

Fadiga e Estresse como preditores do Burnout em Profissionais da Saúde

Germano Gabriel Lima Esteves¹, Ana Adelaide Martins Leão, Esther de Oliveira Alves

Universidade de Rio Verde – UniRV, Rio Verde, Brasil

Palavras-chaves:

Burnout;
Estresse;
Saúde Ocupacional;
Saúde do Trabalhador;
Profissionais de Saúde.

Resumo

Objetivou-se conhecer em que medida os efeitos da fadiga e do estresse desencadeiam a Síndrome de Burnout (SB) em profissionais da saúde. Participaram 181 profissionais, com idade entre 21 a 62 anos (Média = 37,18; DP = 9,89), sendo 80,7% mulheres, de instituições públicas e privadas e de diversos estados. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: (1) Questionário sociodemográfico; (2) Questionário para a avaliação da Síndrome de Burnout (CESQT); (3) Escala de Avaliação da Fadiga; (4) Escala de Estresse no Trabalho (Job Stress Scale). Foram utilizadas estatísticas descritivas, teste Qui-Quadrado, correlação *r* de Pearson e Regressão Linear Múltipla. Os resultados indicaram a prevalência de um perfil de baixa SB (69,5%), seguido por um perfil deteriorado SB (20,6%). Ademais, a fadiga apresentou-se como a única preditora das dimensões da SB. Conclui-se que a fadiga, o apoio social e o controle como indicadores da SB.

Fatigue and Stress as a predictors of Burnout in Health Care Professionals

Keywords:

Burnout;
Stress;
Occupational Health;
Workers Health;
Health Professionals.

Abstract

The intent was to learn the extent to which the effects of fatigue and stress trigger Burnout Syndrome (BS) in health professionals. Study participants included 181 professionals, ages 21 to 62 (Mean = 37.18; SD = 9.89), being 80.7% women, from public and private institutions in various states. The participants answered the following instruments: (1) Sociodemographic questionnaire; (2) Questionnaire to Evaluate Burnout Syndrome; (3) Fatigue Evaluation Scale; (4) Job Stress Scale. Descriptive statistics, Chi-squared distribution test, Pearson correlation coefficient, and Multiple Linear Regression were used. The results indicated the prevalence of a low BS profile (69.5%), followed by a deteriorated BS profile (20.6%). In addition, fatigue was the only predictor of BS dimensions. It was concluded that fatigue, social support, and control are indicators of BS.

Fatiga y Estrés como predictores del Burnout en profesionales de la salud

Palabras clave:

Burnout;
Estrés;
Salud Ocupacional;
Salud del Trabajador;
Profesionales de la salud.

Resumen

Se objetivó conocer en qué medida los efectos de la fatiga y del estrés desencadenan el síndrome de Burnout (SB) en profesionales de la salud. Participaron 181 profesionales de instituciones públicas y privadas y de varios estados, con edades entre 21-62 años (media = 37,18, SD = 9,89), entre estos el 80,7% son mujeres. Los participantes respondieron a los siguientes instrumentos: (1) cuestionario sociodemográfico; (2) Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Burnout (CESQT); (3) Escala de evaluación de la fatiga; (4) Escala de estrés en el trabajo (Job Stress Scale). Se utilizaron estadísticas descriptivas, prueba Qui-Cuadrado, correlación *r* de Pearson y Regresión Lineal Múltiple. Los resultados indicaron la prevalencia de un perfil de baja SB (69,5%), seguido de un SB perfil deteriorado (20,6%). Además, la fatiga se presentó como la única predictora de las dimensiones de la SB. Se concluye que la fatiga, el apoyo social y el control son los indicadores SB.

¹ Endereço para correspondência:

Laboratório de Avaliação Psicológica – LAPRV – Campus Rio Verde, Fazenda Fontes do Saber, Rio Verde – GO, Brasil, CEP 75901-970. E-mail: germanoesteves@unirv.edu.br

Como citar este artigo:

Esteves, G. G. L., Leão, A. A. M., & Alves, E. O. (2019). Fadiga e Estresse como preditores do Burnout em Profissionais da Saúde. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 19(3), 695-702. doi: 10.17652/rpot/2019.3.16943

O relatório da Previdência Social Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999 reporta a Síndrome de Burnout (SB) como um transtorno mental e do comportamento relacionados ao trabalho (Brasil, 2012), contribuindo para o percentual de 20,76% de trabalhadores afastados por fatores ergonômicos e mentais (MPS, 2016). Especificamente, a SB afeta principalmente aqueles trabalhadores que estão em contato direto com usuários de serviços, como é o caso dos profissionais da saúde que estão expostos a situações de sofrimento e morte (Peckham, 2015).

Entre os fatores, que aparecem como antecessores da SB, está o estresse ocupacional, apontado como o principal indicador, que ao se tornar crônico, pode ser preceptivo da SB, entretanto, o aparecimento do transtorno em si pode levar décadas (Castro, 2013; Castro & Zanelli, 2007; Costa, Lima, & Almeida, 2003). Assim, a insuficiência de recursos para atender a demanda, a qualidade desse atendimento, a descrença, no que diz respeito aos valores da organização no qual está inserido, e as condições de precariedade dos serviços exercem influência nos níveis de estresse e, conseqüentemente, no aparecimento da SB, que podem acarretar no aparecimento de enfermidades como doenças cardiovasculares; problemas imunológicos; problemas de saúde mental como a ansiedade e depressão; falhas de memória (Andrade, Moraes, Tosoli, & Wachelke, 2015; Barcaui & Limongi-França, 2014; Mendonça, Coelho, & Júca, 2012; S. L. M. Silveira, Câmara & Amazarray, 2014).

Nesse contexto, ao passo que a SB e seus preditores são investigados, ao longo dos anos, novas variáveis preditoras surgem, por exemplo, o tempo de serviço, que apresenta relação com um maior nível de SB devido ao maior tempo de exposição aos eventos estressores, a frustração diante da ausência de suporte técnico para atender a população e algumas variáveis que exigem do profissional uma dedicação além do trabalho, como ter ou não filhos (S. L. M. Silveira et al., 2014).

Estresse Ocupacional

O estresse ocupacional pode ser definido como um processo relacional entre os aspectos cognitivos, emocional e motivacionais do indivíduo com o contexto organizacional (Coelho, Souza, Cerqueira, Esteves, & Barros, 2018; Mendonça et al., 2012; McShane & Von Glinow, 2014). Inserido nesse contexto, o modelo Demanda-Controle, proposto por Robert Karasek, compreende dois fatores: (1) a demanda, que pode ser entendida como as exigências e pressões psicológicas para realização das tarefas organizacionais (p.ex., prazos para realização de determinada tarefa e concentração para execução da tarefa); e (2) o controle, que refere-se à capacidade de tomada de decisão e utilização das habilidades intelectuais para realização do trabalho (Coelho et al., 2018; Takahashi, Sisto, & Cecilio-Fernandes, 2014). Posteriormente, foi adicionado um terceiro fator ao modelo, o apoio social, compreendido como o nível de interação social, existente no trabalho, com superiores e colegas de trabalho.

