2014 [acesso 2019 Abr 18];12(1):636-47. Disponível em: <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v12i1.1408>
40. Silveira MM, Stumm EMF, Kirchner RM. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Abr 18];11(4):894-903. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a15.htm>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação/tese – Variáveis mediadoras do Burnout em profissionais de serviços de urgência e emergência: aplicabilidade do Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica, da Universidade de São Paulo, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Pereira SS, Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L.

Coleta de dados: Pereira SS.

Análise e interpretação dos dados: Pereira SS, Fornés-Vives J, Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L.

Discussão dos resultados: Pereira SS, Fornés-Vives J, Preto VA, Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Pereira SS, Fornés-Vives J, Preto VA, Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L.

Revisão e aprovação final da versão final: Pereira SS, Fornés-Vives J, Preto VA, Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, parecer n. 1.266.959/2015, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 47147815.8.0000.5393.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Elisiane Lorenzini, Ana Izabel Jatobá de Souza

Editor-chefe: Roberta Costa

HISTÓRICO

Recebido: 11 de setembro de 2019.

Aprovado: 7 de abril de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Sandra de Souza Pereira

ssouzapereira@gmail.com

