

## ARTIGOS

# ***Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem**

**Renata Pimentel da Silva<sup>I</sup>**

**Silvânia da Cruz Barbosa<sup>II</sup>**

**Sandra Souza da Silva<sup>III</sup>**

**Danielle Figueiredo Patrício<sup>IV</sup>**

---

*Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem

## **RESUMO**

Esta pesquisa analisou os níveis de *burnout* e as estratégias de enfrentamento ao estresse laboral em profissionais de enfermagem de hospitais públicos. Aplicaram-se as escalas MBI, EMEP e uma Ficha Sociodemográfica em 193 profissionais. Efetuaram-se análises descritivas, de *Cluster* e o Teste t de *Student*. Os resultados identificaram dois grupos com as seguintes configurações de *burnout*: 1) Avançado e 2) Moderado, em 47,4% e 36,6% da amostra, respectivamente. A Despersonalização se destacou como a dimensão mais afetada do *burnout*, e nenhuma estratégia de enfrentamento se mostrou suficientemente eficaz no combate aos estressores laborais. A Despersonalização representa o aspecto interpessoal da síndrome, sendo discutida na pesquisa como possível blindagem psíquica inconsciente da amostra para evitar envolvimento afetivo com os pacientes, e que talvez esteja dificultando o enfrentamento aos fatores do estresse hospitalar.

**Palavras-chave:** *Burnout*; Estratégias de enfrentamento; Saúde mental; Profissionais de enfermagem.

---

*Burnout* and strategies of coping in nursing professionals

## **ABSTRACT**

This research analyzed the levels of burnout and coping strategies as for job stress in nurses working of public hospitals. The MBI and EMEP scales Sociodemographic Data were applied in 193 professionals. Descriptive analysis was done, Cluster and the Student t test. The results identified two groups with the following burnout settings: 1) Advanced and 2) Moderate, 47.4% and 36.6% of the sample, respectively. The Depersonalization stood out as the most affected dimension of burnout and no coping

strategy proved sufficiently effective in combating labor stressors. The Depersonalization is the interpersonal aspect of the syndrome, which is discussed as a possible unconscious protection to avoid emotional involvement with patients. This protection may be making things even harder.

**Keywords:** Burnout; Coping Strategies; Mental Health; Nursing Professionals.

---

*Burnout* y estrategias de afrontamiento en los profesionales de enfermería

## RESUMEN

Esta investigación analizó los niveles de *burnout* y estrategias de afrontamiento al estrés laboral en profesionales de enfermería de los hospitales públicos. Se aplicaron las escalas del MBI, EMEP y datos sociodemográfico en 193 profesionales. Se efectuó un análisis descriptivo, Cluster y la prueba t de Student. Los resultados identificaron dos grupos con los siguientes ajustes de burnout: 1) Avanzado y 2) Moderado, en el 47,4% y el 36,6% de la muestra, respectivamente. La despersonalización se destacó como la dimensión más afectada del burnout y ninguna estrategia de afrontamiento demostró ser suficientemente eficaz en la lucha contra los factores de estrés laboral. La despersonalización representa el aspecto interpersonal del síndrome, que en la investigación se discute como siendo posible escudo psíquico inconsciente de la muestra para evitar la implicación emocional con los pacientes, y tal vez sea lo que dificulta el hacer frente a los factores de estrés en el hospital.

**Palabras clave:** *Burnout*; Estrategias de Afrontamiento; Salud Mental; Profesionales de Enfermería.

---

A síndrome de *burnout* é um fenômeno psicológico que vem sendo mundialmente estudado por pesquisadores interessados em compreender seus fatores desencadeantes e contribuir para a melhoria do bem-estar do trabalhador. Qualquer grupo ocupacional pode ser acometido pela síndrome (Maslach & Leiter, 1997), mas a maioria dos estudos tem se concentrado nas profissões identificadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como as mais vulneráveis a doenças ocupacionais, a exemplo dos profissionais de saúde (Batista, Carlotto, Coutinho, & Augusto, 2010). No Brasil, o interesse pela temática conduziu a criação, em 1997, de um núcleo de pesquisa atualmente denominado Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* – GEPEB, que já conta com várias publicações, sendo algumas especificamente focadas em grupos de enfermagem (Benevides-Pereira, 2002a; Carlotto & Câmara, 2007a; Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, & Morante, 2005; Gil-Monte, 2003; Moreno-Jiménez, Garrosa, & González, 2000). Esses estudos, juntamente com outros de âmbito nacional (Lima, Souza, Galindo, & Feliciano, 2013; Santos & Cardoso, 2010; Schmidt, Paladini, Biato, Pais, & Oliveira, 2013; Silva & Carlotto, 2008; Silva, Loureiro, & Peres, 2008), denunciam um quadro crônico de desgaste mental em profissionais de saúde, que precisa ser urgentemente combatido.

A divulgação dos estudos realizados no Brasil com profissionais de saúde e em distintas ocupações brasileiras conduziram o Ministério da Saúde a reconhecer legalmente a síndrome como um problema de saúde diretamente relacionado ao trabalho (Brasil, 2001), estando classificada sob o código Z73.0 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10). Embora tal legalização constitua um grande avanço,

considera-se necessário mais investimento em pesquisas para melhor diagnosticar a síndrome, reafirmar seu reconhecimento legal e contribuir para difundi-la entre os profissionais, estimulando atitudes preventivas e combativas de estresse.