Nesse sentido, a união desses fatores acarreta em quatro condições de estresse ocupacional: (a) baixa exigência – não expostos ao estresse ocupacional (baixa demanda e alto controle); (b) trabalho ativo (alta demanda e alto controle); (c) trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); e, (d) alta exigência – maior exposição ao estresse ocupacional (alta demanda e baixo controle) (Karasek & Theorell, 1990).

Desse modo, um elevado nível de estresse ocupacional é um antecedente de algumas doenças, como a fadiga ocupacional, depressão, distúrbios do sono, transtornos psicossomáticos, lesões por esforços repetitivos e a SB (Gouveia et al., 2015; Mendonça,

2013; J. F. C. Silva, 2010). Em estudos anteriores, que objetivaram investigar a relação existente entre o estresse ocupacional e a fadiga com a SB, são reportadas correlações altas e significativas em todos os fatores, revelando que quanto maior for o nível de fadiga e estresse no trabalho, maior o índice de SB (Brandão, Serpa, Rosaldo, & Weingerg, 2014; Dalri, Silva, Mendes, & Robazzi, 2014). Nesse contexto, Rodrigues, Santos & Sousa (2017) realizaram uma revisão integrativa de estudos sobre a SB e o estresse em profissionais no ambiente hospitalar, indicando que o estresse e a SB acarretam uma vulnerabilidade associada a falta de apoio organizacional. Ademais, reporta-se ainda que a fadiga e o estresse no trabalho podem produzir uma menor qualidade no atendimento do paciente, intenção de sair do trabalho e maior frequência de erros clínicos (Farias, Araújo, Oliveira, Silva, & Miranda, 2017; Rodrigues et al., 2017).

Nesse contexto, pesquisas envolvendo a investigação da SB e seus preditores em profissionais da saúde vem aumentando cada vez mais ao longo dos anos, apontando índices elevados de SB em profissionais da saúde na atenção básica e em gestores municipais de saúde (Andrade et al., 2015; Cruz & Abellán, 2015; Santos, Vargas, & Reis, 2014).

Síndrome de Burnout

Adaptado à língua portuguesa como síndrome do esgotamento profissional ou estafa, a SB é caracterizada como uma síndrome psicossocial que ocorre em resposta aos estressores ocupacionais severos presentes no trabalho (Machado & Porto-Martins, 2015; Reatto, Silva, Isidoro, & Rodrigues, 2014). Epidemiologicamente falando, a prevalência da SB no Brasil se encontra em cerca de 78,4% dos profissionais de saúde (A. L. P. Silveira et al., 2016). Para sua avaliação o instrumento mais utilizado tem sido o MBI – Maslach Burnout Inventory, que é composto pelas seguintes dimensões: (1) exaustão emocional, referindo-se aos sentimentos de esgotamento dos recursos emocionais como a perda de energia, objetivos, entusiasmo; (2) despersonalização, correspondente à forma de lidar com os clientes e até mesmo os colegas de trabalho de forma impessoal, insensível e distante; e a (3) baixa realização profissional no trabalho, caracterizada pela tendência que o profissional tem de se autoavaliar de forma negativa, não-satisfeito com seu desenvolvimento profissional (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Embora o MBI – Maslach Burnout Inventory apresente um bom ajustamento quanto a sua fidedignidade e validade, demonstra uma insuficiência psicométrica, principalmente ao ser adaptado para outros idiomas, exceto o inglês (Gil-Monte, Carlotto, & Câmara, 2010). Nesse sentido, outro instrumento de avaliação que se apresenta como uma alternativa para avaliação da SB é o Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). O CESQT compreende a SB como uma resposta ao estresse laboral crônico e realiza a sua avaliação por meio de quatro dimensões: (1) Ilusão pelo trabalho, caracterizada pelas expectativas criadas em alcançar as metas, tanto profissionais quanto pessoais; (2) Desgaste psíquico, caracterizado como o esgotamento físico e emocional associadas ao trabalho; (3) Idolatria; correspondente à forma de lidar com os clientes e até mesmo os colegas de trabalho de forma impessoal, insensível e distante; (4) Culpa, referente aos sentimentos de culpa decorrentes da forma de lidar com os clientes, com o trabalho em geral (Gil-Monte et al., 2010). Nesse modelo, Gil-Monte (2005) apresenta a distinção entre dois perfis, a saber: perfil 1, que indica o aparecimento de sentimentos e comportamentos relacionados ao estresse organizacional, indicando um nível moderado e não incapacitante no trabalho. Caracteriza esse perfil baixos níveis

de ilusão pelo trabalho e culpa, altos níveis de desgaste psíquico e indolência; perfil 2, representa os casos clínicos mais deteriorados por avanço da SB, diferenciando-se do perfil anterior por um elevado nível de culpa. Dentre a sintomatologia que a SB apresenta, destacam-se fatores físicos, psíquicos e comportamentais: cefaleia e/ou enxaqueca, alterações de memória, desconfiança e paranóia, aumento do consumo de substâncias e o suicídio (Mendonça, Jucá, & Coelho, 2014).

S. L. M. Silveira et al. (2014) avaliaram profissionais atuantes na atenção básica, dividindo-os nos dois perfis do modelo, a saber: SB perfil 1 (SB moderada), em que 18% desses profissionais apresentaram preditores como transtornos mentais, cansaço, tempo de serviço e exposição a elementos laborais desfavoráveis no trabalho; e SB perfil 2 (SB elevada), em que as variáveis preditoras se repetiram indicando a semelhança no adoecimento nos dois perfis e a evolução da SB de um modo mais brando para um modo mais grave. Em outro estudo, com base no mesmo conceito e objetivo, a prevalência de SB foi verificada em 199 gestores municipais da saúde, que exercem um trabalho de extrema importância na unidade e lidam diretamente com atividades complexas de enfrentamento de problemas e resolução dos mesmos (Poletto et al., 2016). Nesse estudo, a maioria da amostra era do sexo feminino, com a faixa etária entre 35 e 50 anos, casada, com filhos, renda superior a sete salários mínimos, 66,3% tinham curso superior nas áreas da saúde (enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos), e exerciam a função de gestor há mais ou menos um ano, trabalhando mais de 8 horas diárias (Poletto et al., 2016). Os resultados encontrados no fator desgaste psíquico se apresentou como indicativo de SB, entretanto nos fatores ilusão pelo trabalho, indolência e culpa apareceram associados a baixos níveis da SB. Argumenta-se que os resultados baixos encontrados no fator ilusão pelo trabalho deve-se ao tempo de serviço, já que mais da metade exercia o cargo há mais ou menos um ano, e quanto a indolência, é possível que esses profissionais encarem seu trabalho como atraente, desafiador, e até encarem o estresse ocupacional como algo positivo (Poletto et al., 2016).

