



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO

DASHBOARD DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO METODOLÓGICO

FORTALEZA - CEARÁ

2022

CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO

DASHBOARD DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO METODOLÓGICO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA-CEARÁ

2022

CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO

DASHBOARD DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO METODOLÓGICO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 20 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dra. Raquel Sampaio Florêncio
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dra. Daniela Lucia Cavalcante Machado
Centro Universitário 7 de Setembro – Uni7

AGRADECIMENTOS

A toda minha rede de apoio nesses dois anos.

Meu esposo que foi companheiro e colaborador, me ajudando com a pesquisa e a cuidar de nossos filhos.

Minha mãe e irmã que ficaram na retaguarda cuidando também de meus filhos para que pudesse estudar.

A um verdadeiro anjo que foi minha orientadora, uma verdadeira mãe: paciente, compreensiva e que me ensinou muito.

A todos que, direta e indiretamente, contribuíram nesse processo de aprendizagem; professores, colaboradores anônimos, amigos e colegas.

E, por fim, à minha perseverança por manter minha sanidade mental e ter conseguido concluir essa pesquisa.

“A felicidade que mais repercute em nós é a que foi alcançada pelo esforço, pelo empenho que não nos dispensou da dor, do caminho árduo e da decepção. A felicidade que mais derrama alegrias sobre nós é a que sabemos ter merecido. A consciência não se engana. Troca grandes fatos herdados por pequenos feitos conquistados. Ela sabe tudo. Felicidade sem esforço é desprovida de valor. Pode até provocar encantos em outros, mas não provoca em quem a hospeda”.

(Pe. Fábio de Melo)

RESUMO

O tema dessa dissertação foi pensado ao longo dos anos de vivência da pesquisadora na Atenção Primária à Saúde e observando como os profissionais dessa área vinham sofrendo com problemas de saúde mental relacionados ao trabalho. Viu-se, com o surgimento da pandemia COVID-19, essa problemática aumentar e se tornar mais visível aos olhos da sociedade. Os profissionais da APS, por serem a porta de entrada desses serviços, sofreram e ainda sofrem com a demanda de assistência que os são exigidas. O estresse ocupacional, ou síndrome de Burnout é uma questão de saúde pública, que deve ser estudado e divulgado. Percebendo que existem poucos trabalhos voltados para esse assunto, decidiu-se trabalhar a questão da prevalência estimada da Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde da APS. Por meio de um estudo metodológico, foi feita uma revisão de escopo e para coleta de dados utilizou-se instrumento validado nacionalmente; para monitorar e avaliar os dados encontrados o pesquisador propôs a criação de um Dashboard voltado para a predição da prevalência da SB entre esses profissionais. Os resultados encontrados demonstram altos índices da SB nas três categorias estudadas, contudo teve um ponto positivo, todos os participantes apresentaram altos índices de satisfação pessoal. O produto trouxe um alerta para os gestores em saúde, acerca da doença e procurou despertar a atenção para essa questão e, por meio disso, fomentar mudanças.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Atenção Primária a Saúde. Dashboard. Estudo metodológico.

ABSTRACT

The theme of this dissertation was thought over the years of experience of the researcher in Primary Health Care and observing how professionals in this area had been suffering from work-related mental health problems. With the emergence of the COVID-19 pandemic, this problem has been seen to increase and become more visible in the eyes of society. PHC professionals, as they are the gateway to these services, suffered and still suffer from the demand for assistance that is required of them. Occupational stress, or Burnout syndrome, is a public health issue that must be studied and disseminated. Realizing that there are few studies focused on this subject, it was decided to work on the issue of the estimated prevalence of Burnout Syndrome in PHC health professionals. Through a methodological study, a scope review was carried out and a nationally validated instrument was used for data collection; to monitor and evaluate the data found, the researcher proposed the creation of a Dashboard aimed at predicting the prevalence of BS among these professionals. The results found demonstrate high levels of BS in the three categories studied, however there was a positive point, all participants had high levels of personal satisfaction. The product brought an alert to health managers about the disease and sought to draw attention to this issue and, through this, promote changes.

Keywords: Burnout Syndrome. Primary Health Care. Dashboard. Methodological study.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de bairros, área, população, densidade demográfica e IDH.....	13
Quadro 2 – Lista do número de UAPS, de equipes da ESF, médicos, enfermeiros e dentistas por regional.....	16
Quadro 3 – Instrumento de validação de aparência de tecnologia educacional em saúde, Fortaleza-Ceará, 2021.....	16
Quadro 4 – Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, Fortaleza-Ceará, 2021.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEPPE	Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais.
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IVATES	Instrumento para Validação de Aparência de Tecnologias Educacionais em Saúde
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings of U.S
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses
PSF	Programa Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	A atenção básica no mundo e no Brasil	16
2.2	A Estratégia de Saúde da Família	18
2.3	Saúde do trabalhador	20
2.4	Síndrome de burnout	22
3	OBJETIVOS	26
3.1	Objetivo geral	26
3.2	Objetivos específicos	26
4	MÉTODO	27
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Local do estudo	27
4.3	População e amostra	30
4.4	Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados	31
4.5	Análise dos dados	31
4.6	Aspectos éticos	33
5	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO DASHBOARD	35
5.1	Escolha dos Juízes especialistas	35
5.2	Validação de conteúdo e aparência do DASHBOARD com os Juízes Especialistas	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1	Artigo 1	37
6.2	Artigo 2	44
6.3	Artigo 3	61
7	CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO	73
8	REGISTRO DO PRODUTO (DASHBOARD)	74

REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A – CARTA CONVITE PARA JUÍZES	79
APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS PARTICIPANTES.....	81
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
APÊNDICE D – DASHBOARD NA ÍTEGRA.....	84
APÊNDICE E – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	100
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	103
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	104

1 INTRODUÇÃO

Há exatos 21 anos atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, podemos vivenciar várias realidades e situações geradoras de estresse e adoecimento nos profissionais atuantes nessa área. Tendo em vista esse contexto surgiu a inquietação e o interesse em trabalhar o tema do estresse ocupacional nos profissionais da atenção primária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil como forma de reorganizar o modelo de assistência a partir da atenção básica. Vem promover a organização das ações de saúde via território definido e intenciona enfrentar e solucionar problemas detectados nesse território. Os profissionais da ESF atuam junto à comunidade, família e indivíduo onde a realidade dessa população fica muito mais próxima (LACERDA et al., 2016).

Na Atenção Primária os profissionais têm o compromisso de atender às diversas demandas dos usuários que buscam os serviços de forma a prestar o melhor atendimento possível, acolhendo-os com humanização e integralidade. Esses profissionais têm estreito vínculo com o território onde desenvolvem suas atividades junto à comunidade e o indivíduo numa perspectiva familiar e global de suas necessidades e demandas. Por esta razão a realidade do usuário fica próxima ao profissional, com seus problemas de diversas ordens, sejam elas pessoais, profissionais ou de gerenciamento, e que oferecem limitações internas, relacionadas às questões do próprio profissional em relação ao trabalho; e externas, relacionadas a gestão do trabalho em si que não depende diretamente do profissional. Essa particularidade acaba expondo os trabalhadores a riscos físicos e/ou psicossociais que podem culminar com um adoecimento por estresse ocupacional (LACERDA et al., 2016).

Por essa razão o contexto de trabalho acaba impondo a esses profissionais o enfrentamento diário de adversidades, doenças e até mortes. Esses fatores somados a baixos salários, instalações físicas precárias, carga de trabalho excessiva, conflitos entre os gestores locais e regionais, acabam gerando insatisfação e estresse e adoecimento desses profissionais. (SOUSA; ARAUJO, 2015)

E as intensas mudanças vivenciadas pela sociedade nos dias de hoje, tais como: doenças, fatores econômicos e sociais e relacionados ao processo laboral, refletem diretamente no cotidiano dos trabalhadores, tornando-os cada vez mais susceptíveis às demandas exigidas pelo ambiente de trabalho. As dificuldades em conciliar a vida pessoal com a profissional geram desgastes físicos e psicossociais que podem vir a desencadear várias

enfermidades. (SOUSA; ARAUJO, 2015). Todo esse contexto é um possível gerador de doenças ocupacionais.

A saúde ocupacional tem sido discutida pela comunidade científica e sociedade em geral, em decorrência da necessidade pessoal ou coletiva. A sociedade reconhece essa relevância, por causa da repercussão que o estresse causa não só no âmbito profissional, mas também no pessoal e social (ANDRADE; ALBUQUERQUE, 2011). Principalmente no contexto atual os profissionais da saúde têm se mostrado uns dos mais acometidos por essas doenças.

Os trabalhadores da saúde têm sido alvo de muitas situações geradoras de estresse na execução de suas atividades laborais. Trabalhar na área da saúde requer um contato próximo com as pessoas que estão fragilizadas pelo seu estado de saúde e que demandam cuidados diários. Essa proximidade física e emocional do trabalhador com esses pacientes pode fragilizar esses profissionais e vir a deixá-los estressados. O desgaste físico e mental proporcionado pelo ambiente de trabalho é o que gera o estresse ocupacional ou Síndrome de Burnout (SB) (ALMEIDA et al., 2016).

A SB tem sido vista como uma importante questão de saúde pública geradora de riscos para o trabalhador, principalmente devido a fatores relacionados a carência de gestão adequada, centralização de tomadas de decisões e influência política na gestão de pessoal vinculados a precarização das condições de trabalho. Por se tratar de uma síndrome decorrente do estresse crônico, típico do dia a dia do trabalho, especialmente, quando existem conflitos, pressão e pouco reconhecimento, aliados a alguns fatores de risco para os profissionais da saúde, tais como: lidar com a dor, sofrimento físico e mental e social das pessoas; limitações de profissionais, conflitos entre membros da equipe, carga de trabalho elevada e ambiente extremamente estressor, dentre outros (HOLMES; SANTOS; FARIAS, 2014).

