

***Burnout* e a organização do trabalho na Enfermagem**

Burnout and work organization in Nursing

Renata Cristina Sobral¹, Celso Stephan¹, Aline Bedin-Zanatta¹, Sergio Roberto De-Lucca¹

RESUMO | **Introdução:** A síndrome de *burnout* (SB) é um conjunto de sintomas que surgem da resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho e envolvem a percepção que a pessoa tem de si própria e do ambiente em que realiza seu trabalho. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco psicossociais e da organização do trabalho preditores de sofrimento mental, bem como estimar a prevalência da SB em uma população de profissionais de Enfermagem de um hospital público do interior do Estado de São Paulo. **Métodos:** Pesquisa mista, combinando as abordagens quantitativa e qualitativa, desenvolvida em um hospital público universitário. Foram utilizados o Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), para estimar a prevalência de SB, e a análise de conteúdo em grupos focais (GFs), para identificar fatores psicossociais de risco no trabalho (FPRT). **Resultados:** A prevalência de SB na instituição estudada (5,7%) foi compatível com a literatura internacional. A análise das falas emergentes dos GFs revelou a existência de FPRT atuando como estressores na organização do trabalho. **Conclusão:** Esta pesquisa apontou ainda a necessidade de um olhar mais amplo sobre as causas da SB, sendo de grande importância a inclusão, nos trabalhos, do estudo da singularidade dos fatores psicossociais e da organização do trabalho por meio da voz dos profissionais que têm como foco de trabalho o cuidado ao ser humano. **Palavras-chave** | enfermagem; esgotamento profissional; ambiente de instituições de saúde.

ABSTRACT | **Background:** Burnout syndrome (BS) consists of a set of symptoms that appear in response to chronic interpersonal stressors at work and involve the perceptions individuals have of themselves and their work environment. **Objectives:** To identify psychosocial risk and work organization factors able to predict mental suffering, and to estimate the prevalence of BS in a sample of nursing professionals from a public hospital in the state of São Paulo, Brazil. **Methods:** Mixed methods research combining quantitative and qualitative approaches conducted at a public university hospital. Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) was used to estimate the prevalence of BS. Thematic content analysis of narratives gathered in focus groups was performed to identify psychosocial risk factors at work (PRFW). **Results:** The prevalence of BS at the investigated institution (5.7%) is consistent with the rates reported in the international literature. Analysis of the narratives gathered in focus groups revealed stressors in the organization of work. **Conclusion:** The present study also points to the need for a broader look into the causes of BS, in which consideration of singular psychosocial risk and work organization factors from the perspective of workers devoted to proving care to human beings has paramount importance.

Keywords | nursing; health care institutional environment; burnout, professional.

¹Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520180127

INTRODUÇÃO

A síndrome de *burnout* (SB) é um conjunto de sintomas que emergem como resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho. As três dimensões-chave dessa síndrome (exaustão emocional — EE, despersonalização — DE, realização profissional — RP) claramente colocam a experiência profissional dentro de um contexto que envolve a percepção que a pessoa tem de si própria e do ambiente em que realiza seu trabalho¹.

A associação existente entre SB e os profissionais da saúde não é novidade, diante da enorme quantidade de estudos sobre o tema. Em consulta à base PubMed, com as palavras-chave “*burnout*” e “*health personnel*”, foram encontrados 6.320 artigos, com elevado crescimento a partir da década de 1990.

Quando utilizados os descritores “*burnout*” e “*nursing*”, foram encontrados 4.132. Não por acaso, atualmente a SB é considerada um grave problema de saúde pública, tanto para as pessoas acometidas quanto para as organizações, devido aos custos de absenteísmo e presenteísmo (ir ao trabalho mesmo estando doente; presente fisicamente, mas sem plenas condições de executar suas atividades), queda de produtividade e *turnover*².

Parte considerável desses estudos sobre a SB está dividida em dois grandes enfoques: estimar sua prevalência em diferentes categorias profissionais, sendo a ferramenta mais utilizada o Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS); e identificar os fatores psicossociais de risco no trabalho (FPRT) na gênese da SB³⁻⁷.

Os FPRT presentes no ambiente de trabalho têm sido abordados predominantemente por estudos internacionais, enquanto, no Brasil, apesar de haver estudos que abordam os FPRT, grande parte salienta as consequências e os danos que esses aspectos podem causar à saúde dos trabalhadores, o que demonstra o interesse nacional em estudar o efeito em detrimento dos aspectos laborais predisponentes a essas condições⁸.