A presente pesquisa está focalizada no trabalhador de enfermagem. Esse trabalhador é treinado para uma missão social muito importante, que envolve recuperar a saúde das pessoas e assistir os doentes em sua dor. Espera-se dele qualidade e eficiência, visto que o objeto do seu trabalho é o cuidado com a vida humana; contudo, atingir a eficiência implica não só dominar as técnicas, mas também tratar afetivamente os pacientes, com dedicação e generosidade. Além da proteção e amparo que caracterizam o ato de assistir, a atividade desses profissionais exige que eles sejam capazes de se adaptar a situações de trabalho muitas vezes adversas ao bem-estar psicológico. De fato, diferentes estudos apontam que as recentes transformações no mundo do trabalho têm conduzido as equipes de enfermagem a trabalhar em condições cada vez mais exaustivas, em vários turnos e locais diferentes, atendendo a uma demanda elevada de pacientes, expostas a experiências de perda (por alta ou óbito) e a ameaças civis e penais por erro profissional (Benevides-Pereira, 2002a; Cavaleiro, Moura Júnior, & Lopes, 2008; Chamon, Marinho, & Oliveira, 2006; Medeiros, Ribeiro, Fernandes, & Veras, 2006; Tamayo, Argolo, & Borges, 2005). Essas situações constituem fonte permanente de estresse e podem levar o profissional de enfermagem a contrair doenças ocupacionais, como a síndrome de *burnout*.

A pesquisa, de caráter descritivo (Cervo, Bervian, & Silva, 2007) e de corte transversal (Bordalo, 2006), foi realizada com objetivo de analisar as dimensões de *burnout* e as estratégias usadas no enfrentamento aos estressores laborais por profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais públicos na cidade de Campina Grande (PB).

### **Síndrome de *burnout* à luz da Teoria do Intercâmbio Social**

Em 1969, Bradley escreveu um artigo científico utilizando a expressão *staff burn-out* para se referir a um tipo de desgaste profissional, mas foi somente na década de 1970, nos Estados Unidos, que surgiram os primeiros estudos mais sistematizados, identificando *burnout* como uma síndrome que se manifesta pelo esgotamento experimentado por trabalhadores em consequência de vivências negativas no trabalho. Um desses estudos foi realizado por Freudenberger (1974), médico psiquiatra que, durante muito tempo, dirigiu um centro comunitário para tratamento de pessoas viciadas em drogas. Ele observou que muitos voluntários que ajudavam na recuperação dos toxicodependentes apresentavam uma série de sintomas clínicos, os quais vieram a caracterizar a síndrome como uma reação apática à atividade laboral, porém determinada por características individuais.

A descoberta da síndrome também se deve à psicóloga Maslach (1976), que, divergindo da abordagem clínica de Freudenberger (1974), iniciou estudos com profissionais prestadores de serviços humanos adotando uma perspectiva psicossocial. Dentro dessa perspectiva, a síndrome é vista como um processo em que a percepção do contexto, das condições de trabalho e das relações interpessoais influencia no adoecimento, e não somente as características individuais. No início de 1980, Maslach e Jackson (1981) elaboraram um conceito que passou a ser amplamente aceito na literatura científica, segundo o qual *burnout* é uma reação a estressores crônicos no trabalho e ocorre quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes para lidar com as situações intensas e prolongadas de estresse.

Tal abordagem considera o *burnout* um construto formado por três dimensões: 1) Exaustão Emocional (EE): ocorre quando o profissional experimenta sentimentos de fadiga e faltam-lhe recursos emocionais (energia) para lidar com situações estres-

soras e com altas exigências no trabalho; 2) Despersonalização (DE): manifesta-se por atitudes negativas e de insensibilidade para com as pessoas no trabalho, por comportamentos de isolamento ou afastamento dos colegas e clientes e pelo endurecimento afetivo nas relações interpessoais; e 3) reduzida Realização Profissional (rRP): que se manifesta pela sensação de baixa satisfação com a execução do trabalho, sentimento de desapego pelo trabalho e de frustração profissional (Maslach & Leiter, 1997; Vieira, 2010; Vieira et al., 2006).

Ressalte-se que dentro da abordagem psicossocial, na qual a presente pesquisa se insere, existem vários modelos explicativos para o *burnout* (por exemplo, os modelos do **contágio de emoções**, de **demanda de recursos sociais** e o **social cognitivo**), sendo usada na presente pesquisa a Teoria do Intercâmbio Social, que se baseia no quanto o indivíduo percebe justiça ou reciprocidade nas relações sociais. Em outras palavras, a explicação sobre o êxito ou fracasso nas relações sociais depende da comparação que o indivíduo faz entre os custos e as recompensas obtidas por seus esforços.

A ausência de reciprocidade nas relações interpessoais seria a principal fonte desencadeadora do *burnout*, podendo se manifestar em três níveis (Salanova & Llorens, 2011). No primeiro nível, o intercâmbio social acontece entre profissionais e usuários de serviços assistenciais. É mais comum nas profissões que lidam direta e intensamente com pessoas (médicos, enfermeiros, psicólogos, bombeiros, etc.). Ocorre, por exemplo, quando um profissional de enfermagem espera gratidão por parte dos clientes/pacientes e percebe que eles apenas veem seus esforços de ajuda como algo normal e esperado. Nesse caso, para obter a recompensa, os profissionais passam a despender cada vez mais energia nas relações, ao ponto de esvanecer de vez a carga de energia psíquica (Exaustão Emocional), e, como consequência, surgem as frustrações no trabalho (reduzida Realização Profissional). Na tentativa de conter o esgotamento, o profissional passa a inverter as relações de cuidado com os clientes, afastando-se psicologicamente deles (Despersonalização).

O segundo nível acontece entre companheiros de trabalho, podendo ocorrer em qualquer grupo ocupacional. Nesse caso, as pessoas se esforçam para estabelecer boas relações sociais no trabalho usando como recurso o Suporte Social, que diz respeito ao equilíbrio entre o apoio social oferecido e o recebido dos colegas. O processo de *burnout* desencadeia-se à medida que os empregados não percebem reciprocidade nessas relações de apoio. Em consequência, eles começam a se distanciar psicologicamente dos colegas de trabalho, adotando comportamentos de frieza e de cinismo (Despersonalização). Teoricamente, esses comportamentos podem ser tentativas inconscientes ( *coping*) de restaurar a reciprocidade nas relações sociais (Salanova & Llorens, 2011).