Investigando a relação dos níveis de fadiga, exaustão emocional, despersonalização, realização profissional, demanda, controle e apoio social, Mendonça et al. (2012), evidenciaram que quanto maior a demanda de trabalho, maior a exaustão emocional do indivíduo e menor a realização profissional deste. Quanto menor o controle e apoio social, maior o grau de exaustão emocional. Mais que isso, os escores obtidos revela a relação positiva entre demanda de trabalho e fadiga, concluindo que quanto maior a demanda de trabalho, maior a fadiga, e quanto maior o controle e apoio social, menor a fadiga. Desse modo, como mencionado anteriormente, a fadiga apresenta-se intimamente relacionada a SB.

Fadiga

A fadiga pode estar associada a diversas doenças (Alvarenga Filho, Carvalho, & Alvarenga, 2010), podendo ser compreendida como um frequente desgaste diário frente a um esforço realizado de forma exagerada que acomete a população em geral (Yang & Wu, 2005). Desde 1980, a Síndrome da Fadiga Crônica (SFC) é classificada no “*International Statistical of Diseases and Related Health Problems*” (CID 10 – G93.3) e caracterizada como uma síndrome relacionada a sentimentos de fraqueza física, exaustão após esforço mínimo, cansaço, apatia, fraqueza, marasmo, falta de energia, baixa capacidade funcional ou de realizar atividades costumeiras, e diminuição do desempenho organizacional (CID 10, 1997; *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*, 2013).

Nesse sentido, uma elevada carga de trabalho, altas demandas e poucos recursos são fatores de risco para a fadiga (Alves, Hokerberg, & Faerstein, 2013; Prochnow et al., 2013). Em outro estudo, Masson, Monteiro & Vedovato (2015) identificaram variáveis como a escolaridade ($\beta = 27,70$; $p < 0,001$), estresse ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$) e sonolência ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$) como associados a elevados níveis de fadiga. Ademais, Brandão et al. (2014) apontam uma relação positiva entre a SB e a fadiga ($r = 0,37$; $p < 0,5$).

Desse modo, diante da relevância do assunto, objetivou-se investigar em que medida os efeitos da fadiga e do estresse ocupacional desencadeiam o desenvolvimento da SB, considerando que (1) o nível de fadiga irá predizer de forma significativa o nível da SB, (2) nível de estresse irá predizer de forma significativa o nível da SB.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo correlacional e de comparação entre participantes, em que foram consideradas variáveis antecedentes (estresse no trabalho e fadiga) e consequente (Síndrome de *Burnout*).

Participantes

Contou-se com uma amostra de 181 profissionais atuantes na área da saúde (técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas e outros) de diversas instituições, de diversos estados (AL, PE, GO, DF, SP e BA), sendo a maioria de instituições públicas (58,3%; $f=109$), com nível técnico (34,2%; $f=64$); que realiza plantões (52,5%; $f=96$), do sexo feminino (80,7%; $f=151$), com idade média de 21 a 62 anos ($m=37,19$; $DP=9,89$) e com carga horária de trabalho variando entre 6 e 60 horas por semana ($m=36,75$; $DP=14,60$).

Instrumentos

Para a coleta de dados, os participantes foram solicitados a responderem quatro instrumentos de pesquisa descritos abaixo:

Questionário sociodemográfico. Constituído por dados como: sexo, idade, escolaridade, número de instituições em que trabalha, tipo das instituições, cargo que ocupa, carga horária (em horas trabalhadas) e número de plantões.

Questionário para la Evaluación del Síndrome por el Trabajo – CESQT. Elaborado por Gil-Monte (2005) e validado e adaptado para o contexto brasileiro por Gil-Monte et al. (2010). Os participantes responderam de acordo com uma escala variando entre 0 “Nunca” e 4 “Muito Frequentemente: todos os dias”. O inventário é constituído por quatro dimensões: (1) Ilusão pelo trabalho ($\alpha = 83$), composta por cinco itens (ex: “01. O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante”); (2) Desgaste psíquico ($\alpha = 80$), composta por quatro itens (ex: “08. Penso que estou saturado (a) pelo meu trabalho”); (3) Indolência ($\alpha = 80$), composto por seis itens (ex: “02. Não gosto de atender alguns pacientes.”); e (4) Culpa ($\alpha = 82$), composto por cinco itens (ex: “04. Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho”). Nesta pesquisa, os autores optaram pelo estabelecimento dos escores baixos e altos considerando o valor da mediana como ponto de corte. Assim, subdividiu-se cada dimensão em escores altos e baixos, a saber: Ilusão pelo Trabalho – baixo (0,20 a 3,20) e alto (3,21-4); Desgaste Psíquico – baixo (0,00 a 2,25) e alto (2,26 a 4); Indolência – baixo (0,00 a 0,83) e alto (0,84 a 3); Culpa – baixo (0,00 a 1,20) e alto (1,21 a 4). Ainda nesse sentido, com o intuito de interpretar os perfis descritos por Gil-Monte

(2005), procedeu-se a combinação das quatro categorias em três perfis, a saber: Perfil 1- forma moderada do mal-estar, mas que não incapacita o exercício do trabalho (baixa ilusão pelo trabalho, baixo sentimento de culpa, alto nível de desgaste psíquico e alto nível de indolência); Perfil 2 – casos clínicos mais deteriorados pelo desenvolvimento da SB (baixa ilusão pelo trabalho, alto sentimento de culpa, alto nível de desgaste psíquico e alto nível de indolência); e Perfil 3 – nesse perfil foram incluídos os participantes que não apresentaram um nível de SB elevado (alta ilusão pelo trabalho, baixo sentimento de culpa, baixo nível de desgaste psíquico e baixo nível de indolência).

Escala de Avaliação da Fadiga. Foi desenvolvida por Michielsen, De Vries, Van Heck, Van Vijver, e Sijtsma (2004) e adaptada por Gouveia et al. (2015). A escala apresenta uma solução unifatorial ($\alpha = 80$), formada por 10 itens (Ex: “02. Fico cansada muito rapidamente” e “07. Tenho problemas em pensar claramente.”), respondidas em escala de cinco pontos que variam de 1 “Nunca” a 5 “Sempre”, em que os participantes indicaram como tem se sentido nos últimos 30 dias decorrentes. Nesta pesquisa, assim como no CESQT, no intuito de gerar um critério de interpretação, os autores optaram por considerar o valor da mediana como ponto de corte para definir os escores altos e baixos, resultando em: Fadiga – baixa (1 a 2,70) e alta (2,71 a 4,40).