Dessa forma, a justificativa para este trabalho é justamente considerar esses dois aspectos de forma conjunta, de modo a buscar uma associação, mesmo que de forma transversal e ecológica, mensurando a prevalência da SB e identificando a exposição aos FPRT segundo a percepção dos profissionais⁹.

O objetivo do estudo foi identificar os fatores de risco psicossociais e da organização do trabalho preditores de sofrimento mental, bem como estimar a prevalência da SB em uma população de profissionais de Enfermagem de um hospital público do interior do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

Adotou-se um método misto de pesquisa, mediante a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa. Primeiramente, utilizou-se um desenho de estudo transversal, a fim de estimar a prevalência de SB na população estudada. Em seguida, foi realizada uma etapa qualitativa que visou a identificar, sob a perspectiva dos trabalhadores, os principais FPRT.

O estudo foi realizado em um hospital público universitário localizado no interior do Estado de São Paulo. A unidade possui 267 leitos, nos quais são realizados mensalmente 6.500 consultas ambulatoriais de 37 especialidades, inclusive casos de urgência referenciada, 1.100 internações, 650 cirurgias, 300 partos e 14.000 exames laboratoriais; além de ser referência do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na qualidade da prestação de serviços, e certificada pela acreditação canadense.

O estudo foi conduzido com a totalidade dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. Os critérios de inclusão foram: estar contratado havia, pelo menos, 6 meses (para que quaisquer alterações de saúde fossem devidas ao ambiente atual de trabalho e para evitar a influência de empregos anteriores) e com jornada mínima de 20 horas semanais. Os critérios de exclusão foram: estar afastado por doença ou em licença-maternidade, ou não ter sido encontrado após três tentativas; questionários respondidos de forma incompleta foram desconsiderados.

O hospital estudado contava com 539 profissionais de Enfermagem, sendo 74 enfermeiros e 465 técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Foram excluídos 167 profissionais por terem menos de 6 meses de contrato, 30 profissionais que estavam afastados por doença ou em licença-maternidade e 28 que não foram encontrados após 3 tentativas. Foram desconsiderados 33 questionários incompletos. Dessa forma, o estudo contou com 281 participantes (38 enfermeiros e 243 auxiliares e técnicos de Enfermagem).

Foi aplicado o Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) para profissionais da saúde, na versão traduzida, adaptada e validada para o português por Lautert¹⁰, para avaliar a prevalência da SB. O MBI-HSS é constituído de 22 questões, distribuídas em três dimensões: EE, com nove questões, DE, com cinco questões, e RP, com oito questões, que são respondidas pelo próprio

entrevistado em uma escala tipo Likert, com valores entre 0 (nunca) e 4 (diariamente). As pontuações em cada dimensão são o somatório dos pontos assinalados nas respectivas questões. Para cada sujeito, foi calculado um escore “D” de 0 a 3, composto da seguinte forma: sujeitos com pontuações acima do terceiro quartil para EE somam um ponto no escore D; sujeitos com pontuações acima do terceiro quartil para DE somam um ponto no escore D; e sujeitos com pontuação dentro do primeiro quartil para RP somam um ponto no escore D. São considerados com SB os sujeitos com escore D=3, ou seja, com todas as dimensões nos quartis extremos^{11,12}.

Na segunda etapa (qualitativa), foram criados dois grupos focais (GFs): um deles composto por sete enfermeiras ou supervisoras de Enfermagem e outro por nove auxiliares ou técnicos de Enfermagem, todos participantes da etapa anterior. A seleção do GF se deu de forma intencional com profissionais de vários setores, de forma que pudesse ser obtida uma amostra do quadro geral da organização, com o intuito de se compreender as percepções da organização do trabalho.

O fato de a amostra qualitativa ser com profissionais voluntários pode gerar viés de seleção, no qual apenas enfermeiros que estão dispostos e abertos à discussão participam, porém essa abertura para a discussão também é uma potencialidade nos estudos qualitativos, já que é um fator contribuinte para o bom desenvolvimento de uma dialética na construção de diálogos.

Além disso, foram seguidas as recomendações de Barbour para que cada grupo tivesse entre seis e dez componentes.

Para aumentar o nível de conhecimento sobre a instituição, foram convidados funcionários com, pelo menos, um ano de contrato¹³.