O terceiro nível, também extensivo a qualquer grupo ocupacional, acontece entre o empregado e a organização. Nesse nível, o *burnout* resulta do desequilíbrio entre o que o empregado dá de si e o que espera receber da organização. Quando as expectativas e recompensas são constantemente frustradas, a energia psíquica esvai-se (Exaustão Emocional), e o indivíduo passa a se envolver cada vez menos com o trabalho (reduzida Realização Profissional). Vários elementos concorrem nesse processo: falta de liderança ou de apoio da chefia, problemas de comunicação, falta de informação, entre outros. Muitas vezes os empregados tentam recuperar o esgotamento psíquico adotando estratégias defensivas como o absentismo (por enfermidades ou não), o abandono cognitivo ou comportamental do emprego e a falta de engajamento com os objetivos da organização (Salanova & Llorens, 2011).

Para a abordagem psicossocial, a compreensão do contexto laboral dos trabalhadores é imprescindível nos estudos de *burnout*. Assim, foram revisadas literaturas que possibilitassem identificar os principais estressores frequentemente enfrentados em ambientes hospitalares, sendo tal descrição objeto da próxima seção.

## **Estressores laborais no contexto hospitalar e estratégias de enfrentamento na profissão de enfermagem**

O trabalho dos profissionais de saúde em instituições hospitalares é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar constituída de médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. No caso da enfermagem, o principal aspecto que a caracteriza como profissão da saúde é o ato de cuidar do outro (Souza et al., 2010). Por sua vez, o ato de cuidar envolve atitudes de dedicação, zelo, espírito de sacrifício e de caridade, imprimindo à profissão um caráter quase religioso (Carlotto, 2011). Esses aspectos, somados à falta de autonomia e de reconhecimento social do trabalho, ao domínio de um campo muito específico de conhecimento, à superlotação nos espaços hospitalares, ao exercício da atividade em lugares insalubres, à proximidade com clientes em sofrimento, ao fato de ter múltiplos empregos e trabalhar em horários variados, são fontes permanentes de desgaste que exigem do profissional de enfermagem muito dispêndio da energia física e psíquica, tornando-o suscetível ao estresse ocupacional crônico e, conseqüentemente, ao *burnout*, quando os métodos de enfrentamento aos estressores falham (Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012; Jodas & Haddad, 2009; Meneghini, Paz, & Lautert, 2011; Pires, 2009).

Corroborando esses estudos, Tamayo (2009) destaca algumas características laborais bastante peculiares ao trabalho de enfermagem em hospitais, que favorecem o desencadeamento do *burnout*, dentre as quais o excesso de trabalho, os conflitos interpessoais, a falta de preparo para enfrentar as demandas emocionais dos pacientes e de suas famílias, o confronto direto com o sofrimento e com a morte e a falta de suporte social no trabalho. Rosa e Carlotto (2005) apontam outros fatores, como o rápido desenvolvimento tecnológico, a grande divisão de trabalho nos hospitais, a elevada hierarquia e a multiplicidade de normas e regras. O ambiente hospitalar, por ser um espaço de trabalho em que se lida diariamente com pessoas debilitadas, com a dor, sofrimento e morte, torna-se um lugar altamente propício a situações estressantes. Para lidar com os múltiplos agentes estressores, muitas vezes os profissionais adotam ações (estratégias de enfrentamento) buscando manter algum controle sobre as demandas de trabalho.

Guido (2003), ao revisar a literatura, assinala dois posicionamentos complementares usados para definir estratégias de enfrentamento. O primeiro entende as estratégias como um processo através do qual o indivíduo reage ao estresse, sendo tal reação determinada por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis. O segundo posicionamento toma as estratégias de enfrentamento como uma ação direcionada tanto à resolução quanto ao alívio de situações avaliadas como problema, sendo que esse enfrentamento pode ser vivenciado por atitudes de rejeição, controle, submissão, esquiva ou minimização do estressor. Considerando os dois posicionamentos, Santos (2007) sublinha que as estratégias de enfrentamento são habilidades desenvolvidas para dominar possíveis situações de estresse ou que necessitem de adaptação. De acordo com esse autor, tais estratégias são usadas para remover ou minimizar as influências do agente estressor, tornar toleráveis as circunstâncias ou eventos desagradáveis, adaptar o organismo ao meio, conservar uma autoimagem positiva e continuar se relacionando satisfatoriamente com as pessoas.

Um conceito formulado por Farias e Seidl (2005) refere-se às estratégias de enfrentamento como "esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de demandas externas ou internas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais" (p. 382). Tal conceito sugere que toda situação possui um significado específico a cada pessoa e que as estratégias de enfrentamento dependem da avaliação cognitiva, categorização e análise dos eventos e da qualidade e intensidade de cada reação emocional (Guido, 2003).

A perspectiva cognitiva considera que as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e adaptadas a cada situação, tratando-se de um fenômeno dinâmico, que permite à pessoa mudar suas ações e seus pensamentos diante das situações estressantes (Guido, 2003). Nessa mesma perspectiva Tamayo e Tróccoli (2002b) definem as estratégias como um processo "dinâmico de esforços determinados para a resolução das dificuldades e demandas exigidas para o ajustamento do organismo" (p. 39).