Escala de Estresse no Trabalho - Job Stress Scale – JSS. Originária do trabalho feito por Robert Karasek na década de 1980, formada por 49 perguntas e, posteriormente, apresentada em sua versão reduzida por Theorell em 1988, que foi validada para o contexto brasileiro por Alves, Chor, Faerstein, Lopes e Werneck (2004), sendo esta versão reduzida o instrumento adotado nessa pesquisa. O instrumento contém 17 itens respondidos em uma escala variando de 1 “Frequentemente” até 4 “Nunca/quase nunca” e divididos entre três fatores: Demanda ($\alpha = 79$), comporta por cinco itens (ex: “01. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?”); Controle ($\alpha = 67$), composto por 6 itens (Ex: “10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?”); e Apoio Social ($\alpha = 85$), composto por 6 itens (“Ex: 16. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.”). Nesta pesquisa, como nas escalas anteriores, os autores optaram por considerar o valor da mediana como ponto de corte para definir os escores altos e baixos de cada fator, gerando as seguintes divisões: demanda – baixo (6 a 16) e alto (17 a 20); controle – baixo (13 a 20) e alto (21 a 24); e, apoio social – baixo (9 a 18) e alto (19 a 35). Após, foram combinadas as categorias descritas no esquema do modelo Demanda-Controle de Karasek e Theorell (1990), a saber: (a) baixa exigência – não expostos ao estresse ocupacional (baixa demanda e alto controle); (b) trabalho ativo (alta demanda e alto controle); (c) trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); e, (d) alta exigência – maior exposição ao estresse ocupacional (alta demanda e baixo controle). Nesse estudo o fator apoio social foi considerada uma variável moderadora do estresse no trabalho.

Procedimentos de Coleta de Dados e Cuidados Éticos

Inicialmente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Rio Verde – Goiás, tendo sido aprovado (CAAE: 65209617.4.0000.5077), a aplicação foi realizada por meio do questionário eletrônico divulgado em redes sociais e grupos exclusivos de profissionais da saúde. Inicialmente os participantes foram esclarecidos do caráter voluntário e sigiloso, bem como o respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos e, após, obteve-se o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes que se voluntariaram. O tempo de coleta

dos dados foi de aproximadamente 20 a 25 minutos e não envolveu qualquer constrangimento ou risco aos respondentes.

Procedimentos de Análise de Dados

Os dados foram analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21), onde foram realizadas análises descritivas (frequência, percentual, média, desvio-padrão, erro-padrão e intervalo de confiança de 95%) com o objetivo de verificar em que medida as variáveis estudadas estavam presentes nos respondentes. Além disso, foram realizados testes de tomada de decisão (teste *t* de Student) para comparar os escores médios dos construtos aqui considerados em função dos perfis de SB e as categorias do modelo Demanda-Controle de Karasek e Theorell (1990). Foram realizadas análises de correlação *r* de Pearson para verificar o nível de relação entre as variáveis e teste qui-quadrado (χ^2), para identificar as possíveis diferenças de distribuição de frequência em função das variáveis categóricas (modelo Demanda-Controle e sexo) e da classificação dos escores dos participantes nos construtos avaliados. Também foram realizadas análises de Regressão Linear Múltipla (método *stepwise*), para verificar o nível de relação e em que medida as dimensões do estresse no trabalho e a fadiga (preditoras) explicam as dimensões da SB (critério).

Resultados

Inicialmente, procurou-se compreender em que medida o estresse no trabalho, a SB e a fadiga se apresentaram na amostra estudada por meio de análises descritivas de cada escala e seus fatores. Em relação aos perfis do CESQT constatou-se que na amostra estudada a maioria apresentou um nível baixo da SB (perfil 3) (69,5%; $f=98$), seguido por um nível mais deteriorado (perfil 2) (20,6%; $f=29$) e poucos reportaram um nível moderado da SB (perfil 1) (9,9%; $f=14$). Levando-se em conta os pontos de corte delimitados pela mediana, a análise do estresse no trabalho demonstrou que o controle percebido pelos profissionais pode ser interpretado como alto, seguido pelo apoio social e uma baixa demanda. Quanto aos escores para as quatro dimensões do CESQT, levando-se em conta o ponto de corte estabelecido, os resultados sugerem um perfil caracterizado por uma baixa Ilusão pelo Trabalho, um elevado Desgaste Psíquico, com elevada Culpa e elevada Indolência. Além do perfil já descrito, os participantes também se caracterizaram por uma elevada Fadiga, como reportado na Tabela 1.

Em um segundo momento, buscou-se analisar a existência de diferenças entre os escores médios de estresse no trabalho, SB e fadiga em função dos dados sociodemográficos e indicadores de atribuições laborativas (realização de plantões e tipo de instituição), por meio do teste *t* de Student.

Assim, como observado na Tabela 2, o teste *t* indicou que existe diferença estatisticamente significativa no desgaste psíquico enfrentado por profissionais de instituições privadas e os profissionais de instituições públicas. Em relação aos demais fatores das escalas não houve diferenças estatisticamente significativas (com nível de probabilidade associada de $p>0,05$) nos escores médios para situação de realizar ou não plantões.

Também foram conduzidas análises de correlação que indicaram existir relação entre a carga horária (em horas trabalhadas) do participante e os fatores de desgaste psíquico e indolência, ou seja, quanto mais horas trabalhadas, maiores serão os níveis existentes de desgaste psíquico e indolência (ver Tabela 3).

Tabela 1
Estatísticas descritivas para Estresse no Trabalho e Síndrome de Burnout e Fadiga

	M	DP	Mín-Máx	EP	IC de 95% LI, LS
Escala de Estresse no Trabalho (Job Stress Scale - JSS)					
JSS 1 – Demanda	15,32	2,73	6- 20	0,20	14,92, 15,73
JSS 2 – Controle	19,38	2,45	13 - 24	0,18	19,02, 19,74
JSS 3 – Apoio Social	18,21	3,82	9 - 35	0,28	17,65, 18,78
Questionário para a avaliação da Síndrome de Burnout (CESQT)					
CESQT 1 – Ilusão ao trabalho	2,96	0,86	0,20 - 4	0,64	2,83, 3,09
CESQT 2 – Desgaste psíquico	2,05	1,14	0 - 4	0,08	1,88, 2,22
CESQT 3 – Indolência	1,00	0,68	0 - 3	0,05	0,90, 1,10
CESQT 4 – Culpa	1,30	0,88	0 - 4	0,06	1,17, 1,43
Escala de Avaliação da Fadiga					
Fadiga	2,79	0,61	1 - 4,40	0,04	2,70, 2, 88

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; Mín-Máx – Mínimo e Máximo; EP = Erro Padrão; IC de 95%, LI, LS = Intervalo de Confiança de 95%, Limite Inferior, Limite Superior.