A separação entre técnicos e auxiliares de Enfermagem e enfermeiros teve por objetivo evitar a presença de chefia imediata e/ou subordinados no mesmo grupo e não inibir a fala dos participantes.

Foram realizadas 4 reuniões em cada grupo, com frequência semanal, no período de 31 de agosto de 2013 a 11 de outubro de 2013, e duração de 90 minutos para cada sessão. A moderação dos grupos foi feita pela pesquisadora e por uma psicóloga convidada para atuar como observadora. As reuniões seguiram um roteiro de discussão, com questões semiestruturadas referentes a seis temas da organização do trabalho — demanda e controle; papel profissional; suporte social; relacionamentos; reconhecimento profissional e comunicação; e mudanças.

Os temas propostos basearam-se no modelo Health and Safety Executive, organismo oficial responsável pela prevenção de riscos psicossociais do Reino Unido¹⁴.

Os depoimentos foram gravados com prévia autorização dos participantes, transcritos na íntegra e tratados com o auxílio da análise de conteúdo, seguindo os passos da análise de categorias temáticas: organização dos dados, leitura flutuante, leitura exaustiva, recortes das falas a partir das unidades de registro (frase) e das unidades de contexto (parágrafo), elaboração de subcategorias (as quais foram reunidas por semelhança e formaram as categorias) e, finalmente, os temas centrais que descrevem as experiências dos sujeitos investigados¹⁵.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Instituto de Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sendo aprovado sob o parecer nº 182.693, e atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Dos profissionais entrevistados, 89% eram do sexo feminino, e 9%, do sexo masculino (2% não declararam). No que se refere à categoria profissional, 86% eram auxiliares e técnicos de Enfermagem, e 14%, enfermeiros.

A média de idade foi semelhante entre o grupo de enfermeiros (34,5 anos) e o grupo de técnicos e auxiliares de Enfermagem (35,7 anos). Com relação ao estado civil, houve predominância de casados ou de pessoas que vivem em união estável, representando 60% dos profissionais, sendo 61% dos auxiliares e técnicos de Enfermagem e 53% dos enfermeiros.

Observa-se que o tempo médio na profissão dos enfermeiros foi de 10,8 anos, já o dos técnicos e auxiliares de Enfermagem foi de 9,3 anos. O tempo de atuação no hospital pesquisado foi de 5,4 anos para os enfermeiros e de 4,6 anos para auxiliares e técnicos de Enfermagem. Todos os profissionais tinham vínculo de trabalho pela CLT, mas verificou-se que 21% dos auxiliares e técnicos bem como 26% dos enfermeiros possuem 2 empregos.

Na Tabela 1 estão descritos os resultados estatísticos das pontuações obtidas em cada uma das três dimensões e em cada categoria profissional, segundo os critérios do MBI-HSS.

A prevalência total de SB nos profissionais de Enfermagem entrevistados foi de 5,7% (6,2% entre os auxiliares e técnicos de Enfermagem; e 2,6% entre os enfermeiros), conforme se observa na Tabela 2.

GRUPOS FOCAIS

Os resultados dos GFs foram categorizados de acordo com os temas apresentados no método. Para manter o anonimato, auxiliares e técnicos de Enfermagem receberam a sigla A/T; já os enfermeiros foram identificados pela sigla E.

Demanda e controle

Na categoria “demanda e controle”, os profissionais identificaram como FPRT a alta demanda de trabalho; a ausência de autonomia na realização das suas funções laborais, evidenciada principalmente pelos protocolos rígidos a serem cumpridos; o excesso de burocracias; as pressões por produtividade; as condições indevidas de trabalho; as

situações ergonômicas inadequadas; e a falta de equipamentos (ou ausência de manutenção).

A rotina e a quantidade de trabalho são vistas como intensas, tanto que são transferidas para a vida privada e pessoal. O quadro de profissionais é considerado insuficiente, o que leva a jornadas exaustiva e excesso de trabalho para um mesmo profissional; esses fatores, em conjunto, podem elevar os índices de absenteísmo e presenteísmo. Algumas narrativas expressam o diagnóstico da organização do trabalho:

Nunca consigo sair no horário, me sinto frustrada, sempre levo serviço para casa, atrapalhando nossa vida pessoal, porque a gente precisa cumprir prazos (E7). Não há número suficiente de médicos e pessoal da Enfermagem... sem contar o monte de faltas, de pessoas que adoecem no serviço (E2). A rotatividade é muito alta... e a equipe acaba ensinando o serviço no meio da correria (A/T3).