Folkman e Lazarus (1980) assinalam dois tipos de estratégias de enfrentamento enquanto processo cognitivo: as estratégias focalizadas no problema e as focalizadas na emoção. Nas estratégias focalizadas no problema, o indivíduo direciona sua ação à resolução deste, procurando defini-lo, enumerar as alternativas e compará-las em termos de custo e benefício, e, finalmente, escolher uma ação. Nas estratégias focalizadas na emoção, o indivíduo utiliza processos defensivos, ou seja, evita o confronto com a ameaça. Nesse tipo de estratégia, não há a modificação da situação estressora, o que ocorre é uma **reavaliação cognitiva** pela qual o sujeito modifica o valor atribuído à situação. Esses autores consideram que o contexto desempenha um papel fundamental na escolha das estratégias. Assim, uma estratégia pode ser avaliada como adequada e conseqüentemente usada em determinado contexto, mas não em outro.

Em pesquisa com os enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no interior de São Paulo, Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) constataram o uso de três formas de enfrentamento das tensões laborais: evitamento, confronto direto e confronto indireto. No primeiro caso, os enfermeiros procuram ignorar os estressores, adiar os confrontos e/ou bloquear as emoções. No segundo, buscam informações, falam sobre o assunto e negociam alternativas. No terceiro caso, o enfrentamento ocorre, principalmente, por meio de práticas religiosas, desportivas e de meditação.

Em pesquisa realizada por Chamon et al. (2006), envolvendo 96 profissionais de enfermagem de um hospital privado, observou-se que as estratégias mais utilizadas foram controle (focalização ativa no problema), apoio social (cooperação, ajuda à informação e apoio afetivo) e recusa (ignorar o problema ou a situação). Quanto aos índices de *burnout*, identificaram-se 13,5% dos sujeitos com **níveis elevados** e 53,1% com níveis moderados, conduzindo os autores a concluir que talvez tais estratégias não estejam sendo eficazes no combate aos estressores laborais.

Rodrigues (2006) estudou os estressores, os estilos de *coping* e os níveis de *burnout* de enfermeiros oncologistas de cinco hospitais, verificando que as situações ditas como mais estressoras são o óbito/processo de morrer e o relacionamento com as equipes médica e de enfermagem. Frente a tais situações, eles se utilizam, majoritariamente, das estratégias resolução de problemas, suporte social e reavaliação positiva, o que não impediu que 9,1% dos profissionais apresentassem altos índices nas três dimensões de *burnout*.

Em um levantamento bibliográfico realizado por Moreno, Gil, Haddad e Vannuchi (2011) sobre as estratégias e intervenções no enfrentamento do *burnout* em diferentes categorias profissionais, incluindo enfermeiros, foram analisados 46 artigos, três livros e três dissertações. Os resultados indicam três possíveis níveis de intervenções: 1) estratégias organizacionais, focalizadas em mudanças aplicadas ao ambiente de trabalho, 2) estratégias individuais, focalizadas nas respostas individuais reguladoras de emoções frente a situações estressoras, 3) estratégias combinadas, focalizadas na interação do contexto ocupacional com o indivíduo.

De modo geral, os estudos revisados mostram que cada indivíduo busca, através das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou adaptar-se aos eventos estressores. Porém, quando essas estratégias se mostram insuficientes, o indivíduo pode, paula-

tinamente, sofrer um processo de erosão de suas capacidades motivacionais, sentir-se exaurido de suas forças psíquicas e perder a habilidade para solucionar conflitos internos e externos. Quando as estratégias falham e o indivíduo já não mais suporta as pressões do ambiente, pode instalar-se o *burnout*.

## Método

### Participantes da pesquisa

Na cidade de Campina Grande (PB) existem três hospitais públicos, com 1.109 profissionais de enfermagem. A pesquisa adotou um processo de amostragem acidental não probabilística (Sarriá, Guardiã, & Freixa, 1999), na qual os participantes são incluídos de acordo com a acessibilidade e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa. Com base nesse procedimento, obteve-se a participação de 193 profissionais que estavam em pleno exercício da função, sendo 152 técnicos de enfermagem (78,76%) e 41 enfermeiros (21,24%). Ressalte-se que quase metade desses profissionais (48,8%) tem vínculo empregatício em mais de um dos hospitais públicos pesquisados, o que dificultou calcular a abrangência da amostra.

### Instrumentos

A síndrome de *burnout* foi avaliada por meio dos três fatores empíricos que compõem o *Maslach Burnout Inventory* – MBI. Esse instrumento foi desenvolvido em três versões (Maslach & Jackson, 1981) para avaliar o nível de desgaste mental em profissionais que prestam serviços humanos, sendo a versão MBI – *Service Human Survey* (HSS) usada na presente pesquisa por ser especificamente indicada para profissionais de saúde. O MBI possui 22 questões, que variam numa escala de 0 (nunca) a 6 pontos (todo dia), distribuídos entre os fatores: 1) Exaustão Emocional (exemplo de item: 'Sinto-me esgotado emocionalmente devido ao meu trabalho'); 2) Despersonalização (exemplo de item: 'Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais'); 3) Realização Profissional (exemplo de item: 'Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão'), cuja pontuação invertida revela reduzida Realização Profissional (rRP). A pesquisa seguiu os parâmetros psicométricos desenvolvidos pelo GEPEB, cujos alfas encontrados foram de 0,84 para Exaustão Emocional, 0,57 para Despersonalização e 0,76 para reduzida Realização Profissional.