Tabela 2
Teste t de comparação entre tipo de instituição e o desgaste psíquico

	Média		t	p	d	IC 95%
	Públicas	Privadas				
Demanda no trabalho	1,82	2,29	2,379	0,019	0,42	-0,87 - -0,80

Tabela 3
Correlações r de Pearson entre a Carga horária, o desgaste psíquico e a indolência

Medidas	Carga Horária
Desgaste Psíquico	0,26*
Indolência	0,22*

Nota. *p<0,01

Já na Tabela 4, procurou-se avaliar o modelo demanda-controle em função de variáveis como sexo e apoio social verificando-se que não existem associações significativas no tocante ao sexo dos participantes, o que não acontece no tocante ao apoio social, em que verificou-se a existência de associações. Assim, a percepção de um baixo apoio social apresenta-se associada ao trabalho passivo e a alta exigência, sendo a alta percepção do apoio social associada à baixa exigência e ao trabalho passivo.

Tabela 4
Frequência e percentual das condições do modelo demanda-controle em função do sexo e apoio social

Categoria	Total	Modelo demanda-controle						p
		Baixa exigência	Trabalho ativo	Trabalho passivo	Alta exigência			
Toda amostra	n = 179	34 (19%)	25 (14%)	72 (40,2%)	48 (26,8%)			
Sexo								
Masculino	35 (19,6%)	2 (5,7%)	5 (14,3%)	17 (48,6%)	11 (31,4%)			0,162
Feminino	144 (80,4%)	32 (22,2%)	20 (13,9%)	55 (38,2%)	37 (25,7%)			
Apoio social								
Baixo	94 (52,5%)	9 (9,6%)	13 (13,8%)	41 (43,6%)	31 (33%)			0,006
Alto	85 (47,5%)	25 (29,4%)	12 (14,1%)	31 (36,5%)	17 (20%)			

Nota. Valor p associado ao teste de qui-quadrado (χ^2).

Tabela 5
Modelo de regressão predizendo Ilusão pelo trabalho a partir dos fatores da JSS e Fadiga

Variáveis predictoras	R	B	EP	B	T	p
Constante		0,70	0,75		0,92	0,35
Fadiga	-0,33(0,000)	-0,27	0,09	-0,19	-2,77	0,006
JSS 1 – Demanda	-0,18(0,012)	-0,00	0,02	-0,01	-0,016	0,873
JSS 2 – Controle	-0,42(0,000)	0,11	0,03	0,31	4,48	0,000
JSS 3 - Apoio Social	-0,41(0,000)	0,05	0,01	0,22	3,07	0,002
					r = 0,54	
					r ² = 0,29	
					r ² ajustado = 0,27	
					F(9,815) = 18,167; p = 0,000	

Nota. r = correlação r de Pearson; B (Unstandardized Coefficients) = inclinação da reta de regressão; EP = erro padrão (Std. error); β (Standardized Coefficients) = indicador da relação entre VD e VI; r² = Proporção de variância explicada; Razão F = Probabilidade associada ao r².

A análise de regressão indicou que 29% da variância da ilusão pelo trabalho pode ser explicada pelo modelo apresentado, indicando um bom ajuste [F(9,815) = 18,167; p = 0,000]. Nesse contexto, pode-se apontar que quanto maior a percepção de controle (β = 0,31; p = 0,000) e apoio social (β = 0,22; p = 0,002), maior o nível de ilusão pelo trabalho reportado pelo trabalhador. De modo oposto, quanto maior for o nível de fadiga (β = -0,19; p = 0,006) menor a ilusão pelo trabalho. Já a demanda (β = -0,01; p = 0,873) não parece explicar significativamente a ilusão pelo trabalho, como indicado na Tabela 5.

Tabela 6
Modelo de regressão predizendo Desgaste Psíquico a partir dos fatores da JSS

Variáveis predictoras	R	B	EP	B	T	p
Constante		0,93	0,75		0,24	0,215
Fadiga	0,68 (0,000)	1,03	0,09	0,55	10,69	0,000
JSS 1 – Demanda	0,29 (0,000)	0,04	0,02	0,09	1,90	0,058
JSS 2 – Controle	-0,31(0,000)	0,03	0,02	-0,08	1,59	0,112
JSS 3 - Apoio Social	-0,56(0,000)	-0,09	0,01	-0,30	-5,38	0,000
					r = 0,77	
					r ² = 0,60	
					r ² ajustado = 0,59	
					F(35,364) = 66,119; p = 0,000	

Nota. r = correlação r de Pearson; B (Unstandardized Coefficients) = inclinação da reta de regressão; EP = erro padrão (Std. error); β (Standardized Coefficients) = indicador da relação entre VD e VI; r² = Proporção de variância explicada; Razão F = Probabilidade associada ao r².

No que se refere ao desgaste psíquico o modelo mostrou-se responsável por 60% da variância do desgaste psíquico e com um bom ajuste aos dados [$F(35,364) = 66,119$; $p = 0,000$]. Nesse modelo níveis maiores de fadiga ($\beta = 0,55$; $p = 0,000$) e uma baixa percepção de apoio social ($\beta = -0,30$; $p = 0,000$) podem prever níveis maiores de desgaste psíquico. O nível de demanda ($\beta = 0,09$; $p = 0,058$) e a percepção de controle no trabalho ($\beta = -0,08$; $p = 0,112$) não explicaram significativamente o desgaste psíquico (Ver Tabela 6).

Tabela 7

Modelo de regressão predizendo Indolência a partir dos fatores da JSS e Fadiga

Variáveis preditoras	R	B	EP	B	T	p
Constante		0,75	0,62		1,21	0,228
Fadiga	-0,42(0,000)	0,37	0,08	0,33	4,64	0,000
JSS 1 – Demanda	0,18 (0,011)	0,01	0,01	0,06	0,087	0,384
JSS 2 – Controle	-0,21(0,004)	-0,02	0,02	-0,07	-1,07	0,286
JSS 3 - Apoio Social	-0,35(0,000)	-0,03	0,01	-0,18	-2,40	0,017
					$r = 0,48$	
					$r^2 = 0,23$	
					r^2 ajustado = 0,21	
					$F(4,913) = 13,374$; $p = 0,000$	

Nota. r = correlação r de Pearson; B (Unstandardized Coefficients) = inclinação da reta de regressão; EP = erro padrão (Std. error); β (Standardized Coefficients) = indicador da relação entre VD e VI; r^2 = Proporção de variância explicada; Razão F = Probabilidade associada ao r^2 .