Tabela 1. Estatísticas descritivas das respostas ao *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* entre auxiliares e técnicos de Enfermagem e enfermeiros. Estado de São Paulo, 2013 (n=281).

Dimensões	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem			Enfermeiros		
	EE	DE	RP	EE	DE	RP
Média	12,6	3,5	24,2	13,9	3,90	24,2
Desvio padrão	7,5	3,5	5,5	6,3	3,10	3,9
Mínimo	0,0	0,0	6,0	2,0	0,00	16,0
1º quartil	7,0	0,0	21,0	10,0	1,25	22,0
2º quartil	12,0	3,0	25,0	15,0	4,00	24,0
3º quartil	17,0	6,0	28,0	19,0	6,00	27,0
Máximo	32,0	17,0	32,0	27,0	14,00	32,0

EE: exaustão emocional; DE: despersonalização; RP: realização profissional.

Tabela 2. Número de profissionais com dimensões nos quartis superiores (exaustão emocional e despersonalização) e inferior (realização profissional – escala invertida) e os respectivos percentuais (%) em cada categoria profissional. Estado de São Paulo, 2013 (n=281).

Categoria	Total	n (%)			
		D=0	D=1	D=2	D=3 (SB)
Auxiliares/Técnicos em Enfermagem	243	115 (47,3)	78 (32,1)	35 (14,4)	15 (6,2)
Enfermeiros	38	16 (42,1)	13 (34,2)	08 (21,1)	01 (2,6)
Todos	281	131 (46,6)	91 (32,4)	43 (15,3)	16 (5,7)

D: dimensão; SB: síndrome de *burnout*.

As faltas geram a necessidade de cobertura de escalas, pois há exigência de um número mínimo de profissionais em cada plantão; quando a chefia não consegue um substituto, solicita que alguém da equipe faça horas extras e assuma outro plantão, o que, conseqüentemente, compromete o seu descanso. O trabalho extra é pago excepcionalmente, a compensação se dá por um banco de horas, que gera folgas apenas quando autorizadas pela chefia.

Trabalhamos muito mais para cobrir um colega doente, ficando muitas vezes doente também (A/T7).

Embora vista com insatisfação, a remuneração não aparece como estressor, mas acaba sendo fator agravante quando somada à sobrecarga:

O que a gente ganha aqui não compensa o sacrifício, o salário é ruim em qualquer lugar, mas se encontrar um lugar com menos pressão, vou sem pensar (E1).

Os equipamentos e a tecnologia são apontados como falhos e causadores de tensão:

Muitas vezes não tem um monitor, um oxímetro, o elevador pifa (A/T2).

Com esse tipo de cama não dá, é sofrido levantar o paciente (A/T7).

Os participantes demonstram não ter poder de decisão, o que gera frustração:

A falta de autonomia do enfermeiro me deixa frustrada [...] estou lá somente para dar assistência a ele (médico) [...] não tenho a tomada de decisão que a minha graduação permite (E2).

O trabalho administrativo é visto como burocrático e esvaziado de sentido, além de atrapalhar a assistência e o cuidado ao paciente, aumentando a sensação de pressão e descontentamento:

O maior estresse que enfrento é papel [...] quero cuidar do paciente (A/T4).

O acesso à medicação, tem fila, burocracia, os médicos ficam estressados e descontam na gente (A/T 3).

Suporte social

Na categoria “suporte social”, os profissionais abordaram o apoio da chefia e dos colegas de trabalho. Esse apoio, quando existe, é entendido como sinônimo de ajuda na execução das tarefas. Esperam uma chefia aberta às suas sugestões e que possibilite a efetivação de mudanças quando há problemas no trabalho:

Sinto que não temos apoio, pergunta nossa opinião, respondo e entende que estou confrontando (E4). Não é só cobrar, elogio eu nunca vi e reuniões pouco acontecem (A/T9).

Aqui tudo é advertência e demissão e não compactuo com isso (E2).

Também pedem igualdade na gestão dos plantões, justa mediação em situações conflituosas e que os representem com relação às suas necessidades de cuidado:

As decisões são tomadas com parâmetros diferentes em cada plantão [...] no nosso não podemos entregá-lo com pendências, mas nos outros podem e isso sobrecarrega (E5).