A SB é caracterizada pela: exaustão Emocional que é considerada o primeiro alerta para a síndrome, e se caracteriza por fadiga intensa, falta de forças para enfrentar o trabalho e a sensação de estar sendo exigido além de sua capacidade física e emocional. Já a Despersonalização se refere ao distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho e as pessoas. Por fim, a Baixa Realização no trabalho que se caracteriza pela falta de perspectiva no trabalho, sentimento de frustração, incompetência e fracasso (HOLMES; SANTOS; FARIAS, 2014).

Na contramão de tudo que foi exposto nos parágrafos anteriores sobre o estresse ocupacional, está a psicologia positiva que é vista como uma felicidade que frequentemente decorre de experiências emocionais positivas sobrepondo-se às negativas. Trata-se de estudar os sentimentos, emoções, relações de trabalho, familiares e sociais e por fim comportamentos positivos que objetivam a felicidade do ser humano. Essa corrente de pensamento vem resgatar o caráter preventivo que por muitos anos fora esquecido pelos profissionais atuantes da saúde mental, que só focalizavam na doença (COMIN; SANTOS, 2010).

Trabalhos voltados para os profissionais da atenção primária sobre a Síndrome de Burnout ainda são poucos e principalmente relacionando com a psicologia positiva, praticamente inexistente. Fomentando assim, a necessidade de cuidados com a saúde mental desses profissionais que atuam na porta de entrada do sistema Único de saúde-SUS. Percebendo-se que apesar do interesse pelo tema, o assunto é pouco conhecido entre os trabalhadores e a população em geral (SILVA et al., 2015).

Diante da problematização exposta surgiu o seguinte questionamento: Quais elementos devem compor um dashboard identificador da síndrome de burnout para que tenha evidência de validade?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A atenção básica no mundo e no brasil

A primeira vez que se falou em Atenção Primária à Saúde (APS), foi em 1920 com o Relatório Dawson, um documento do governo inglês, que trazia a ideia de um modelo de atenção voltado aos centros de saúde primários e secundários. Os centros de saúde primários eram organizados de forma regionalizada e hierarquizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos generalistas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na Inglaterra, em 1948 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (NHS) que preconizava a organização de um sistema descentralizado e pluralista que ficava sob o controle municipal. Mas somente em 1974 é que ocorreu a primeira grande reforma no sistema, onde foram criadas as autoridades regionais (CONILL, 2008).

No Canadá em 1970/71, o Governo Federal estabeleceu os princípios da cobertura universal; e a cidade de Québec utilizando esses princípios realizou uma reforma inovadora. Os estabelecimentos usados como porta de entrada eram organizados por regiões de forma hierarquizada; de onde surgiram os *Centres Locaux des Services Communautaires* (CLSC), no qual o conselho administrativo era na sua maioria constituído por usuários e que prezava pela integralidade da atenção e os cuidados eram focados na família e comunidade.

Somente nas décadas de sessenta e setenta, com a crise gerada pela expansão dos serviços especializados é que ressurgem programas voltados para atenção primária nas ações governamentais de diversos países. A partir daí, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a dar destaque na agenda das políticas públicas. Foi em 1978 que a OMS organizou a I Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde, ocorrido em Alma-Ata, Cazaquistão; e de onde se buscou a definição para APS (FAUSTO; MATTA, 2007).

No Brasil dos anos 20, com o surgimento dos centros de saúde escola até a atualidade vimos várias tentativas de organizar a APS no país. Esses centros de saúde inicialmente foram propostos pelo médico Geraldo Honório Paula Souza em São Paulo que visava ações integrais com ênfase na educação sanitária e promoção da saúde (LAVRAS, 2011)

Nos anos 40, a Atenção Primária era voltada para os serviços desenvolvidos pelo SESP (Serviço Especial de Saúde Pública); que desenvolviam atividades preventivas e curativas com campanhas sanitárias, assistência domiciliar e médica ambulatorial nos moldes norte-americanos (FAUSTO, 2007).

Em 1960 foi criada a Fundação SESP, após o fim do contrato internacional que vinha desde 1942. Essa organização teve uma atuação marcante no Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país com prestação de serviços de saúde pública e de assistência médica (LAVRAS, 2011).

Também nessa época, começaram a se desenvolver pelo país os primeiros programas de integração docente-assistencial que eram realizados pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), vinculados às escolas de medicina. Visavam a interiorização da medicina. As propostas de assistência que surgiam desses programas já traziam como questão central o fato de não apenas construir um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mais sim um modelo democrático e inclusivo socialmente (FAUSTO, 2007).

Na década de 70, surgiram as primeiras experiências da medicina comunitária embalada pelo movimento da reforma sanitária e com o apoio das universidades e que marcaram também a participação dos municípios no desenvolvimento da APS (LAVRAS, 2011).

Também nos anos 70 ocorreram diversas iniciativas que procuravam ampliar as práticas nos centros de saúde que prestavam serviços de saúde pública para as comunidades mais pobres, em destaque temos o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) que atuavam no Nordeste e depois foi expandido para todo o país (CONILL, 2008)

Nesse programa, as ações de saúde eram voltadas para uso de tecnologias mais simples e utilizavam agentes de saúde residentes nas comunidades que atuavam. O PIASS contribuiu para uma redefinição das políticas públicas, principalmente no que se refere às ações descentralizadas, dando mais força aos estados e municípios. Propôs a atenção primária como porta de entrada e viabilizou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, que deveriam ser uma rede única (FAUSTO, 2007).

No início dos anos 80 com a redemocratização acontecendo no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), onde os governos municipais e estaduais puderam estabelecer convênios com o governo federal de forma menos radical e política e também como marco da participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas públicas (SCOREL, 2012).

A APS foi defendida e garantida com a criação do SUS na Constituição Federal de 1988. Mas somente com a municipalização do SUS no início dos anos 90 é que se pode perceber uma estruturação mais uniforme da APS pelos municípios do país com incentivo do MS no que tange a normatização e financiamento (LAVRAS, 2011).

Em uma perspectiva histórica a APS só ganhou mais visibilidade e organização com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e posteriormente a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (FAUSTO, 2007).

2.2 A Estratégia de Saúde da Família

Inicialmente, em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o intuito de reduzir as mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres do país. A partir da experiência vivenciada pelo estado do Ceará com o PACS. Nesse momento o MS percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde nos municípios e começa a focar a família com centro dos cuidados, não mais somente o indivíduo. Inaugurando a noção de uma abordagem familiar (ROSA; LABATE, 2005).

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) como uma forma de reorganizar a APS no país. Para o MS, o programa é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (ROSA; LABATE, 2005).

A portaria GM Nº 648 de 28 de março de 2006, reconhece o PSF como uma estratégia e aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), do PSF e do PACS. A AB tem como princípios gerais e é caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural na busca de sua promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

A decisão política de reorganizar as redes de assistência à saúde através de ações que visassem a universalização do acesso à população à atenção básica e fortalecesse o

processo de descentralização, marcado pelo advento do SUS, foi o pontapé inicial para implementação da Estratégia saúde da família (ESF) nos municípios brasileiros. Essa decisão governamental de implementação de ESF superou os limites temporais e a visão limitada de um programa setorial de saúde. A estratégia surgiu essencialmente como uma forma de estruturar o sistema público de saúde, já que havia ocorrido um redirecionamento nas prioridades das ações em saúde em virtude de sua nova filosofia; e da consolidação dos princípios do SUS (ANDRADE et al., 2007).

A Estratégia Saúde da Família é considerada um modelo de atenção primária à saúde com foco na unidade familiar que é construída e opera no âmbito da esfera comunitária. Esse modelo de atenção permite a prevenção de inúmeras patologias de significância epidemiológica e a resolutividade de cerca de 90% das demandas da comunidade (ANDRADE et al., 2007).

Em 2011 o MS atualiza a PNAB pela portaria nº 2.488 de 21/11/2011 que inclui o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, integralidade, visando o indivíduo e família. Permite a realização de discussões de casos clínicos; o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e possibilita a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2011).

A portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015, dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); que tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

Suas diretrizes são: definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica; estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e

municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2015).

A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM nº 6 de 28 de setembro de 2017. Para o ano de 2020, foi publicado, por meio da Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, um total de sete indicadores, os quais abrangem as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) (BRASIL, 2019).

Na saúde pública, em especial na AB, em decorrência da crescente expectativa da sociedade pela busca do serviço e a melhoria em sua qualidade, é mandatório a necessidade de qualificação das estruturas e no processo de atenção à saúde. Todavia, um aspecto pouco explorado na avaliação da qualidade da atenção diz respeito aos profissionais que atuam na ESF, os quais são responsáveis direto pelo atendimento dos usuários desse serviço. As necessidades desse público impõem cada vez mais que os profissionais tenham habilidades específicas, técnicas e interpessoais (CARLOTTO, 2016).

Os profissionais da AB têm o compromisso de atender às diversas demandas dos usuários que buscam os serviços de forma a prestar o melhor atendimento possível, acolhendo-os com humanização e integralidade. Por essa razão o contexto de trabalho acaba impondo a esses profissionais o enfrentamento diário de adversidades, doenças e até mortes. Esses fatores somados a baixos salários, instalações físicas precárias, carga de trabalho excessiva, conflitos entre os gestores locais e regionais, acabam gerando insatisfação e estresse e adoecimento desses profissionais.

2.3 Saúde do trabalhador

A Saúde do Trabalhador (ST) é contemporânea ao movimento da reforma sanitária no país; mas com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ganhou mais

repercussão. Em dezembro de 86 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, onde foram divulgadas as experiências de implantação das redes de serviços de ST (GOMES et al., 2018).