O ajuste do modelo também se mostrou adequado aos dados [$F(4,913) = 13,374$; $p = 0,000$] com relação à indolência, sendo responsável por 23% da variância. O aumento no nível da fadiga ($\beta = 0,33$; $p = 0,000$) e uma baixa percepção de apoio social ($\beta = -0,18$; $p = 0,017$) podem explicar níveis elevados de indolência. Entretanto, não houve contribuição significativa da demanda ($\beta = 0,06$; $p = 0,384$) e da percepção de controle no trabalho ($\beta = -0,07$; $p = 0,286$), como indicado na Tabela 7.

Tabela 8

Modelo de regressão predizendo culpa a partir dos fatores da JSS e Fadiga

Variáveis preditoras	R	B	EP	B	t	p
Constante		-0,22	0,81		-0,28	0,780
Fadiga	0,36 (0,000)	0,38	0,10	0,26	3,70	0,000
JSS 1 – Demanda	0,26 (0,000)	0,05	0,02	0,17	2,48	0,014
JSS 2 – Controle	-0,10(0,0180)	0,02	0,02	0,07	1,00	0,316
JSS 3 - Apoio Social	-0,36 (0,000)	-0,05	0,01	-0,22	-2,83	0,005
					$r = 0,46$	
					$r^2 = 0,21$	
					r^2 ajustado = 0,19	
					$F(7,477) = 11,980$; $p = 0,000$	

Nota. r = correlação r de Pearson; B (Unstandardized Coefficients) = inclinação da reta de regressão; EP = erro padrão (Std. error); β (Standardized Coefficients) = indicador da relação entre VD e VI; r^2 = Proporção de variância explicada; Razão F = Probabilidade associada ao r^2 .

Conforme a Tabela 8, pode-se indicar que o modelo de predição da culpa foi responsável por 21% da variância e apresentou um bom ajuste [$F(7,477) = 11,980$; $p = 0,000$]. Pode-se dizer que níveis elevados de fadiga ($\beta = 0,26$; $p = 0,000$), demanda ($\beta = 0,17$; $p = 0,014$) conseguem prever maiores sentimentos de culpa. Inversamente, quanto maior o apoio social ($\beta = 0,22$; $p = 0,005$) menor será o sentimento de culpa. Além disso, o controle ($\beta = 0,07$; $p = 0,316$) não apresentou explicação significativa frente à culpa, como demonstrado na Tabela 7.

Discussão

Em comparação com algumas pesquisas anteriormente realizadas, a amostra estudada apresenta níveis semelhantes de estresse, fadiga e SB (p.ex., Borges, Argolo, & Baker, 2006; Chou, Li, & Hu, 2014; Mendonça, 2013; Mendonça et al., 2012). No entanto, outros estudos realizados com profissionais de saúde apresentaram resultados mais elevados (Lima, Farah, & Bustamante-Teixeira, 2018; Ribeiro, Marziale, Martins, Galdino, & Ribeiro, 2018; D. K. C. Silva et al., 2017).

Em consonância, estudos anteriores como o realizado por Mendonça et al. (2012) encontraram o mesmo padrão de um elevado controle, seguido pelo apoio social e uma baixa demanda em uma amostra de médicos. Os resultados também são consonantes com estudos anteriores no tocante à elevada fadiga em amostras de médicos (Mendonça et al., 2012) e profissionais da saúde em geral (Masson et al., 2015). Do mesmo modo, estudos como o de Borges et al. (2006) indicaram níveis de SB semelhantes aos encontrados na amostra estudada, caracterizado por um perfil de baixa realização profissional, elevada exaustão emocional e elevada despersonalização. Cabe destacar ainda, que no presente estudo utilizou-se o CESQT para avaliação da SB, porém, atualmente, a maioria dos estudos com profissionais da saúde tem adotado o Maslach Burnout Inventory (MBI), que é composto pelas dimensões de realização no trabalho, despersonalização e exaustão emocional. Para fins de comparação, adotou-se aqui a relação existente na literatura entre realização no trabalho e ilusão pelo trabalho, despersonalização e indolência e exaustão emocional e desgaste psíquico (Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005).

Verificou-se ainda que em estudos anteriormente realizados com profissionais da saúde são reportadas relações entre os níveis da SB e a carga horária, indicando que profissionais médicos com cargas horárias entre 40 e 50 horas semanais tendem a apresentar níveis mais elevados (Bovier, Arigoni, Schneider, & Gallacchi, 2009; Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Uaphanthasath, & Wiwatanadate, 2014). De modo semelhante, na amostra estudada, os elevados níveis de desgaste psíquico e indolência apresentaram relacionados ao aumento da carga horária. Em geral, o desgaste psíquico está associado a sobrecarga do trabalho e a indolência pode ser vista como uma estratégia de enfretamento a esse desgaste (Diehl & Carlotto, 2015; Maslach & Jackson, 1981). Além disso, outra condição do trabalho que se revelou importante para o desgaste psíquico foi o tipo de vínculo trabalhista (Celetista ou estatutário), com os profissionais de instituições privadas (celetistas) apresentando níveis mais elevados em relação aos profissionais de instituições públicas (estatutários). Uma possível explicação para esse resultado pode se referir a pouca estabilidade proporcionada pelas instituições privadas, o que gera uma insegurança financeira no trabalhador, indicando que a relação entre o tipo de vínculo e a SB pode estar mediada pela limitação econômica gerada (Goehring, Gallacchi, Künzi, & Bovier, 2005). A exemplo disso, estudos anteriores que não coletaram informações sobre a remuneração indicaram resultados contraditórios (Aguilera & García, 2010; Beltrán, Moreno, López, Estrada, & Chávez, 2005; Cubillo et al., 2012). Sugere-se que em estudos futuros essa relação seja explorada.