As estratégias de enfrentamento aos estressores laborais foram avaliadas pela Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP. Esse instrumento, criado por Vitaliano e colaboradores, foi adaptado para o português por Gimenes e Queiroz e submetido à análise fatorial por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). É composto por 45 questões, em escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos, que variam de 1 (eu nunca faço isso) a 5 (eu faço isso sempre), distribuídos entre os fatores: 1) Enfrentamento Focalizado no Problema ( $\alpha = 0,85$ ), que engloba **condutas para solucionar o problema, seja** reavaliando ou ressignificando o problema (exemplo de item: 'Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido'); 2) Enfrentamento Focalizado na Emoção ( $\alpha = 0,79$ ), que diz respeito a atitudes paliativas no enfrentamento e/ou afastamento do estressor (exemplo de item: 'Eu acho que as pessoas foram injustas comigo'); 3) Enfrentamento Focalizado em Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado ( $\alpha = 0,74$ ), que representa as atitudes e práticas religiosas ou irreais na busca pela solução ou alívio do estressor (exemplo de item: 'Penso em coisas fantásticas ou irreais, como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro, que me fazem sentir melhor'); 4) Suporte Social ( $\alpha = 0,79$ ), que diz respeito à procura de apoio instrumental, emocional ou de informação para enfrentar a situação causadora do estresse (exemplo de item: 'Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeito').

Utilizou-se também uma Ficha Sociodemográfica para coletar informações sobre gênero, estado civil, número de filhos, idade, escolaridade e tempo de serviço, a fim de caracterizar a amostra. A versão completa dos instrumentos foi organizada em forma de protocolo para fins de coleta dos dados, sendo tal protocolo entregue aos sujeitos, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### Procedimentos de coleta dos dados

Inicialmente fez-se contato com a direção dos três hospitais públicos da cidade de Campina Grande (Paraíba), a fim de se obter autorização para a realização da pesquisa. Após a autorização dos hospitais e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo nº 331.810), iniciou-se a aplicação dos questionários no próprio ambiente de trabalho dos profissionais. Todos assinaram o TCLE e, antes de preencherem o protocolo, foram informados sobre os objetivos e os aspectos éticos da pesquisa, bem como orientados a preencher os questionários apenas uma vez. Essa última recomendação objetivou evitar que profissionais vinculados a mais de um hospital repetissem o preenchimento dos questionários.

#### Procedimentos de análise dos dados

Foram efetuadas análises descritivas (média, desvio padrão, porcentagens) para caracterizar a amostra e para verificar o ponto de corte da escala MBI. Também se efetuou a análise de *Cluster* para identificar semelhanças e diferenças significativas dos grupos com *burnout* e aplicou-se Teste t de *Student* para comparar as médias dos fatores do EMEP entre tais grupos.

## Resultados e discussão

#### Síndrome de *burnout* na amostra

A amostra é majoritariamente do sexo feminino (92,8%), solteira (48,5%), sem filhos (48,5%), com idade variando entre 21 e 63 anos ( $M = 34,13$ ;  $dp = 8,6$ ). Observa-se que o nível de escolaridade dos técnicos de enfermagem é bem mais diversificado que o dos enfermeiros. Entre os técnicos de enfermagem, 37,8% concluíram o ensino médio; 19,2% são graduandos; 16,3% têm curso superior; 2,1% não completaram o ensino médio; 2,1% têm ensino fundamental; e 1% não completou esse nível de ensino. Entre os enfermeiros, todos concluíram o ensino superior, e 20,7% são pós-graduados. A média de tempo de serviço na instituição é de 4,51 anos ( $dp = 5,05$ ).

Para avaliar as dimensões de *burnout* nos participantes, foram utilizados os critérios dos valores propostos pelo GEPEB, ilustrados na Tabela 1. Assinale-se que no MBI considera-se em *burnout* uma pessoa com altos escores em Exaustão Emocional e em Despersonalização, seguidos de baixos escores em Realização Profissional (rRP) (Benevides-Pereira, 2002a, Tamayo et al., 2005; Tamayo & Tróccoli, 2002a; Vieira et al., 2006).

Tabela 1: Níveis de *burnout* de acordo com os pontos de corte do MBI indicados pelo GEPEB

Fatores do MBI	Média	Níveis		
		Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	20,93	15	16 – 25	26
Despersonalização	6,31	02	3 – 8	09
Realização Profissional	37,49	33	34 – 42	43

Fonte: Benevides-Pereira (2002b)



Tomando-se como parâmetro a Tabela 1, calcularam-se as médias dos três fatores do MBI, obtendo-se média de 20,8 para o fator Exaustão Emocional ( $dp = 5,26$ ), média de 9,0 para o fator Despersonalização ( $dp = 0,75$ ) e média de 33,8 para o fator Realização Profissional ( $dp = 2,63$ ). Examinando-se os níveis baixo, médio e alto de cada fator, identificaram-se 50 pessoas (25,8%) com níveis elevados de Exaustão Emocional, 179 (92,3%) com elevados níveis de Despersonalização e 165 (85,1%) com reduzidos níveis de Realização Profissional (Tabela 2). Esses resultados corroboram outros estudos que apontam a profissão de enfermagem como psicologicamente desgastante (Kirchhof et al., 2009; Meneghini et al., 2011). Também é possível observar nesses resultados que, embora a Exaustão Emocional tenha atingido boa parcela da amostra, é a Despersonalização e o declínio na Realização Profissional (rRP) que se mostram mais preocupantes, visto que atingem praticamente todos os profissionais.

Tabela 2: Níveis de *burnout* em profissionais de enfermagem de Campina Grande (N = 193)

Fator	Nível	Número de sujeitos	%
Exaustão Emocional N = 177 (91,2%)	Baixo	80	41,2
	Médio	47	24,2
	<b>Alto</b>	<b>50</b>	<b>25,8</b>
Despersonalização N = 180 (92,8%)	Baixo	-	-
	Médio	01	0,5
	<b>Alto</b>	<b>179</b>	<b>92,3</b>
Realização Profissional N = 182 (93,8%)	<b>Baixo</b>	<b>165</b>	<b>85,1</b>
	Médio	17	8,8
	Alto	-	-

Para identificar o número de participantes por grupo e conforme os níveis de *burnout*, aplicou-se a técnica de Análise de Conglomerados (*Cluster*) aos três fatores de *burnout*. Essa técnica consiste em dividir a amostra em subgrupos, combinando seus escores atribuídos aos indicadores de *burnout*, procurando identificar as diferenças significativas entre os grupos e, ao mesmo tempo, as semelhanças dentro do próprio grupo. O resultado desse cálculo (Tabela 3) identificou dois grupos com as seguintes configurações: *Burnout* Avançado, sinalizando um resultado grave de saúde, e *Burnout* Moderado, sinalizando um resultado crítico de saúde, já que o trabalhador se encontra numa situação-limite de tolerância.