Nas últimas décadas a sociedade brasileira vem avançando nas políticas públicas no que concerne à saúde do trabalhador, que incluem desde ações assistenciais e de promoção e prevenção; como também a vigilância de agravos à saúde relacionados ao trabalho. No entanto, esses avanços ainda são incipientes para apresentarem um cenário de melhoria dos indicadores nacionais, devido a vários fatores que dificultam a solidificação dos programas e ações voltadas à saúde do trabalhador (SANTOS et al., 2018).

A portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que tem como princípios e diretrizes: universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e precaução (BRASIL, 2012).

Essa política tem como objetivos: fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede; ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (BRASIL, 2012).

O trabalho é uma atividade que, na sua grande maioria, ocupa boa parte do tempo do indivíduo, privando-o de seu convívio social. O trabalho faz parte da natureza humana e através dele o homem constrói o mundo e se constrói. As mudanças que vem ocorrendo atualmente no mundo globalizado em relação ao trabalho, onde a competição é grande, e a cobrança de se produzir mais e mais rápido evitando desperdícios; acabam sendo geradoras de

desgastes físicos e emocionais. Nessa nova concepção organizacional, são exigidas mais qualificação e competência do trabalhador. Como consequência, novas doenças surgem, dentre elas a síndrome de *Burnout* (PÊGO; PÊGO, 2016).

Segundo Fernandes et al. (2019), o trabalho possibilita ao ser humano um crescimento pessoal e profissional, além de independência e reconhecimento, no entanto, as constantes mudanças e cobranças impostas ao indivíduo por um processo de trabalho desgastante podem gerar, problemas com sintomas físicos e psíquicos. Que podem ser decorrentes da violência das atividades às quais são expostos ou o desgaste físico vivenciado.

A percepção do trabalhador em relação ao seu ambiente de trabalho pode ser apresentada como um eixo norteador que transcende as esferas socioeconômica e culturais. A satisfação profissional traz um conceito de bem-estar e empatia para a atividade laboral exercida. Contudo, existem fatores no ambiente de trabalho que contribuem para que esse trabalhador se sinta satisfeito ou insatisfeito com seu trabalho (FERNANDES et al., 2019).

O desgaste físico e mental ocasionado pelo estresse do trabalho é o causador da síndrome de *Burnout* (ALMEIDA, 2016).

2.4 Síndrome de burnout

O Termo *Burnout* tem origem inglesa e significa algo que deixou de funcionar por falta de energia. O conceito surgiu nos Estados Unidos na década de 70 para explicar os danos aos cuidados e atenção, gerados pelos trabalhadores de organizações (PÊGO; PÊGO, 2016). Ela foi descrita pela primeira vez em 1974 pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger, como sendo um conjunto de sintomas inespecíficos, médico, biológico e psicossociais no ambiente laboral; como resultado de uma demanda excessiva de energia, que acometem principalmente os profissionais de saúde (SILVEIRA et al., 2016).

A síndrome de *Burnout* também é chamada de esgotamento profissional ou esfera profissional e surge em decorrência da cronificação de um processo estressor, é resultante de pressões emocionais repetitivas no ambiente de trabalho.

Esse processo de estresse é definido como uma resposta às demandas do ambiente externo que o ser humano lida diariamente e que podem acabar gerando um estresse crônico e levando ao esgotamento profissional que é um dos indicativos da síndrome de *Burnout* (LACERDA, 2016).

Segundo Trindade (2019) a Síndrome de *Burnout* vem atingindo as diversas categorias profissionais em todas as etapas de vida laboral, contudo as profissões que exigem um contato interpessoal mais próximo são as que tem a maior chance de desenvolver a

doença, entre elas, encontram-se os profissionais de saúde. Ela está relacionada ao trabalho e decorre da exposição prolongada ao estresse laboral e falta de apoio social, o que acaba gerando desgaste físico e psíquico no trabalhador.

Na atualidade a maior autoridade no assunto é a psicóloga americana Cristina Maslach, que leciona na Universidade da Califórnia e que desde a década de 70 produz estudos sobre o assunto. A partir de 1981 com Maslach e Jackson *Burnout* vem sendo determinada por três dimensões essenciais: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Baixa Realização Pessoal (RP) (CASTRO, 2013).

A exaustão emocional é a sensação de falta de energia ocasionado pelo desgaste mental e físico; a despersonalização é vista como o distanciamento que o profissional tem em relação ao cliente, por vezes tratando-o de forma desumana e atitudes impessoais; a baixa realização pessoal está ligada ao sentimento de insatisfação com o seu desempenho e sua incapacidade, causando assim, frustração, baixa autoestima e podendo gerar depressão (ALMEIDA, 2016).

Segundo Ramos (2019), o modelo teórico de Maslach determina que a dimensão EE é precursora do desenvolvimento da síndrome de Burnout, seguida pelas dimensões DP e pela baixa RP .

Para Paschoal e Tamayo (2004), conceituar o estresse ocupacional a partir do pressuposto do estresse organizacional, nos permite diferenciar dois tipos de estudo: os de estresse ocupacional e os de estresse em geral. O primeiro enfoca estressores relacionados ao ambiente de trabalho e o último, estressores gerais da vida do indivíduo. A abordagem com enfoque nos estressores organizacionais têm contribuído para a identificação de demandas organizacionais potencialmente geradoras de estresse. Contudo, é necessário atentar para o fato de que fatores cognitivos têm um papel central no processo que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo a eles. A existência de um evento potencialmente estressor na organização não quer dizer que ele será percebido desta forma pelo indivíduo.

A definição de estresse ocupacional para Paschoal e Tamayo (2004) surge a partir das respostas a eventos estressores. A principal dificuldade nesta abordagem refere-se ao fato de estabelecer se determinados comportamentos, estados afetivos e problemas de saúde são consequências de estressores organizacionais ou de outros contextos e eventos da vida do indivíduo.

Atualmente a SB é considerada um problema de saúde pública, tendo em vista que sua incidência tem aumentado significativamente nos últimos anos em todo o mundo,

incluindo o Brasil. Devido a esses altos índices a SB traz um impacto negativo na condução dos pacientes e na segurança de sua saúde (SILVEIRA et al., 2016).

A partir do Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999 que Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências, em seu Anexo II que trata sobre agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, inseriu na lista B, a síndrome de Burnout, no título sobre transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10) (BRASIL, 1999).

O Ministério da Saúde a partir da portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999, instituiu a lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, e incluiu a Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0).

A SB é reconhecida mundialmente como um grande problema psicossocial que afeta diretamente a qualidade de vida de profissionais das mais distintas áreas; afetando principalmente aqueles que atuam diretamente com cuidados à saúde, virando uma importante questão ocupacional e social. Essa síndrome gera implicações financeiras negativas, tendo em vista, as aposentadorias precoces, absenteísmo e rotatividade de trabalhadores (SILVA et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir desse ano de 2022 inclui oficialmente a Síndrome de Burnout na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e foi definida como “como resultado do estresse crônico no trabalho que não foi gerenciado com sucesso” (REVISTA VC S/A, 2022).

Apesar da mudança, a doença continuará sendo considerada um problema de saúde mental e um quadro psiquiátrico.

O predomínio da SB entre os profissionais que exercem atividades de alto desgaste, demonstra que essa síndrome está relacionada com a falta de autonomia, excessiva carga de trabalho, com o desempenho de várias funções e o baixo apoio social. Aqueles profissionais que sofrem agressão física de pacientes mostram-se mais vulneráveis à doença e à exaustão emocional (MOREIRA; LUCCA, 2020).

Em relação a incidência e prevalência da SB, pode-se perceber que as atividades assistenciais são as mais afetadas, pois estão baseadas na filosofia humanística, contudo as distorções entre expectativa e realidade acabam contribuindo para aumentar o nível de estresse desses profissionais. Outro fator importante que contribui para o surgimento da síndrome é o tempo dedicado por esses profissionais aos clientes, que na maioria das vezes é muito, e o fato de estarem sempre vivenciando situações de sofrimento e dor; gerando com isso, uma relação interpessoal com fortes sentimentos, entre eles: frustração, medo e tensão

emocional. Apesar de não existir um consenso quanto aos fatores desencadeantes, percebe-se que os estudos convergem para uma elevada incidência da SB entre os profissionais de saúde (TELLES; PIMENTA, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir dashboard com evidência de validação, sobre *Síndrome de Burnout* para identificação e acompanhamento de casos em profissionais de saúde da Atenção Primária.

3.2 Objetivos específicos

- a) Averiguar evidências científicas sobre Síndrome de Burnout;
- b) 4) Fazer validação de conteúdo e aparência do dashboard;
- c) Estimar a prevalência da Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza-Ceará; e
- d) Elaborar o protótipo do dashboard.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico, no qual os dados coletados viabilizarão a construção e busca de evidências de validade de conteúdo e aparência de um Dashboard que estimará a prevalência da SB nos profissionais da ESF e monitorará a predição de novos casos. Para fortalecer a base teórica da pesquisa foi feita uma revisão integrativa.

A pesquisa metodológica desenvolve instrumentos e costuma envolver métodos complexos e sofisticados, incluindo o uso de modelos com métodos mistos (quanti-quali). Refere-se a investigações de métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Trata-se de método para obtenção, organização e análise de dados que visa à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. No estudo metodológico o pesquisador busca a elaboração de um instrumento confiável, preciso e que possa ser utilizado por outros pesquisadores e pessoas (POLIT; BECK, 2019).