No tocante ao modelo demanda-estresse, os resultados indicam uma associação negativa entre níveis mais elevados de estresse no trabalho e a percepção de apoio social, o que também foi encontrado em outros estudos semelhantes (p.ex. Cubillo et al., 2012; Goehring et al., 2005). Os dados obtidos fornecem informações importantes no desenvolvimento da SB na amostra estudada, verificando-se que dois fatores do estresse no trabalho (controle e

apoio social) e a fadiga aparecem como indicadores no desencadeamento de um conjunto de indisposições características da SB, em específico a ilusão pelo trabalho, o desgaste psíquico e a indolência. Em relação dimensão de culpa, presente nos casos mais degenerados de SB (perfil 2- CESQT), a fadiga, a demanda e o apoio social, apresentaram-se como um indicador. Estes resultados corroboram com estudos anteriores (p.ex. Consiglio, 2014; Peckham, 2015), demonstrando que os aspectos interpessoais, como a percepção de interação social com colegas e chefes, exercem influência no surgimento da SB, guardando relações como a exposição ao sofrimento, sentimentos de aflição e até a mortes, no contexto de trabalhadores da saúde (Machado & Porto-Martins, 2015). Nessa mesma linha, observa-se que a demanda se apresentou como um indicador apenas para elevados níveis de SB, caracterizado por elevados níveis de culpa, indicando que os resultados parecem estar associados com a concepção de fadiga por compaixão (Figley & Stamm, 1996), que é compreendida como o processo de fadiga enfrentado pelo profissional que tem sua demanda ligada ao sofrimento alheio. Assim, o sentimento de culpa parece emergir da relação entre uma grande demanda e um esgotamento profissional incapacitante, em outras palavras, esse resultado pode ser um indicador de que o sentimento de culpa gerado no profissional da saúde pode ser resultante do esgotamento e da baixa percepção de efetividade do trabalho realizado, pela excessiva demanda.

O objetivo da presente pesquisa foi verificar em que medida os efeitos da fadiga e do estresse desencadeiam o desenvolvimento da SB em profissionais da saúde. Nesse sentido, conclui-se que elevados níveis de fadiga e baixos níveis de apoio social mostraram-se associados a níveis elevados de desgaste psíquico, indolência e culpa. Já baixos níveis de fadiga, controle e elevados níveis de apoio social apareceram como preditores da ilusão pelo trabalho. Ademais, elevados níveis de demanda foram associados apenas com a dimensão culpa. Nesse contexto, pode-se concluir ainda que o apoio social e a fadiga foram os melhores indicadores das dimensões da SB.

Assim, compreende-se que os resultados encontrados são relevantes no âmbito do trabalho, principalmente no que se refere aos aspectos de autonomia e apoio social, fatores essenciais no desenvolvimento da SB. Na prática, em programas de prevenção da SB, pode-se pensar em ações diferenciadas entre os grupos, viabilizando nos profissionais do Perfil 1 o apoio social, reforçando a comunicação entre os profissionais, e um maior envolvimento entre eles; e no Perfil 2, o controle, permitindo que o profissional tenha uma maior autonomia ao realizar suas atividades.

Apesar dos achados, é importante considerar um possível viés dos estressores presentes no cargo ou com relação ao sexo, como por exemplo, as tarefas domésticas. Além disso, deve-se ponderar que a presente pesquisa tem algumas possíveis limitações que devem ser consideradas (p.ex, o tamanho da amostra e o tipo de seleção amostral e o instrumento ainda ser recente no contexto brasileiro). Nesse contexto, destaca-se que mais pesquisas sobre essa população devem ser realizadas buscando suprir essas limitações por meio da adoção de delineamentos diferentes, como a realização de um estudo com dados longitudinais, abordando diferentes variáveis, como tempo de serviço e um segundo vínculo empregatício, ou especificando ainda mais o cargo ocupado, médico, enfermeiro, entre outros.

Referências

- Aguilera, C. E., & García, J. E. G. A. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) em médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 39(1):67-84. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60237-7
- Alvarenga Filho, H., Carvalho, S. R. D. S., Dias, R. M., & Alvarenga, R. M. P. (2010). Principais testes utilizados na avaliação de fadiga da esclerose múltipla: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46(2), 37-43. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n2/a0006.pdf>
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Revista Saúde Pública*, 38(2):164-71. doi: 10.1590/S0034-89102004000200003
- Alves, M. G. M., Hökerberg, Y. H. M., & Faerstein, E. (2013). Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(1), 125-136. doi: 10.1590/S1415-790X2013000100012
- Andrade, A. L., Moraes, T. D., Tosoli, A. M., & Wachelke, J. (2015). Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(3), 233-245. doi: 10.17652/rpot/2015.3.565
- Barcaui, A., & Limongi-França, A. C. (2014). Stress, coping strategies and quality of life: A survey of Brazilian managers. *Revista de Administração Contemporânea*, 18(5), 670-694. doi: 10.1590/1982-7849rac20141865
- Beltrán, A. C., Moreno, M. P., López, T. T., Estrada, J. S., & Chávez, S. F. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(3), 225-31. doi: 10.15381/anales.v66i3.1346.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 34-43. doi: 10.1590/S0102-79722006000100006
- Bovier, P. A., Arigoni, F., Schneider, M., & Gallacchi, M. B. (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among swiss primary care physicians. *European Journal of Public Health*, 19(6), 611-7. doi: 10.1093/eurpub/ckp056
- Brandão, M. R. F., Serpa, S., Rosado, A., & Weinberg, R. (2014). Psychometric properties of the Burnout Inventory for Referees. *Motriz: Revista de Educação Física*, 20(4), 374-383. doi: 10.1590/S1980-65742014000400003
- Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social. (2012). Previdência em questão. *Informativo Eletrônico*, 59. Brasília, Brasil. Recuperado de http://www.mps.gov.br/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf
- Castro, F. G., & Zanelli, J. C. (2007). Síndrome de Burnout e projeto de ser. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(2), 17-33. doi: 10.11606/issn.1981-0490.v10i2p17-33
- Chou, L. P., Li, C. Y., & Hu, S. C. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *British Medical Journal Open*, 4(2), 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004185
- Coelho, J. A.P.M., Souza, G. H., Cerqueira, C. L., Esteves, G. G. L., & Barros, B. R. N. (2018). Estresse como preditor da Síndrome de Burnout em bancários. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 18(1), 306-315. doi: 10.17652/rpot/2018.1.13162
- Consiglio, C. (2014). Interpersonal at work: anew burnout facet relevant for the health of hospital staff. *Burnout Research*, 1(2):69-75. doi: 10.1016/j.burn.2014.07.002
- Costa, J. R. A., Lima, J. V., & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(3), 63-71. doi: 10.1590/S0080-62342003000300008.
- Cruz, P. S., & Abellán, V. M. (2015). Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 543-552. doi: 10.1590/0104-1169.0284.2586
- Cubillo, A. C. M., Guevara, J. C., Bravo, M. J., Rigueira, M. J. P., Castro, M. L. G. & Sanz, A. G. (2012). Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Atención Primaria*, 44(9):532-9. doi: 10.1016/j.aprim.2010.05.021
- Dalri, R. C. M. B., Silva, L. A., Mendes, A. M. O. C., & Robazzi, M. L. C. C. (2014). Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 959-965. doi: 10.1590/0104-1169.3292.2503
- Diehl, L., & Carlotto, M. S. (2015). Síndrome de burnout: indicadores para a construção de um diagnóstico. *Psicologia Clínica*, 27(2), 191-179. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000200009
- Farias, M. K., Araújo, B. E. N., Oliveira, M. M. R., Silva, S. S., & Miranda, L. N., (2017). As consequências da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Cadernos de graduação*, 4(2), 259-270. doi: 10.19175/recom.v7i0.1383
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of the compassion fatigue self test. Em B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, & adaptation*. Lutherville, EUA: Sidran Press.

- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirâmide.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2010). Validação da versão brasileira do “questionário para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo” em professores. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 140-7. doi: [10.1590/S0034-89102010000100015](https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100015)
- Gouveia, V. V., Oliveira, G. F., Mendes, L. A. C., Souza, L. E. C., Cavalcanti, T. M., & Melo, R. L. P. (2015). Escala de avaliação da fadiga: adaptação para profissionais da saúde. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(3), 246-256. doi: [10.17652/rpot/2015.3.594](https://doi.org/10.17652/rpot/2015.3.594)
- Goehring, C., Gallacchi, M. B., Künzi, B., & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med WKLY*, 135(7-8):101-8. doi: [10.1186/s12875-018-0809-3](https://doi.org/10.1186/s12875-018-0809-3)
- Karasek, R., & Theörell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, EUA: Basic Books.
- Lima, A. S., Farah, B. F., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2018). Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 283-304. doi: [10.1590/1981-7746-sol00099](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00099)
- Machado, P. G. B., & Porto-Martins, P. C. (2015). Condições organizacionais enquanto terceiras variáveis entre burnout e engagement. *Diaphora*, 13(1), 35-44. Recuperado de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/83>
- Masson, V. A., Monteiro, M. I., & Vedovato, T. G. (2015). Trabalhadores da CEASA: fatores associados à fadiga e capacidade para o trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3):460-6. doi: [10.1590/0034-7167.2015680312i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680312i)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: [10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205)
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397)
- McShane, S. L., & Von Glinow, M. A. (2014). *Comportamento organizacional: Conhecimento emergente, realidade global* (6ª ed.). Porto Alegre, Brasil: AMGH.
- Mendonça, V. L. G. (2013). *Estresse ocupacional e fadiga como preditores da síndrome de burnout em médicos docentes* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, Brasil). Recuperado de <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1323>
- Mendonça, V. L. G., Coelho, J. A. P. M., & Júca, M. J. (2012). Síndrome de burnout em médicos docentes de uma instituição pública. *Psicologia em Pesquisa*, 6(2): 90-100. doi: [10.5327/Z1982-12472012000200002](https://doi.org/10.5327/Z1982-12472012000200002)
- Mendonça, V. L. G., Jucá, M. L., & Coelho, J. A. P. M. (2014). *Síndrome de Burnout: da compreensão ao diagnóstico e encaminhamento*. Maceió: Edufal.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., & Sijtsma, K. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue: The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 39-48. doi: [10.1027/1015-5759.20.1.39](https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.39)
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012/2014*. Porto Alegre, Brasil: ARTMED.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (Vol. 2, 10ª rev). São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo.
- Peckham, C. (2015). Physician burnout: it just keeps getting worse. *Medscape*. Recuperado de https://www.medscape.com/viewarticle/838437_3
- Poletto, N. A., Probst, L. F., Oliveira, T. L., Guerra, L. M., Ambrosano, G. M. B., Cortellazzi, K. L., . . . Possobon, R. F. (2016). Síndrome de burnout em gestores municipais da saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 24(2), 209-215. doi: [10.1590/1414-462X201600020005](https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020005)
- Prochnow, A., Magnago, T. S. B. S., Urbanetto, J. S., Beck, C. L. C., Lima, S. B. S., & Greco, P. B. T. (2013). Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1298-1305. doi: [10.1590/0104-1169.3072.2367](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3072.2367)
- Reatto, D., Silva, D. A., Isidoro, M. L., & Rodrigues, N. T. (2014). Prevalência da Síndrome de Burnout no setor bancário no município de Araçatuba (SP). *Archives of Health Investigation*, 3(2), 1-8. Recuperado de <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/662>
- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., & Ribeiro, P. H. V. (2018). Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. doi: [10.1590/1983-1447.2018.65127](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127)
- Rodrigues, C. C. F. M., Santos, V. E. P., & Sousa, P. (2017). Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1083-1088. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0194](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194)
- Santos, I. E. R., Vargas, M. M., & Reis, F. P. (2014). Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 324-335. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300008
- Silva, J. F. C. (2010). *Estresse ocupacional e suas principais causas e consequências* (Monografia de Especialização, Instituto A Vez do Mestre, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, Brasil). Recuperado de http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k213171.pdf
- Silva, D. K. C., Pacheco, M. J. T., Marques, H. S., Branco, R. C. C., Silva, M. A. C. N., & Nascimento, M. D. S. B. (2017). Burnout no trabalho de médicos pediatras. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 15(1), 2-11. doi: [10.5327/Z1679443520177032](https://doi.org/10.5327/Z1679443520177032)
- Silveira, S. L. M., Câmara, S. G., & Amazarray, M. R. (2014). Preditores da síndrome de burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(4):386-92. doi: [10.1590/1414-462X201400040012](https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040012)
- Silveira, A. L. P., Colleta, T. C. D., Ono, H. R. B., Woitas, L. R., Soares, S. H., Andrade, V. L. A., & Araújo, L. A. (2016). Síndrome de burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14(3), 275-84. Recuperado de <http://www.rbmt.org.br/details/121/pt-BR/sindrome-de-burnout--consequencias-e-implicacoes-de-uma-realidade-cada-vez-mais-prevalente-na-vida-dos-profissionais-de-saude>
- Takahashi, L. T., Sisto, F. F., & Cecilio-Fernandes, D. (2014). Avaliação da vulnerabilidade ao estresse no trabalho de operadores de Telemarketing. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 336-346. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300009
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work Stress*, 19(3), 238-55. doi: [10.1080/02678370500270453](https://doi.org/10.1080/02678370500270453)
- Yang, C. M., & Wu, C. H. (2005). The situational fatigue scale: a different approach to measuring fatigue. *Quality of Life Research*, 14(5), 1357-1362. doi: [10.1007/s11136-004-5680-0](https://doi.org/10.1007/s11136-004-5680-0)
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine* (London), 64(4), 279-286. doi: [10.1093/occmed/kqu009](https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009)

Informações sobre o artigo

Recebido em: 03/10/2018

Primeira decisão editorial em: 08/03/2019

Versão final em: 20/04/2019

Aceito em: 28/05/2019