Tabela 3: Combinação dos escores nos três indicadores de *burnout*

Fatores	<i>Burnout</i> Avançado	<i>Burnout</i> Moderado
Exaustão Emocional	Médio	Baixo
Despersonalização	Alto	Alto
Red. Realização Profissional	Baixo	Médio
N (163/193)	<b>92</b>	<b>71</b>

Conforme se pode ver na Tabela 3, os resultados mostram um total de 163 profissionais de enfermagem com a síndrome de *burnout*, equivalente a 84% da amostra. Desse total, 92 profissionais (47,4%) estão em processo de *Burnout* Avançado, sendo a Despersonalização e reduzida Realização Profissional as dimensões mais afetadas. Em outras palavras, o *burnout* nesse grupo se manifesta, principalmente, por atitudes de dureza, frieza e distanciamento frente aos pacientes e colegas de trabalho e por muita insatisfação com o trabalho. O segundo grupo (*Burnout* Moderado) reúne 71 profissionais, equivalendo a 36,6%, e, comparado ao primeiro grupo, está menos afetado, sendo a Despersonalização a dimensão mais comprometida.

Observa-se ainda na Tabela 3 que, em ambos os grupos (Avançado e Moderado), foi a dimensão Despersonalização que se revelou como o sintoma mais visível do *burnout* na amostra. Recorda-se que essa dimensão representa o aspecto interpessoal da síndrome, caracterizada pelo endurecimento emocional no trato com as pessoas, sendo apontada em alguns estudos como possivelmente característica dos profissionais de saúde devido à intensidade de contato com pessoas em risco de morte e afligidas física e emocionalmente (Salanova & Llorens, 2011; Vieira, 2010).

De acordo com a teoria do Intercâmbio Social, a Despersonalização pode funcionar como uma blindagem psíquica inconscientemente usada por profissionais para evitar laços afetivos. No caso da amostra, o envolvimento emocional com pacientes pode estar sendo mesmo evitado, visto que, cedo ou tarde, eles serão afastados dos cuidados profissionais e do convívio hospitalar, seja por óbito ou por alta, constituindo situações de perdas consecutivas com as quais os profissionais precisam lidar. Carlotto (2011) alerta que esse afastamento é, muitas vezes, extensivo à família dos pacientes e aos colegas de trabalho, fortalecendo a ideia de que podem ser tentativas inconscientes de evitar a criação de vínculos afetivos. A autora destaca também que a relação entre o trabalhador de enfermagem e o paciente é paradoxal, já que o próprio trabalho exige do profissional o cuidado, o envolvimento e a interação e, em contrapartida, a esquiva de uma relação muito próxima com o mesmo, devido à iminência do afastamento.

Estratégias de enfrentamento ao estresse usadas pelos profissionais de enfermagem  
Para cada um dos fatores empíricos do EMEP aplicaram-se análises descritivas. A Tabela 4 mostra que as estratégias mais usadas pelos profissionais de enfermagem para combater o estresse laboral são o Suporte Social e o Enfrentamento Focalizado no Problema, com médias de 2,1 e 2,0, respectivamente. Recorda-se que o fator Suporte Social é um tipo de estratégia que se caracteriza pela busca de apoio instrumental, emocional e/ou informacional no ambiente de trabalho, enquanto o Enfrentamento Focalizado no Problema é um tipo de estratégia ativa em relação ao estressor, envolvendo esforços cognitivos e planejamento, ou seja, caracteriza-se por condutas de aproximação do estressor para resolver as situações causadoras do estresse, manejando ou modificando o problema.

Tabela 4: Valores mínimos e máximos, médias e desvio-padrão nos fatores do EMEP

Fatores do EMEP	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
F1. Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema	0,77	2,55	<b>2,0</b>	0,31
F2. Busca de Práticas Religiosas/ Pensamento Fantasiado	0,47	2,35	<b>1,5</b>	0,32
F3. Estratégias de Enfretamento Focalizadas na Emoção	0,25	2,29	<b>1,1</b>	0,33
F4. Busca de Suporte Social	0,66	3,32	<b>2,1</b>	0,67

Apesar de Suporte Social e Enfrentamento Focalizado no Problema serem as principais estratégias usadas no combate aos problemas hospitalares, observa-se na Tabela 4 que as médias encontradas estão abaixo do ponto médio da escala (3,0), sugerindo que talvez não estejam sendo suficientemente eficazes para lidar com as tensões do ambiente de trabalho e conter os níveis de *burnout* encontrados na amostra. Aplicando-se, então, o Teste t de *Student* (Tabela 5), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas para a média do fator Foco no Problema, indicando que essa estratégia parece promissora no combate aos estressores laborais, devendo, portanto, ser mais intensificada entre os profissionais de saúde, embora as demais estratégias não devam ser abandonadas, já que são complementares, e não excludentes entre si.