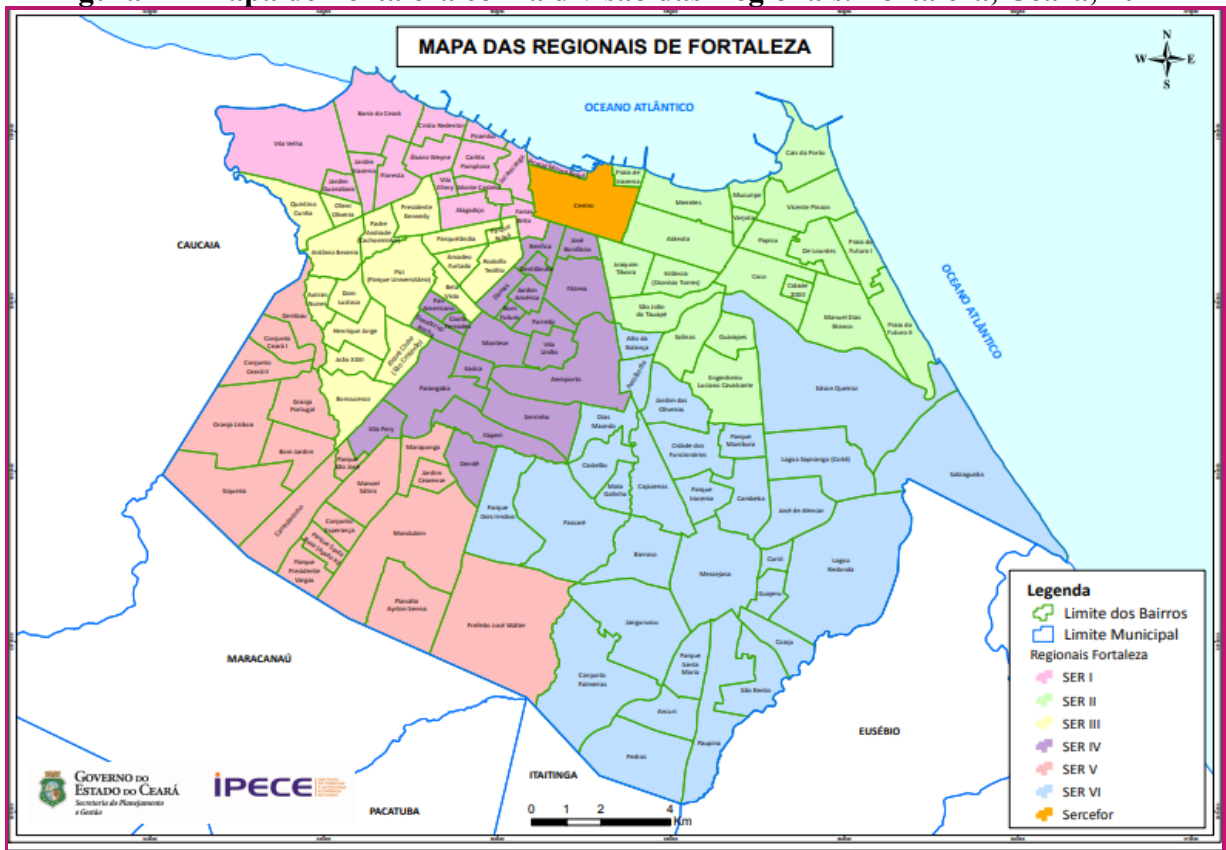
4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que tem área territorial de 312.170 km², faz divisa com os municípios do Eusébio, Caucaia, Maracanaú e Itaitinga. Tem uma densidade demográfica de 7.786.44 hab/km² e atualmente tem população de 2.452.185 pessoas pelo último censo de 2010 e de 2.686.607 pessoas em 2020 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020), que é dividida em seis regionais com total de 121 bairros.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no momento do estudo era formada por 116 UAPS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e tinham 475 equipes de saúde da Família (ESF) (CNES, jun/21); divididas em seis regionais de saúde do Município que atualmente conta com 11 regionais.

A condução do estudo ocorreu em junto com à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Coordenadoria das Redes da Atenção Primária e Psicossocial (CORAPP) e Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPPE).

Figura 1 – Mapa de Fortaleza com a divisão das Regionais. Fortaleza, Ceará, 2022



Fonte: http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf

A Regional 1 é composta por 15 bairros: Alagadiço/São Gerardo, Álvaro Weyne, Arraial Moura Brasil, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo 17 Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo, Pirambu, Vila Ellery e Vila Velha. Tem uma população de 398.697 habitantes e IDH médio de 0,34 e conta com 15 UAPS e 70 equipes da ESF.

A Regional 2 é composta por 21 bairros: Aldeota, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, Dunas (Manuel Dias Macedo), Engenheiro Luciano Cavalcante, Estância (Dionísio Torres), Guararapes, Joaquim Távora, Lourdes, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzón. Tem uma população de 398.150 habitantes e IDH médio de 0,54, conta com 12 UAPS e 48 equipes da ESF. É onde se encontram os bairros com melhor IDH.

A Regional 3 é composta por 16 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bonsucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube (São Cristóvão), Olavo Oliveira, Padre Andrade (Cachoeirinha), Parque Araxá, Parquelândia, Pici (Parque Universitário), Presidente Kennedy, Quintino Cunha e Rodolfo

Teófilo. Tem uma população de 395.019 habitantes e IDH médio de 0,42, conta com 19 UAPS e 80 equipes da ESF.

A regional 4 é composta por 20 bairros: Aeroporto (Base Aérea), Benfica (Gentilândia), Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaóca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri e Vila União. Tem uma população de 308.566 habitantes e IDH médio de 0,41, conta com 13 UAPS e 50 equipes da ESF.

A regional 5 é composta por 20 bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Conjunto Esperança, Genibaú, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Novo Mondubim Parque Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Parque São José, Planalto Airton Sena, Prefeito José Walter e Siqueira. Tem uma população de 593.284 habitantes e o IDH de 0,24 conta com 25 UAPS e 97 equipes da ESF. É onde se encontram os bairros com pior IDH.

A regional 6 é composta por 29 bairros: Aerolândia, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Boa Vista(Castelão e Mata Galinha), Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macêdo, Edson Queiroz, Guajeru, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (Alagadiço Novo), Lagoa Redonda, Lagoa Sapiranga (Coité), Messejana, Palmeiras, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e São Bento. Tem uma população de 592.981 habitantes e IDH de 0,30, conta com 31 UAPS e 130 equipes da ESF.

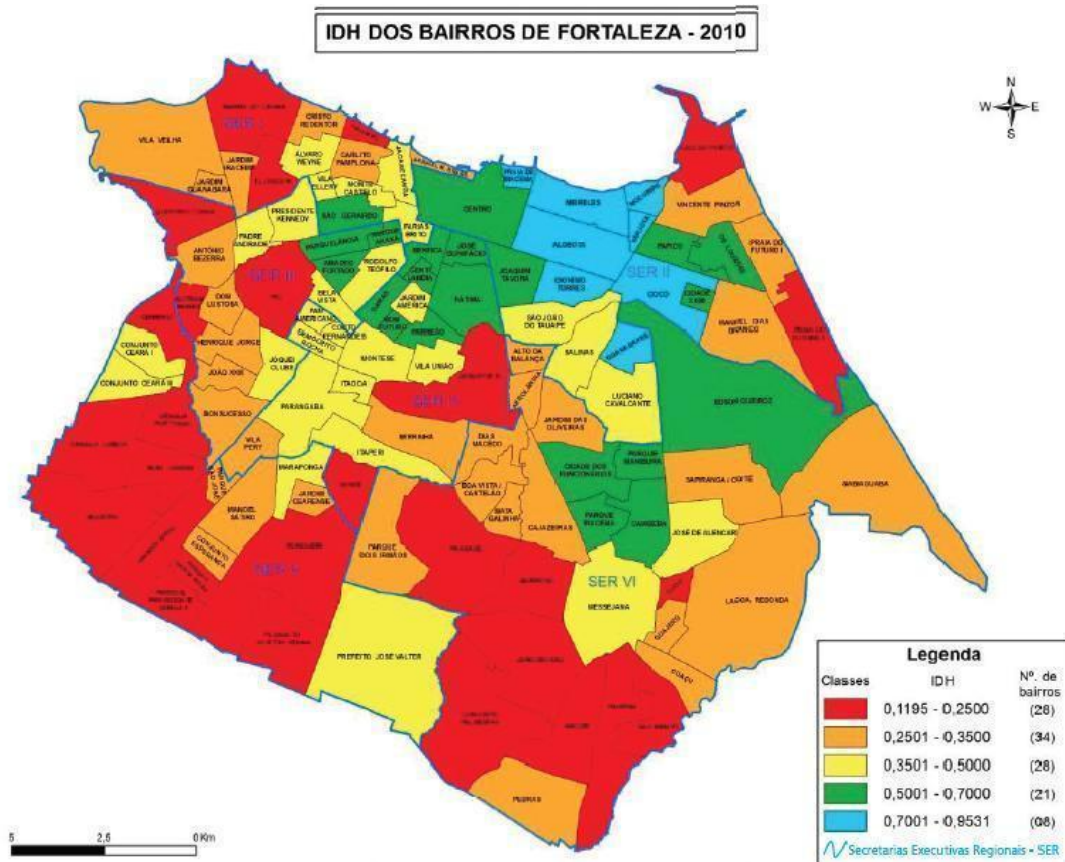
O Quadro 1 mostra o número de bairros, a população, a densidade demográfica e o IDH médio de cada regional.