Já quase apanhei duas vezes, precisei entrar no banheiro, não tem ninguém pra intermediar (A/T7). Se atendessem as pessoas aqui evitaria faltas, eu cuido dos pacientes para a instituição e ela não cuida dos funcionários (A/T3).

Falam de um trabalho que precisa ser sincronizado, como peças de uma engrenagem. A ausência ou mau funcionamento de cada uma gera estresse devido ao aumento de carga de trabalho aos demais.

Trabalhamos em dupla e a equipe precisa ter sincronia senão não funciona (A/T8).

Sempre tem um ou outro que dá uma deslizada e pesa na equipe [...] quando alguém falta fica sem apoio (A/T2).

Relacionamentos

Na categoria “relacionamentos” percebe-se que as relações dos profissionais de Enfermagem com os médicos, com as chefias e entre colegas são permeadas de conflitos:

O estresse é grande entre colegas de trabalho e chefe [...] temos uma equipe de manhã, que, pelo menos, conseguimos conversar (A/T3).

Há conflito na forma de comunicação dos médicos com a equipe de Enfermagem:

A médica disse que não faço nada e aí surtei [...] muitas pessoas saem daqui porque não são valorizadas (E2).

Falta de diálogo, entender a dinâmica do trabalho [...] muitos acham que por serem médicos podem tratar a equipe com falta de educação... (A/T3).

Observam-se conflitos em relação ao tipo de controle exercido pelas chefias, e a falta de solidariedade entre os colegas de trabalho é vista como estressor:

O chefe cobra muito, mas elogio, retorno do trabalho nunca recebemos (E6).

Não temos tempo para um cafezinho, amizades [...] a conversa é cobrança (A/T6).

Tem gente que acha que a sua urgência é maior, que seu plantão é o mais urgente, precisamos melhorar como equipe (E3).

Papel profissional

O cargo e as atividades relacionadas com o papel do profissional de Enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro) não são percebidos como estressores. Há clareza sobre a posição hierárquica e o conhecimento sobre a função exercida (atribuições, deveres, responsabilidades e requisitos inerentes às suas atividades):

Sou feliz com a minha escolha, gosto do que faço, achei meu caminho (A/T1).

Há hierarquia, cada um tem seu papel e limites, temos grande responsabilidade ao cuidar de pessoas, fazer relatórios, dar medicação e finalizar o plantão (E3).

O domínio da função, entendido como fundamental para o trabalho em equipe, é impactado pela grande rotatividade, gerando estresse pelo aumento de demanda no treinamento dos novos profissionais:

Terminamos de formar aqui, no dia a dia, os cursos não tem qualificado como deveriam, ficamos sobrecarregados (E1).

A rotatividade é grande e cansa muito (E5).

Comunicação e mudanças

As mudanças na organização ou no processo de trabalho são decididas pelo topo da hierarquia, dando aos profissionais a sensação de imposição. Não há espaço para o diálogo no processo de trabalho:

Queria fazer reuniões com a minha equipe [...] a correria não deixa (E6).

Talvez se houvesse mais clareza sobre as coisas [...] falta diálogo (E4).

Reconhecimento profissional

Na categoria “reconhecimento profissional” evidenciam-se as expectativas dos profissionais de Enfermagem com relação à instituição, que, quando frustradas, levam à desmotivação e à perda de profissionais:

Não há diferenciação nenhuma se investir em estudos, reconhecimento nenhum. Ai, os bons vão embora para lugares onde serão reconhecidos (E4).

O plano de carreira e os benefícios são percebidos como reconhecimento, e sua ausência é considerada fator de estresse:

Falta plano de carreira, pois nossa responsabilidade de motivar a equipe, gerenciar problemas é grande (E1). Reconhecimento para mim é benefícios, não acho justo pagar plano de saúde, trabalho em um hospital de referência, com ótimos profissionais de saúde (E6).

DISCUSSÃO

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, o perfil dos profissionais é condizente com outros estudos sobre o tema^{4,16,17}.

A prevalência de SB na população estudada também foi semelhante à de outros estudos recentes com profissionais de saúde: em um hospital de referência de câncer infantil em Campinas, São Paulo, a prevalência de SB foi de 4,8%¹⁶; entre os técnicos de Enfermagem de um hospital público dessa mesma cidade, a prevalência foi de 5,9%³; e em enfermeiros de um hospital geral de Recife, Pernambuco, a prevalência encontrada foi de 4,7%¹⁷.