Tabela 5: Comparação das médias dos indicadores de *burnout* entre profissionais de enfermagem dos hospitais públicos de Campina Grande, PB

Tipo de estratégia	Grupos	Média	Desvio-padrão	Teste t
Foco no Problema	Avançado	1,95	0,30	<b>t = -2,19</b>
	<b>Moderado</b>	<b>2,05</b>	0,31	<b>p &lt; 0,03</b>
Prática Religiosa	Avançado	1,53	0,28	t = 1,57
	Moderado	1,45	0,35	p < 0,11
Foco na Emoção	Avançado	1,12	0,34	t = 1,64
	Moderado	1,04	0,31	p < 0,10
Suporte Social	Avançado	2,12	0,67	t = 1,03
	Moderado	2,01	0,66	p < 0,30

Uma síntese dos resultados indica prevalência de *burnout* na maioria da amostra, em graus distintos (baixo, médio, alto), estando um grupo com *Burnout* Moderado e outro com *Burnout* Avançado. Esses grupos utilizam, principalmente, o Suporte Social e o Enfrentamento Focalizado no Problema para lidar com os estressores laborais, porém tais estratégias não conseguiram conter o processo de desenvolvimento do *burnout*, que atinge 84% da amostra em graus Moderado e Avançado. Corroborando as pesquisas de Chamon et al. (2006) e de Rodrigues (2006), essas duas estratégias também foram identificadas como frequentemente usadas por grupos de enfermagem e igualmente se mostraram frágeis para conter os níveis de *burnout*.

Como se trata de profissionais de enfermagem inseridos em um contexto de equipe multidisciplinar, interessa saber até que ponto essas duas estratégias de enfrentamento estão sendo percebidas no âmbito multiprofissional, podendo ser um indicativo de dificuldade na organização dessa equipe (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, etc.) para o enfrentamento dos estressores inerentes ao contexto laboral. Questiona-se, ainda, até que ponto a Despersonalização, percebida como amplamente vivenciada nos dois grupos (Moderado e Avançado), não estaria interceptando a reciprocidade nas relações de apoio, como aponta a teoria do Intercâmbio Social.

### Considerações finais

Os resultados da pesquisa revelam altos níveis de *burnout* em um contingente expressivo de profissionais de enfermagem (84%) e baixa eficiência no uso de estratégias combativas aos estressores laborais. Sabe-se que os sintomas de Exaustão Emocional, reduzida Realização Profissional e Despersonalização, característicos da síndrome de *burnout*, surgem e se intensificam quando os trabalhadores não conseguem elaborar formas eficazes de combater os fatores de estresse no trabalho, o que parece estar ocorrendo na amostra.

Nos resultados, a Despersonalização destacou-se como o fator mais ameaçador. Sabe-se que a referida dimensão se manifesta por atitudes de frieza do profissional ante colegas e usuários, sendo tais atitudes indesejáveis nas profissões que exigem cuidados e proteção à vida humana. Por isso, autores como Benevides-Pereira (2002a) destacam que altos índices do fator Despersonalização demonstram iminente necessidade de uma ação interventiva junto aos profissionais de saúde, uma vez que evidenciam sentimentos negativos e de indiferença frente aos pacientes, quando se trata de um contexto no qual se deve considerar a importância do relacionamento interpessoal no bem-estar e nas perspectivas de restabelecimento da pessoa enferma. Conforme sublinhado, as propostas de intervenções e programas preventivos podem focalizar ações centradas na resposta do indivíduo, no contexto ocupacional ou na interação entre ambos (Moreno et al., 2011). Embora as ações

individuais sejam viáveis, sabe-se que elas sozinhas são insuficientes no combate ao *burnout*, já que podem responsabilizar individualmente o profissional pelo fracasso das suas relações sociais nos níveis apontados pela teoria do Intercâmbio Social. Recomenda-se, então, a elaboração de planos e ações que contemplem a relação indivíduo/processo de trabalho/organização.

Alerta-se que entre as três dimensões constituintes do *burnout*, a Despersonalização parece ser a mais complexa de se entender e de se avaliar. Conforme aponta Gil-Monte (2005), o MBI, instrumento amplamente usado e recomendado em pesquisas internacionais, possui pobres coeficientes de consistência interna na subescala de Despersonalização, o que dificulta avaliar precisamente tal dimensão. De fato, várias pesquisas em distintos grupos ocupacionais corroboram essa afirmativa: em uma pesquisa realizada com professores de instituições privadas, foi encontrado para o fator Despersonalização um alfa = 0,58 (Carlotto & Câmara, 2004); em pesquisa com universitários brasileiros, o alfa encontrado foi de 0,59 (Carlotto & Câmara, 2006); com amostra multifuncional, o alfa encontrado foi de 0,65 (Carlotto & Câmara, 2007b). Conforme Carlotto e Câmara (2004), a causa de tal deficiência pode estar na discrepância da quantidade de itens que compõem os três fatores, sendo o fator Despersonalização o que possui menos itens (apenas 5). Também Meneghini et al. (2011) ressaltam que essa subescala, quando comparada aos componentes de Exaustão Emocional e Realização Profissional, apresenta menor confiabilidade.

Considera-se que essas deficiências do instrumento devem ser levadas em conta nas investigações de *burnout*, inclusive na presente pesquisa, para que generalizações sejam evitadas. Contudo, tais deficiências não devem ser tomadas como um entrave, e sim um convite para que novas pesquisas sejam realizadas, a fim de se avançar teoricamente na compreensão sobre o fenômeno e na construção de medidas em que a dimensão Despersonalização seja mais bem avaliada.

Considera-se igualmente importante que se façam estudos comparando os níveis de *burnout* entre profissionais de enfermagem de organizações públicas e privadas, e outros que possam identificar possíveis diferenças, mensurando aquelas que favoreçam o trabalho dos profissionais de enfermagem e que venham nortear o futuro dessa profissão. Também sugerem-se estudos com amostras mais amplas de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, etc.) inseridos em equipes multidisciplinares, para melhor entender as estratégias grupais de enfrentamento.

Além disso, é preciso disseminar, entre os profissionais de saúde, informações e orientações sobre *burnout* e suas consequências negativas para o indivíduo e para a organização, bem como elucidar melhor o papel das estratégias de enfrentamento como medidas combativas aos déficits de saúde.