Quadro 1 – Número de bairros, área, população, densidade demográfica e IDH

	Nº de Bairros	Área/ Km ²	População	Densidade Demográfica	IDH MÉDIO
Regional 1	15	24,81	398.697 habitantes	16.070,0	0,34
Regional 2	21	49,73	398.150 habitantes	8.006,2	0,54
Regional 3	16	26,6	3395.019 habitantes	14.850,3	0,42
Regional 4	20	33,23	308.566 habitantes	9.285,8	0,41
Regional 5	20	56,78	593.284 habitantes	10.448,8	0,24
Regional 6	29	121,02	592.981 habitantes	8.606,2	0,30

Fonte: CORAPP-SMS, Fortaleza, Ce, setembro, 2021.

Figura 2 - Mapa do IDH de Fortaleza por bairros, 2022



Fonte: <https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fsalasituacional.fortaleza.ce.gov.br%3A8081%2Facervo%2FdocumentById%3Fid%3D22ef6ea5-8cd2-4f96-ad3c-8e0fd2c39c98&psig=AOvVaw3vMxN0kdng9CXOmmDb1e0A&ust=1632743190769000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKewiToLfAyJzzAhUeqpUCHWOWAOgQr4kDegUIARCSAQ>.

4.3 População e amostra

A Estratégia Saúde da Família- ESF conta com 475 equipes compostas por: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Realizamos a pesquisa com os profissionais de nível superior. No momento do estudo, o município contava com 1.231 profissionais nas três categorias.

O Quadro 2 mostra o número de UAPS, de equipes da ESF, de médicos, enfermeiros e dentistas, de cada regional.

Quadro 2 – Lista do número de UAPS, de equipes da ESF, médicos, enfermeiros e dentistas por regional

REGIONAIS	UAPS	Nº DE EQUIPES ESF	Nº DE MÉDICOS	Nº DE ENFERMEIROS	Nº DE DENTISTAS
-----------	------	-------------------	---------------	-------------------	-----------------

I	16	70	62	70	37
II	12	48	47	40	42
III	19	80	77	80	48
IV	13	50	48	50	39
V	25	97	88	97	56
VI	31	130	128	130	84
TOTAL	116	475	450	475	306

FONTE: CORAPP-SMS, Fortaleza-Ce, setembro, 2021.

4.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A pesquisa aconteceu em quatro etapas. A primeira etapa foi a revisão integrativa onde construiu-se um artigo sobre.

A segunda etapa foi a realização da aplicação dos questionários. Foi estabelecido um contato virtual via WhatsApp onde primeiramente esclarecemos o propósito da pesquisa e convidamos a participar e solicitamos a aceitação através do termo de Consentimento e Livre Esclarecimento-TCLE

A coleta de dados aconteceu de forma totalmente virtual, no período de 12 de maio a 12 de julho de 2022, utilizando instrumento autoaplicável, via *google forms*, composto por dois questionários: um Sócio Demográfico elaborado pelo autor, e o *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) que é o instrumento mais utilizado para investigação da doença e com sua quantificação (SILVEIRA et al., 2016). Ele é composto de 22 questões divididas em 3 domínios: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização. Os questionários foram enviados via WhatsApp para os profissionais com a anuência da gestão municipal.

4.5 Análise dos dados

Os registros foram armazenados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel® processados no programa estatístico Statistcal Parckage for Social Sciences (SPSS). Para validação do Dashboard pelos juizes utilizou-se o IVATES com 12 itens e o IVCES com 18 itens, divididos em três domínios (objetivos, estrutura/apresentação, relevância), ambos dispostos na forma de escala Likert, conforme quadros a seguir:

Quadro 3 – Instrumento de validação de aparência de tecnologia educacional em saúde, Fortaleza-Ceará, 2021

Itens	1 DT	2 D	3 DP	4 C	5 CT
1)As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.					
2)As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.					
3)As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.					
4)As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
5)As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
6)As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.					
7)A disposição das figuras está em harmonia com o texto.					
8)As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.					
9)As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.					
10)As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo.					
11)As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.					
12)As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.					

D = discordo; C = Concordo; P = Parcialmente; T = Totalmente.

Fonte: Sousa, Moreira e Borges, 2019.

Quadro 4 – Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, Fortaleza-Ceará, 2021

Itens	0 D	1 CP	2 CT
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades			
1)Contempla tema proposto			
2)Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3)Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4)Proporciona reflexão sobre o tema			

5) Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência			
6) Linguagem adequada ao público-alvo			
7) Linguagem apropriada ao material educativo			
8) Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9) Informações corretas			
10) Informações objetivas			
11) Informações esclarecedoras			
12) Informações necessárias			
13) Sequência lógica das ideias			
14) Tema atual			
15) Tamanho do texto adequado			
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse			
16) Estimula o aprendizado			
17) Contribui para o conhecimento na área			
18) Desperta interesse pelo tema			

D = discordo; C = Concordo; P = Parcialmente; T = Totalmente.

Fonte: Leite et al., 2018.

Para estimar a prevalência da SB entre as três categorias (dentistas, enfermeiros e médicos) profissionais foi empregado o teste Qui-quadrado. Para comparação dos grupos com e sem Síndrome em relação a fatores sociodemográficos e ocupacionais e a Síndrome e os fatores IDH e densidade demográfica foi empregado o Teste *t* de Student para amostras independentes e variáveis contínuas; e o Teste Qui-Quadrado, para variáveis categóricas entre regionais, densidade demográfica e IDH.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), obedecendo aos referenciais da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora os princípios da bioética para nortear a pesquisa com seres humanos, os quais são: autonomia, não maleficência,

beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012). A referida resolução tem o intuito de garantir os direitos e deveres dos participantes das pesquisas por meio da ética, do compromisso social e respeito aos direitos humanos. Na realização da pesquisa, todos os participantes foram previamente informados dos objetivos do estudo, ocasião em que lhes foram assegurados o anonimato e a possibilidade de desistência. Somente participarão da pesquisa os profissionais de nível superior da ESF que aceitarem o TCLE virtual.

Em relação aos benefícios, os dados poderão apoiar o planejamento de políticas públicas voltadas para os profissionais da ESF do município em estudo. Para os participantes, estes têm a oportunidade de refletir sobre sua situação de saúde mental. Em relação aos riscos, têm-se algumas pessoas possam apresentar desconforto em alguma pergunta, contudo as informações fornecidas serão totalmente confidenciais, e analisadas em conjunto com as respostas dos outros participantes.

5 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO DASHBOARD

A terceira etapa foi a construção do Dashboard. Em um primeiro momento, realizou-se o processo de *Benchmarking*, que tem como objetivo verificar a existência de produtos similares à proposta atual. Foi verificado que não havia nenhum produto igual ao qual trabalhou-se. Para consolidação e análise dos dados foi feita a construção de um Dashboard que contém os resultados dos questionários e foi validado pelos juízes.

A construção do produto ocorreu com auxílio de um desenvolvedor de programação com expertise na formulação de DASHBOARD. O produto validado respondeu aos critérios metodológicos estabelecidos quanto à validação de conteúdo e aparência técnica. O produto será apresentado aos gestores da SMS ao final de todo o processo e registro do mesmo.

5.1 Escolha dos Juízes especialistas

A busca por juízes especialistas aconteceu através de profissionais com experiência na área de interesse do estudo, de forma intencional. Nesse tipo de seleção.

Os pesquisadores podem decidir, propositalmente, sobre a seleção de sujeitos considerados típicos da população ou conhecedores das questões estudadas (POLIT; BECK, 2011, p. 346).

Para as validações de aparência e conteúdo foram convidados juízes com conhecimento apropriado para realização da avaliação de aparência e operacionalidade do produto, por esta razão, foram selecionados profissionais com formação em Bacharelado em Ciências da Computação e/ou Sistema de Informação com conhecimento em processamento de dados. E juízes especialistas na área de saúde mental, com Bacharelado em Enfermagem, Medicina, Educação Física e Psicologia.

5.2 Validação de conteúdo e aparência do DASHBOARD com os Juízes Especialistas

A quarta etapa foi a validação interna do Dashboard. Usamos a validação de aparência e conteúdo. Segundo Pasquali (2013), a validação de conteúdo é aplicável quando podemos delimitar claramente o construto que está sendo medido. E a validação de aparência

que, segundo Souza (2019), é a representação estética que envolve linhas, formas, cores e movimento das imagens que precisam estar em harmonia com o conteúdo informado.

Os instrumentos utilizados para validação pelos juízes especialistas foram: a validação de conteúdo educacionais em saúde (IVCES) para conteúdo e a validação de aparência foi utilizado o IVATES com 12 itens. O IVCES é composto por 18 itens, divididos em três domínios (objetivos, estrutura/apresentação, relevância), ambos dispostos na forma de escala Likert.

A escala do tipo Likert para o IVATES é constituída de 5 pontos, distribuída em concordância pelos juízes, variando de 1 (discordo) a 5 (concordo totalmente) e o IVCES que é constituída de 3 pontos distribuída em concordância pelos juízes, variando de sendo 0 (discordo), 1 (concordo parcialmente) e 2 (concordo totalmente).

O índice de validade de aparência (IVA) é baseado no método de estimação do índice de validade de conteúdo (IVC), onde o item com $IVA > 0,78$ é considerado excelente; entre 0,60 e 0,77 indica necessidade de adequação para melhoras na aparência da tecnologia educacional em saúde; item com $IVA < 0,60$ é classificado como ruim (SOUSA; MOREIRA; BORGES, 2019).

O Índice de Validade de conteúdo (IVC) foi utilizado para a análise quantitativa, para cada item dos instrumentos. Assim foi possível medir o grau de concordância entre os juízes, a proporção em porcentagem de opinião “concordo” ou “concordo totalmente” em relação ao número total de respostas.

A seguir, é apresentada a fórmula utilizada para o cálculo do IVC.

$$IVC = \frac{\text{número de respostas 1 e 2}}{\text{número total de respostas}}$$

Fonte: Polit; Beck (2006).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram construídos dois artigos em relação ao projeto. Inicialmente, foram identificados 159 estudos. Todos os estudos foram analisados os títulos e resumos e nesse momento foram excluídos 144 estudos. Ao final foram lidos 15 estudos na íntegra e incluídos na pesquisa, como mostra o primeiro artigo.