É importante ressaltar que a prevalência observada no presente estudo pode estar subestimada “pelo efeito do trabalhador sadio”, indicando que profissionais que estão em sofrimento (incluindo SB) possivelmente estão afastados e não foram avaliados.

Como agravante, foi encontrada uma parcela significativa dos profissionais (15,3% do total; 14,4% entre os auxiliares e técnicos de Enfermagem; e 21,1% entre os enfermeiros) com duas dimensões nos quartis críticos ($D=2$). Níveis semelhantes foram encontrados em outros estudos^{4,18}. Entende-se isso como um sinal de alarme: se não houver intervenção ou se falharem as estratégias defensivas individuais, o número de profissionais com SB poderá aumentar.

Além disso, tais percentuais nas dimensões indicam que os profissionais podem estar, de fato, em sofrimento para realizar seu trabalho diário de cuidar do outro, visto que precisam sustentar o trabalho com os corpos e as mentes exaustos. O conhecimento sobre essa realidade é de importância significativa para que as instituições possam reconhecer e abordar os determinantes da SB antes que ela se desenvolva.

Outro fator observado foi que 26% dos enfermeiros e 21% dos auxiliares e técnicos possuem dois empregos, o que pode contribuir para a sobrecarga laboral desses profissionais, que precisam equilibrar as demandas de dois ou mais locais de trabalho, além disso, tal rotina também pode superestimar a prevalência da SB e de suas dimensões. Apesar disso, em outros estudos que também possuem em suas amostras trabalhadores que laboram em mais de um local de trabalho, foram obtidas prevalências de SB semelhantes¹⁶⁻¹⁸.

A análise dos dados do GF permitiu identificar fatores que os próprios trabalhadores consideraram estressantes: falta de autonomia, sobrecarga de trabalho, falta de suporte da chefia e mesmo de colegas, problemas de relacionamento e falta de diálogo no processo de trabalho, bem como ausência de reconhecimento. Todos esses fatores são frequentemente associados à SB na literatura.

Em estudo comparativo com profissionais de saúde de Portugal e do Brasil, a satisfação com o ambiente físico do

trabalho, com a supervisão (apoio da chefia) e com a participação apresentaram correlação significativa com SB⁶.

Estudo com 250 servidores federais também ressaltou associação entre SB e sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e dificuldades interpessoais no trabalho¹⁹.

Em uma revisão de 18 artigos, publicados entre 1990 e 2007, foram encontrados como fatores de risco para estresse laboral a sobrecarga e o relacionamento com membros da equipe de trabalho²⁰.

Em muitos desses estudos, entretanto, os fatores desencadeantes de SB são identificados por meio de questionários fechados e limitados às questões previstas nos instrumentos. Nesse sentido, o GF é uma ferramenta que permite conhecer os pontos críticos da organização do trabalho do ponto de vista dos próprios trabalhadores.

Salienta-se a importância de ouvir a voz dos profissionais por intermédio dos GF para a construção coletiva e a apropriação dos sujeitos sobre os processos de trabalho, possibilitando a identificação de dimensões do processo de trabalho que não seriam abarcadas somente com a aplicação de questionários quantitativos.

Nesse sentido, os FPRT mencionados no GF evidenciam que existe espaço na organização do trabalho, no hospital estudado e possivelmente em outros, para a melhoria das condições laborais e a prevenção não apenas da SB, mas também de outros problemas de saúde.

As expectativas dos profissionais de Enfermagem, reveladas no GF, vão além da questão da remuneração. Esperam ser recompensados pelo trabalho executado e que o hospital ofereça estrutura adequada, sem falta de equipamentos e tecnologia, quadro de funcionários estável e suficiente para todas as tarefas, que o cuidado da instituição com seus profissionais priorize o suporte à saúde na execução das tarefas e na comunicação clara e efetiva, com hierarquia, mas sem autoritarismo, e possibilidade de diálogo e mudanças.

Nesse sentido, a instituição tem um papel fundamental no que diz respeito a cuidar da organização do trabalho e identificar os estressores laborais, oferecendo suporte às estratégias de promoção da saúde do trabalhador.

Portanto, as instituições de saúde devem promover ações que privilegiem a saúde do trabalhador em todos os aspectos relacionados aos FPRT, com o desenvolvimento de estratégias de educação continuada e permanente, além de discutir em conjunto com a equipe sobre os riscos a que

estão expostos, para que os profissionais possam ser conscientizados sobre os efeitos na saúde e na qualidade de vida²¹.