## Referências

- Batista, J. B. V., Carlotto, M. S., Coutinho, A. S., & Augusto, L. G. S. (2010). Prevalência da síndrome de burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3), 502-512.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002a). As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao Burnout. In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 133-156). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002b). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 21-91). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paranaense de Psicologia*, 20(4), 5.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf). Acesso em 5 de setembro de 2010.
- Calderero, A. R. L., Miasso, A. I., & Corradi-Webster, C. M. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 51-62.
- Carlotto, M. S. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da SBPH*, 14(2), 7-26.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2004). Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 499-505.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2006). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*, 11(2), 167-173.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007a). Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudo de Psicologia (Campinas)*, 24(3), 325-332.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007b). Preditores da Síndrome de Burnout em professores. *Psicologia escolar e educacional*, 11(1), 101-110.
- Cavalheiro, A. M., Moura Júnior, D. F., & Lopes, A. C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 29-35.
- Cervo, A. L., Bervian, P. A., & Silva, R. da (2007). *Metodologia Científica*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Chamon, E. M. Q. O. de, Marinho, R. C. de, & Oliveira, A., L (2006). Estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e síndrome de Burnout: um estudo com a equipe de enfermagem de um hospital privado do Estado de São Paulo. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, 30. Brasília: ANPAD.
- Farias, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Folkman S., & Lazarus R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21(3), 219-239.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

- Galindo, R. H., Feliciano, K. V. de O., Lima, R. A. dos S., & Souza, A. I. de (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 46(2), 420-427.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante, M<sup>a</sup>. E. (2005). Variables predictoras del Burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 199(I), 5-13.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Guido, L. A. (2003). Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica. Tese de doutorado não-publicada, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 199pp.
- Jodas, D. A., & Haddad, M. C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192- 197.
- Kirchhof, A. L. C., Magnago, T. S. B. de S., Camponogara, S., Griep, R. H., Tavares, J. P., Prestes, F. C., & Paes, L. G. (2009). Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(2), 215-223.
- Lima, R. A. dos S., Souza, A. I., Galindo, R. H., & Feliciano, K. V. de O. (2013). Vulnerabilidade ao Burnout entre médicos de hospital público do Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1051-1058.
- Maslach, C. (1976). Burn-Out: the loss of human caring. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Medeiros, S. M., Ribeiro, L. M., Fernandes, S. M. B. de A., & Veras, V. S. D. (2006). Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(2), 233-240.
- Meneghini, F., Paz, A. A., & Lautert, L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 225-233.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & González, J. L. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.
- Moreno, F. N., Gil, G. P., Haddad, M. C. L., & Vannuchi, M. T. O. (2011). Estratégias e intervenções na Síndrome de Burnout. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 19(1), 140-145.

- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744.
- Rodrigues, A. B. (2006). Burn out e estilos de coping de enfermeiros que assistem pacientes oncológicos. Tese de doutorado não-publicada, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 169pp.
- Rosa, C. da, & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, 8(2), 1-15.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2011). Hacia una perspectiva psicosocial del burnout: cuando el trabajo "nos" quema... In E. A. Tomás, J. L. A. Estramiana, A. G. Luque, R. M. Centeno, & I. S. Gallo (Orgs.), *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad* (pp. 271-295). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Santos, O. A. S. G. S. (2007). Estresse e estratégias de enfrentamento: um estudo de caso no setor sócioprodutivo. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional, Universidade de Taubaté, 173pp.
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: manifestações de stress e burnout. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 67-74.
- Sarriá, A., Guardiã, J., & Freixa, M. (1999). *Introducción a la estadística en Psicología*. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona.
- Schmidt, D. R. C., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. D., & Oliveira, A. R. (2013). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(1), 13-17.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Silva, T. D., & Carlotto, M. S. (2008). Síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista SBPH*, 11(1), 113-130.
- Silva, D. C. M., Loureiro, M. F., & Peres, R. S. (2008). Burnout em profissionais de enfermagem em contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 6(1), 39-51.
- Souza, S. S., Costa, R., Shiroma, L. M. B, Maliska, I. C. A., Amadigi, F. R., Pires, D. E. P. de, & Ramos, F. R. Z. (2010). Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 449-55.
- Tamayo, M. R. (2009). Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(3), 474-482.
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T., & Borges, L. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: Um estudo com trabalhadores do município de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e o seu trabalho* (pp. 223-246). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002a). Burnout no trabalho. In A. M. Mendes, L. O. Borges, & M. C. Ferreira (Orgs.), *Trabalho em transição, saúde e risco* (pp. 43-63). Brasília: Finatec.

Tamayo, M. R., & Troccoli, B. T. (2002b). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(1), 37-46.

Vieira, I. (2010). Conceito de burnout: questões atuais de pesquisa e a contribuição clínica. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, 35(122), 269-276.

Vieira, I., Ramos, A., Martins, D., Bucasio, E., Benevides-Pereira, A. M., Figueira, I., & Jardim, S. (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria*, 28(3), 352-356.

Submetido em: 20/01/2014

Revisto em: 28/03/2015

Aceito em: 02/04/2015

### **Endereços para correspondência**

Renata Pimentel da Silva  
renata\_pimentels@hotmail.com

Silvânia da Cruz Barbosa  
silv.barbosa@gmail.com

Sandra Souza da Silva  
sandra.souza.psi@gmail.com

Danielle Figueiredo Patrício  
danny-figueiredo@hotmail.com

I. Doutoranda. Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

II. Docente. Departamento de Psicologia. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande. Estado da Paraíba. Brasil.

III. Docente. Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Campina Grande. Estado da Paraíba. Brasil.

IV. Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande. Estado da Paraíba. Brasil