6.1 Artigo 1

A síndrome de burnout nos profissionais da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa¹

Clarissa Cavalcante e Silva Macedo¹

Thereza Maria Magalhães Moreira²

Resumo

Objetivo: averiguar evidências científicas sobre a Síndrome *de Burnout* na literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo realizada entre o mês de agosto de 2021 a janeiro de 2022. **Resultados:** Os resultados encontrados foram todos favoráveis ao desenvolvimento do Burnout entre os profissionais estudados. **Conclusão:** Pode-se concluir com essa revisão que a síndrome de Burnout está presente na realidade dos profissionais da atenção primária à saúde.

Descritores: Profissionais de saúde; Enfermeiros; Síndrome de Burnout; Esgotamento profissional; Estresse ocupacional; Atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: to investigate scientific evidence about Burnout Syndrome in the literature. **Method:** This is a scope review carried out between August 2021 and January 2022. **Results:** The results found were all favorable to the development of Burnout among the studied professionals. **Conclusion:** It can be concluded from this review that the Burnout syndrome is present in the reality of primary health care professionals.

Descriptors: Health professionals; Nurses; Burnout Syndrome; Occupational stress; Primary health care.

Introdução

¹ Artigo submetido a Revista FOCO.

O mundo globalizado e as mudanças que vem sofrendo, principalmente após a pandemia da COVID-19, tem mudado as relações de trabalho. No estudo de Lima et al, 2018 reforça que a competitividade e a produtividade são mais valorizadas, a fim de suprir as necessidades dos consumidores e da economia. Cada vez mais se valoriza o capital em detrimento do trabalhador. Nesse cenário, os indivíduos são pressionados por produtividade e qualificação. Tais mudanças, cobranças e a desvalorização que os trabalhadores têm sofrido podem gerar desgaste e estresse, impactando seriamente sua saúde. Nesse cenário destaca-se a saúde, principalmente os serviços que são a porta de entrada da população, como a Atenção Primária à saúde (APS).

A APS é uma estratégia consolidada no País e que preconiza o acesso universal aos serviços e a atenção integral com qualidade à população e objetiva descentralizar os serviços, organizar o modelo assistencial. Os profissionais que atuam nessa área são os protagonistas do desenvolvimento e melhoria desse sistema de saúde, e que na maioria das vezes, desenvolvem suas atividades laborais em um ambiente nem sempre favorável às suas práticas profissionais. Tais como, falta de pessoal, equipamentos e insumos insuficientes, estrutura física inadequada, remuneração baixa e exposição a riscos à saúde biopsicossocial e estes fatores favorecem o desenvolvimento do estresse ocupacional ou Síndrome de Burnout (SB) (SILVA et al., 2021).

A SB é caracterizada como sendo um fenômeno psicossocial, resultado da incapacidade de adaptação e enfrentamento a estressores aos quais o profissional é exposto cronicamente, sofridos de forma contínua no ambiente laboral (LIMA et al., 2018).

Objetivo

Averiguar evidências científicas sobre a Síndrome *de Burnout* na literatura.

Método

O presente estudo é "*scoping review*" e seguiu recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI). Os passos seguidos foram: 1- identificação da questão de pesquisa; 2-identificação de estudos relevantes; 3- seleção do estudo; 4- mapeamento dos dados; e 5-agrupamento, resumo e relato dos resultados.

Foi utilizado o acrônimo PCC para a formulação da questão da pesquisa, em que o P (população) se refere aos profissionais de saúde; C (conceito), o estresse ocupacional; e C (contexto), a Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão

problema: Quais as evidências acerca da síndrome de Burnout em profissionais da atenção primária à saúde? como demonstra o Quadro 2.

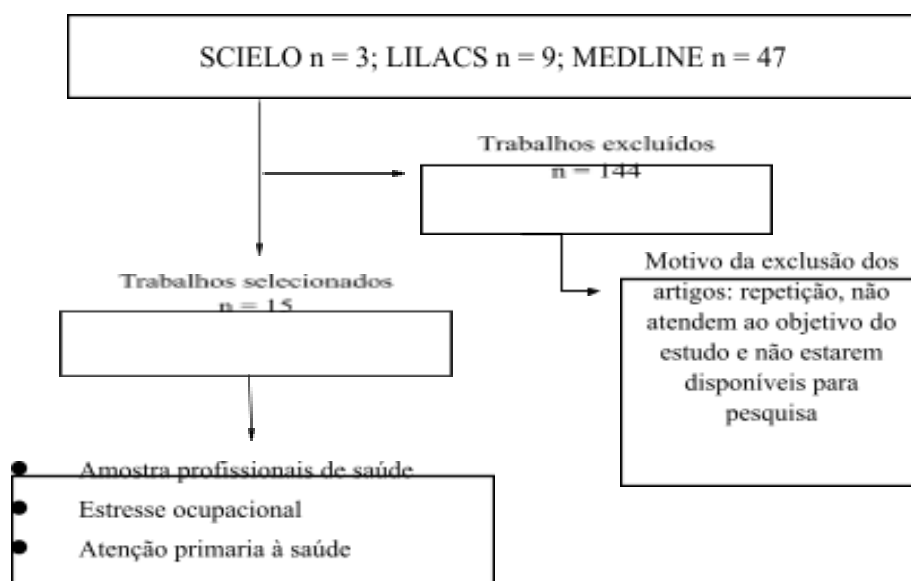
Quadro 2 – Estratégia PCC

ESTRATÉGIA PCC	
P	Profissionais de saúde, enfermeiros, health professional
C	Síndrome de Burnout, esgotamento profissional, estresse ocupacional, estresse, Occupational Stress, stress
C	Atenção primária à saúde, Primary Health Care

Essa revisão foi realizada entre o mês de agosto de 2021 a janeiro de 2022. A pesquisa foi realizada nas bases de dados nacionais e internacionais: Scielo, LILACS/BVS, MEDLINE/BVS. Os estudos selecionados seguiram os seguintes critérios: artigos disponíveis na íntegra, artigos que responderam à questão norteadora da pesquisa, artigos escritos em português, inglês e espanhol, no período dos últimos 5 anos (2017 a 2022).

Para tanto, foram utilizados os operadores booleanos “e/ou” (em português) e “and/or” (em inglês), utilizando os descritores pesquisados no DECS/MESH em português e inglês: “profissionais de saúde”, enfermeiros, “health professional”, “síndrome de Burnout”, “esgotamento profissional”, “estresse”, “estresse ocupacional”, “Occupational Stress”, “stress” “atenção primária à saúde”, “Primary Health Care”. Inclui-se também livros, teses e dissertações sobre o assunto da pesquisa.

Figura 2. Fluxograma do número de artigos identificados segundo a base de dados



Ao final da leitura dos resumos, ficou-se com 15 artigos que responderam à questão problema da pesquisa.

Resultados e discussão

Dos 15 artigos selecionados na pesquisa, 10 foram publicados em revistas brasileiras e 5 estrangeiras. Todos os estudos procuraram trabalhar a questão da síndrome de Burnout relacionada ao trabalho nos profissionais da atenção primária à saúde.

A grande maioria dos estudos tiveram como desenho um caráter quantitativo, transversal e descritivo. Tiveram dois estudos de abordagem qualitativa e uma revisão integrativa. Os resultados encontrados foram todos favoráveis ao desenvolvimento do Burnout entre os profissionais estudados. Em alguns estudos uma categoria com maior risco que outras, mas todos os trabalhos os profissionais estavam em risco da doença de níveis baixos até altos e, e alguns já com a doença.

Quadro 3. Caracterização dos artigos analisados. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022

Autores/Ano/País/Revista	Objetivos	Desenho/n	Resultados
Lima, A. S. et al., 2018/Brasil/Trab. Educ. saúde	identificar a prevalência de <i>burnout</i> nos profissionais da atenção primária e fatores associados. Estudo transversal, realizado com 153 profissionais de saúde da atenção básica do município de Juiz de Fora, entre 2013 e 2014.	Estudo transversal/ 153 profissionais de saúde da atenção básica	Observou-se a prevalência de <i>burnout</i> de 51% nos profissionais pesquisados, ou seja 51% apresentavam alteração em ao menos uma das dimensões avaliadas.
Porciuncula, A. M. et al., 2020/Brasil/Ciênc. Saúde coletiva	Identificar fatores associados ao desenvolvimento de SB entre os gerentes da ESF do Município do Rio de Janeiro	Estudo de natureza descritiva, de corte transversal/143 gerentes atuantes na ESF	A presença da SB, onde o indivíduo apresenta as três dimensões em nível crítico, foi identificada em 11,2% dos gerentes.
Schaefer, R. et al., 2018/Brasil/Texto contexto enferm.	Descrever o perfil de enfermeiros e a frequência de ocorrência de fatores de risco de sofrimento moral.	Estudo quantitativo, descritivo e transversal/268 enfermeiros assistenciais atuantes em de instituições hospitalares e unidades de saúde de atenção primária	O risco de sofrimento moral foi considerado moderado, com um considerável percentual de profissionais demonstrando intenção de abandonar o emprego atual.
Silva, L. F. R. et al., 2021/Brasil/Esc. Ana Nery	Comparar o estresse ocupacional em trabalhadores de equipes saúde da família certificadas e não certificadas com selo de qualidade assistencial pela Tutoria da Atenção Primária à Saúde.	Estudo transversal/178 trabalhadores das equipes da ESF	Os trabalhadores pertencentes às equipes de ESF com certificação de qualidade na prestação de seus serviços apresentaram maiores chances de estresse ocupacional em relação aqueles vinculados às unidades não certificadas.
Ramos, C. E. B. et al., 2019/Brasil/ Rev Bras ciência da saúde. v23.n.3 p.285-296.	Identificar o impacto da Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica à Saúde	Estudo do tipo exploratório e descritivo, com caráter quanti-qualitativo/ 52 profissionais de saúde da Rede de Atenção Básica à Saúde	Os resultados apresentados revelaram que parte da população estudada manifesta os sinais e sintomas característicos da Síndrome de Burnout ou pelo menos está sob o risco de desenvolvê-la.
Ferreira, M. S. G. et al., 2020/Brasil/Rev Bras Med Fam Comunidade 15(42):2188	Relatar a experiência de um Grupo de Manejo do Estresse para funcionários de uma unidade de Saúde da Família no Rio de Janeiro, a partir do registro dos encontros realizados pela mediadora da atividade (que também é a autora principal deste artigo) e da percepção dos participantes do grupo, captadas através entrevistas individuais, após a conclusão da atividade grupal.	Estudo estudo de caráter descritivo-exploratório e de abordagem qualitativa/06 participantes da APS (enfermeiros, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos	A sobrecarga de trabalho apareceu como tema recorrente, além dos desafios em se lidar com o sofrimento humano e com uma população que muitas vezes se torna reativa por não conseguir o que quer e sentir que tem seus direitos negados.
Assis, B. C. S. 2019/Brasil/Rev. Ciência & Saúde Coletiva	Analisar a produção científica acerca dos fatores associados à sobrecarga de trabalho de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família	Trata-se de uma revisão integrativa da literatura.	O presente estudo possibilita uma nova visão ampliada sobre a dimensão da sobrecarga incidente nos profissionais de saúde e seu impacto sobre a produtividade e bem-estar dos mesmos.