CONCLUSÃO

Este estudo verificou que a prevalência de SB na população estudada foi de 5,7%. Entretanto, 15,3% apresentaram duas dimensões, e 32,4%, ao menos uma dimensão, o que sugere um eminente adoecimento entre esses profissionais.

Além do sofrimento psíquico inerente ao profissional de Enfermagem no cuidado dos pacientes, as narrativas obtidas nos GFs revelaram uma organização do trabalho que pode contribuir para o adoecimento e a vulnerabilidade à SB em função do modo como as tarefas estão estruturadas.

Esta pesquisa aponta ainda a necessidade de um olhar mais amplo sobre as causas da SB, sendo de fundamental importância a inclusão, nos trabalhos, do estudo

sobre a singularidade dos fatores psicossociais e da organização do trabalho por meio da voz dos profissionais que têm como foco de trabalho o cuidado ao ser humano.

A principal limitação deste estudo é o desenho transversal, que impede estabelecimento de relação de causa e efeito entre as medidas de interesse de exposição e efeito, pois são avaliadas em um mesmo intervalo de tempo. Além disso, o fato de ser um trabalho com população em contexto de trabalho específico impede a generalização dos resultados para outras realidades.

Outra limitação do estudo é o fato de a equipe de Enfermagem, em geral, trabalhar simultaneamente em mais de uma instituição de saúde, o que pode contribuir para a sobrecarga laboral desses profissionais, podendo superestimar a prevalência da SB na população estudada.

Considerando-se as limitações dos estudos transversais para intervenção no ambiente de trabalho, tornam-se necessários pesquisas longitudinais com o objetivo de acompanhar as mudanças propostas a partir do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2). <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Arrigoni C, Caruso R, Campanella F, Berzolari FG, Miazza D, Pelissero G. Investigating burnout situations, nurses' stress perception and effect of a post-graduate education program in health care organizations of northern Italy: a multicenter study. *G Ital Med Lav Ergon*. 2015;37(1):39-45.
- Sobral RC. Fatores psicossociais de risco no trabalho e a síndrome de burnout [tese de doutorado] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015 [citado 5 nov. 2015]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313074/1/Sobral_RenataCristina_D.pdf
- Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):68-79. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Tavares KFA, Souza NVDO, Silva LD, Kestenberg CCF. Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):260-5. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400044>
- Dias S, Queirós C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*. 2010;(32):4-21.
- Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chávez S. Factores psicossociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med*. 2005;66(3):225-31. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v66i3.1346>
- Manetti ML, Marziale MHP, Robazzi ML do CC. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. *Rev Rede Enferm Nordeste* [Internet]. 2008 [citado 5 nov. 2015];9(1). Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/530>
- Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde Impr*. 2011;35(4):438-42.
- Lautert L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*. 1997;18(2):133-44.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory manual*. 3ª ed. Palo Alto, Califórnia: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão [dissertação de mestrado] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011 [citado 27 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-26052011-123120/>
- Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Great Britain. Health and Safety Executive. *Managing the causes of work-related stress: a step-by-step approach using the Management Standards*. Londres: Health and Safety Executive; 2007.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Zanatta AB. A prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde trabalhadores de um hospital oncohematológico infantil na cidade de Campinas/SP [dissertação de mestrado] [Internet]. 2013 [citado 22 out. 2014]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312034/1/Zanatta_AlineBedin_M.pdf

17. Galindo RH, Feliciano KV de O, Lima RAS, Souza AI. Burnout Syndrome among General Hospital Nurses in Recife. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):420-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>
18. Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Rev Lat Am Enferm*. 2010;18(6):1084-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600007>
19. Boechat MAM, Ferreira MC. Preditores individuais e organizacionais do burnout em servidores públicos federais. *Psicol Saúde Amp Doenças*. 2014;15(3):738-50. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150314>
20. Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Factors that cause stress in physicians and nurses working in a pediatric and neonatal intensive care unit: bibliographic review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):261-6.
21. Silva RSS, Madeira MZA, Fernandes MA, Batista OMA, Brito BAM, Carvalho NAR. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Med Trab*. 2017;15(3):267-75. DOI: 10.5327/Z1679443520170027

Endereço para correspondência: Aline Bedin-Zanatta – Rua Anázio Abrão nº 34 – Residencial Buratto – CEP: 13084-315 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: alinezanatta@yahoo.com.br