Drago, L. C. et al., 2020/Brasil/Rev online de pesquisa cuidado é fundamental	Descrever situações geradoras e elementos envolvidos no processo de sofrimento moral na experiência de enfermeiros gerentes de um hospital público do sul do Brasil.	Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa/ 17 enfermeiros participantes	Os resultados do estudo revelam uma organização de trabalho conflituosa, serviços com condições laborais deficientes, problemas éticos relacionados às atividades de gestão de pessoas e as múltiplas faces da dimensão gerencial
Castro, J. R. et al., 2019/Brasil/ Rev Bras Promoç Saúde	Avaliar os níveis de estresse ocupacional e engajamento em profissionais de saúde bucal de unidades da Atenção Primária à Saúde.	Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal/ 31 participantes (dentistas e auxiliares de saúde bucal	Os trabalhadores investigados apresentaram altos níveis de engajamento; alguns aspectos relacionados ao trabalho causam estresse. Estresse ocupacional e engajamento tendem a ser inversamente proporcionais.
Ortega-campos, et al., 2019/Espanha/Int. J. Environ. Res. Saúde Pública	Estimar os níveis de burnout entre os enfermeiros da APS	Estudo quantitativo, observacional, transversal e multicêntrico./ 338 enfermeiros da APS	De acordo com os dados, o grupo de enfermeiros pesquisados apresenta altos níveis de burnout.
Yuguero, O. et al., 2017/Espanha/	Determinar o nível de empatia e burnout entre médicos clínicos gerais (GPs) e enfermeiros familiares	Estudo transversal descritivo/ 136 médicos clínicos gerais(GPS) e 131 enfermeiros	A alta empatia foi significativamente associada ao baixo burnout tanto em GPs quanto em enfermeiros
Mazur, A. et al., 2018/Polônia/Ann Agric Environ Med.	Examinar quais atitudes existenciais determinam o burnout em enfermeiros empregados em ambientes rurais de atenção primária à saúde	/120 participantes(enfermeiros da APS	As análises realizadas comprovaram que algumas atitudes existenciais são preditores de burnout em enfermeiros
Demarzo, M. et al., 2020/Brasil /Res. Saúde Pública	avaliar as propriedades psicométricas das versões brasileiras longas/curtas do "Questionário de Subtipos Clínicos de Burnout" (BCSQ-36/BCSQ-12) entre a equipe brasileira de atenção primária à saúde e suas possíveis associações com outros desfechos psicológicos relacionados à saúde	Estudo transversal online/407 profissionais brasileiros de atenção primária à saúde	Observamos que os subtipos de burnout explicaram significativamente os sintomas de burnout de acordo com a definição clássica em profissionais brasileiros de PC.
Chen, X. et al., 2019/China/BMC Public Health	Examinar o papel mediador da satisfação do trabalho na relação entre burnout e intenção de rotatividade.	Estudo quantitativo transversal/550 profissionais de instituições públicas da atenção primária	A satisfação no trabalho é uma variável medial que afeta a relação entre burnout e intenção de rotatividade.
Xu, W. et al., 2020/China/Int. J. Environ. Res. Saúde Pública	Explorar a prevalência e os fatores associados do burnout do trabalho entre os trabalhadores da atenção primária à saúde na China rural	Estudo transversal/ 15.627 profissionais de saúde de hospitais municipais	O estudo revelou a prevalência e os fatores associados de burnout do trabalho entre os trabalhadores da atenção primária à saúde na China rural, com base nos dados geograficamente representativos da pesquisa em toda a China e no instrumento de medição padrão

Considerações finais

Pode-se concluir com essa revisão que a síndrome de Burnout está presente na realidade dos profissionais da atenção primária à saúde. Em uns em níveis mais altos e em outros mais baixos, mas todos com risco de desenvolver no futuro a doença.

Referências

- CASTRO, J. R. et al. Estresse ocupacional e engajamento em profissionais de saúde bucal. **Rev. Bras Promoç Saúde**, v. 32, 2019.
- CHEN, X. et al. Moderando o papel da satisfação no trabalho na intenção de rotatividade e no burnout entre os trabalhadores das instituições de atenção primária: um estudo transversal. **BMC Saúde Pública**, v. 19, 2019.
- DRAGO, L.C et al. Sofrimento moral de enfermeiros gerentes em um hospital universitário. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 12, 2020.
- DEMARZO, M. et al. Frenetic, under-Challenged, and Worn-out Burnout Subtypes among Brazilian Primary Care Personnel: Validation of the Brazilian "Burnout Clinical Subtype Questionnaire" (BCSQ-36/BCSQ-12). **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, 2020.
- FERREIRA, M. S. G.; ANDERSDON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.
- LIMA, A. S. et al. Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v.16, n. 1, p.283-304, 2018.
- MAZUR, A. et al. Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings. **Ann Agric Environ Med.**, v. 25, n. 3, p. 552-8, 2018.
- CAMPOS, O. et al. A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, v. 16, n. 18, 2019.
- PORCIUNCULA, A. M.; VENÂNCIO, S. A.; SILVA, C.M.F. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 25, n. 4, 2020.
- RAMOS, C. E. B. et al. Impactos da Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. **Rev. Bras. ciência da saúde**, v. 23, n. 3, p. 285-296, 2019.
- SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L.C.P; VIEIRA, M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. **Texto contexto Enferm.**, v. 27, n. 4, 2018.
- SILVA, L. F. R. et al. Estresse ocupacional em equipes saúde da família certificadas e não certificadas com selo de qualidade assistencial. **Esc. Ana Nery**, v. 25, n. 4, 2021.
- XU, W. et al. Job Burnout Among Primary Healthcare Workers in Rural China: A Multilevel Analysis. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, 2020.

Na sequência, o segundo artigo aborda a prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

6.2 Artigo 2

Prevalência e fatores associados à síndrome de burnout nos profissionais da atenção primária à saúde de Fortaleza-Ceará-Brasil²

Clarissa Cavalcante e Silva Macedo¹

Thereza Maria Magalhães Moreira²

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência de casos da *Síndrome de Burnout* em profissionais da Estratégia saúde da Família de Fortaleza-Ceará e a predição de novos casos. **Método:** Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado no município de Fortaleza-Ceará, com os profissionais (nível superior) da Estratégia Saúde da Família nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). **Resultados:** No total 171 profissionais participaram do estudo. Distribuídos da seguinte forma: 107(62,57%) são enfermeiros; 33(19,30%) médicos e 30 (17,50%) dentistas. Ao analisarmos separadamente cada dimensão fica claro que a prevalência da SB é fato. Tanto a EE com 78,9 %, quanto a DP 94,2% com, estão com níveis elevados; e ao fazermos a média das duas dimensões chegamos ao valor de 86,55 %. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que a SB é uma realidade que assombra esses profissionais, e que os gestores têm que estar sensíveis a essa realidade

Descritores: Profissionais de saúde; Enfermeiros; Síndrome de Burnout; Estresse ocupacional, estresse; Atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of cases of Burnout Syndrome in professionals of the Family Health Strategy in Fortaleza-Ceará and the prediction of new cases. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study, carried out in the city of Fortaleza-Ceará, with professionals (higher level) of the Family Health Strategy in the Primary Health Care (PHC) units. **Results:** A total of 171 professionals participated in the study. Distributed as follows: 107 (62.57%) are nurses; 33(19.30%) physicians and 30(17.50%) dentists. When analyzing each dimension separately, it is clear that the prevalence of BS is a fact. Both the EE with 78.9%, and the DP

² Artigo submetido a Revista Gaúcha de Enfermagem.

with 94.2%, have high levels; and when we average the two dimensions we arrive at a value of 86.55%. Conclusion: The results showed that BS is a reality that haunts these professionals, and that managers have to be sensitive to this reality.

Descriptors: Health professionals; Nurses; Burnout Syndrome; Occupational stress; Primary health care.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família-ESF é um modelo de atenção primária à saúde com foco na unidade familiar, que é construída e opera no âmbito da esfera comunitária. Esse modelo de atenção permite a prevenção de inúmeras patologias de significância epidemiológica e a resolutividade de cerca de 90% das demandas da comunidade (ANDRADE et al., 2007). Essa estratégia surgiu no Brasil como forma de reorganizar o modelo de assistência a partir da atenção básica. Vem promover a organização das ações de saúde via território definido e intenciona enfrentar e solucionar problemas detectados nesse território.

Os profissionais da ESF atuam junto à comunidade, família e indivíduo onde a realidade dessa população fica muito mais próxima (LACERDA et al., 2016). Os profissionais têm o compromisso de atender às diversas demandas dos usuários que buscam os serviços de forma a prestar o melhor atendimento possível, acolhendo-os com humanização e integralidade. Esses profissionais têm estreito vínculo com o território onde desenvolvem suas atividades junto à comunidade e o indivíduo numa perspectiva familiar e global de suas necessidades e demandas. Por esta razão a realidade do usuário fica próxima ao profissional, com seus problemas de diversas ordens, sejam elas pessoais, profissionais ou de gerenciamento, e que oferecem limitações internas, relacionadas às questões do próprio profissional em relação ao trabalho; e externas, relacionadas a gestão do trabalho em si que não depende diretamente do profissional. Essa particularidade acaba expondo os trabalhadores a riscos físicos e/ou psicossociais que podem culminar com adoecimento por estresse ocupacional (LACERDA et al., 2016).

A síndrome de *Burnout-SB* também é chamada de esgotamento profissional ou esfera profissional e surge em decorrência da cronificação de um processo estressor, é resultante de pressões emocionais repetitivas no ambiente de trabalho. Ela tem sido vista como uma importante questão de saúde pública geradora de riscos para o trabalhador, principalmente devido a fatores relacionados a carência de gestão adequada, centralização de tomadas de decisões e influência política na gestão de pessoal vinculados à precarização das condições de trabalho.

Por se tratar de síndrome decorrente do estresse crônico, típico do dia a dia do trabalho, especialmente, quando existem conflitos, pressão e pouco reconhecimento, aliados a alguns fatores de risco para os profissionais da saúde, tais como: lidar com a dor, sofrimento físico e mental e social das pessoas; limitações de profissionais, conflitos entre membros da equipe, carga de trabalho elevada e ambiente extremamente estressor, dentre outros (HOLMES; SANTOS; FARIAS, 2014).

Trabalhos voltados para os profissionais da atenção primária sobre a Síndrome de Burnout ainda são poucos. Fomentando assim, a necessidade de cuidados com a saúde mental desses profissionais que atuam na porta de entrada do sistema Único de saúde-SUS. Percebendo-se que apesar do interesse pelo tema, o assunto é pouco conhecido entre os trabalhadores e a população em geral (SILVA et al., 2015).

Diante da problematização exposta surgiu o seguinte questionamento: Qual a prevalência estimada e fatores associados da Síndrome de Burnout nos profissionais de nível superior da ESF de Fortaleza-Ceará? A pesquisa objetivou estimar a prevalência de casos e fatores associados à *Síndrome de Burnout* em profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ceará.

Método

Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado no município de Fortaleza-Ceará-Brasil, com os profissionais de nível superior da estratégia de saúde da família em todas as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa faz parte da dissertação que visa a construção de um DASHBOARD que estima a prevalência e a predição de novos casos nesses profissionais. Realizou-se a pesquisa com os profissionais de nível superior (Médicos, Dentistas e Enfermeiros). No momento do estudo, o município contava com 1.231 profissionais nas três categorias, de todas as 116 UAPS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que tinham 475 equipes de saúde da Família-ESF (CNES, jun/21).

A coleta de dados aconteceu de forma totalmente virtual, no período de 12 de maio a 12 de julho de 2022, utilizando instrumento autoaplicável, via *Google Forms*, composto por dois questionários: um Sócio Demográfico elaborado pelo autor e o *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) que é o instrumento mais utilizado para investigação da doença e com sua quantificação. A amostra constou de 171 profissionais divididos nas três categorias profissionais.

Os registros foram armazenados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel® processados em programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Para avaliar a prevalência da SB entre as três categorias (dentistas, enfermeiros e médicos) profissionais foi empregado o teste Qui-quadrado. Para comparação dos grupos com e sem Síndrome em relação a fatores sociodemográficos e ocupacionais e a Síndrome e os fatores IDH e densidade demográfica foi empregado o Teste *t* de Student para amostras independentes e variáveis contínuas; e o Teste Qui-Quadrado, para variáveis categóricas entre regionais, densidade demográfica e IDH.

O estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Resultados e discussão

Participaram do estudo 171 profissionais de saúde, onde verificou-se em relação às características sociodemográficas, que 84,2 % (144) eram do sexo feminino e 15,8 % (27) do masculino. A faixa etária foi de 23 a 30 anos total de 24 (14,03) pessoas; de 31 a 39 anos foram 23 (13,45%) pessoas; de 41 a 50 anos total de 85 (49,70%) pessoas; de 51 a 60 foram 35 (20,47%) pessoas e de 61 a 69 anos foram duas (1,16%) pessoas e outras duas (1,16%) pessoas não responderam. Observou-se a predominância do sexo feminino no estudo, provavelmente pelo fato de a maioria dos participantes serem enfermeiros, que é uma profissão que tem o histórico de participação de mulheres, principalmente por serem mais solidárias e terem em sua essência o cuidado e a caridade (LIMA et al., 2018)

Quanto ao estado civil 63,5% (108) são casados, 29,4 % (50) solteiros, 5,9% (10) divorciados, 1,2% (2) viúvos, 01 participante não respondeu a essa questão. Em relação ao número de filhos 33,3 % (57) não tem nenhuns filhos, 31% (53) tem 2 filhos, 26,9 % (46) tem apenas 1 filho, 7,6% (13) tem 3 filhos, 0,6% (1) tem 4 filhos e 0,6 % (1) tem mais de 4 filhos. A tabela 1 apresenta essas variáveis sociodemográficas citadas.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos participantes. UAPS-Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022

Variáveis	n	%	fa
Sexo (n=171)			
Masculino	27	15,80	15,80
Feminino	144	84,20	100,00
Faixa etária (n=169)			
23-30 anos	24	14,03	14,03
31-40 anos	23	13,45	27,48
41-50 anos	85	49,70	77,18
51-60 anos	35	20,47	97,65
61-69 anos	02	01,16	98,81
Não respondeu	02	01,16	100,00
Estado civil (n=170)			
Solteiro	50	29,23	29,23
Casado	108	63,16	92,39
Divorciado	10	05,85	98,24
Viúvo	02	01,16	99,40
Não respondeu	01	00,60	100,00
Nº de filhos (n=171)			
0 (nenhum)	57	33,30	33,30
1	46	26,90	60,20
2	53	31,00	91,20
3	13	07,60	98,80
4 ou mais	02	01,20	100,00

No total, 171 profissionais participaram do estudo. Distribuídos da seguinte forma: 107 (62,57%) são enfermeiros; 33 (19,30%) médicos e 30 (17,50%) dentistas e 1 (0,6%) não respondeu. quanto ao tempo de formação 108 (63,15%) participantes não responderam e a maioria que responderam ficaram entre 5 e 30 anos, num total de 46 (26,9%). É sabido que os profissionais de enfermagem são bem mais participativos e atuantes na ESF que as demais categorias profissionais. No estudo isso ficou marcado, pois a grande maioria dos participantes foram enfermeiros.

Em relação à titulação acadêmica, 14 (8,20%) dos participantes não têm pós-graduação; 115 (67,25%) têm especialização, 34 (19,85%) mestrado e 08 (4,70%) doutorado. Pode-se perceber que a grande maioria tinha pós-graduação.

A distribuição dos participantes por regionais que atuam ficou da seguinte forma: Regional 1 com 30 (17,54 %); Regional 2 com 19 (11,11%); Regional 3 com 31 (18,13%); Regional 4 com 19 (11,11%); Regional 5 com 29 (16,96%); e Regional 6 com 40 (23,40) e três não responderam (1,75%). Na pesquisa foi apresentado o número de equipes e profissionais por Regional e pode-se ver que as Regionais 1, 5 e 6 são as maiores e também as que possuem os piores IDH.

No tocante ao vínculo empregatício, o estudo mostrou que 126 (73,67) participantes são servidores públicos e que somente 44 (25,73) são contratados, somente um (0,60%) não respondeu à pergunta. Aqui fica claro que a ampla maioria tem uma estabilidade no serviço por ser servidor, o que lhes garante certa segurança e também longevidade de atuação na área.

Na variável tempo de serviços pode-se concluir que grande parte dos participantes tem entre 10 e 20 anos de atuação, num total de 28 (16,37%). Apesar de a grande parte não ter respondido à pergunta, 97 (56,72%). O tempo de atuação nos leva a crer que os profissionais têm maior vínculo com a população e maior tempo de exposição a seus riscos ocupacionais. A tabela 2 demonstra as variáveis profissiográficas do estudo.

Dos profissionais, 99 (57,86%) referiram ter somente um vínculo empregatício; contudo percebeu-se que quase a metade dos participantes 70 (40,94%) tem outro emprego. No tocante às horas semanais trabalhadas, 118 (69%) trabalhavam até quarenta horas semanais, apesar de quase metade dos participantes terem mais de um vínculo empregatício. A Tabela 2 demonstra todos esses dados profissionais.

Tabela 2 - Variáveis profissiográficas dos participantes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022.

Variáveis profissiográficas	n	%	fa
Graduação			
Enfermeiro	107	62,57	62,60
Médico	33	19,30	81,90
Dentista	30	17,50	99,40
Não respondeu	01	00,60	100,00
Tempo de formado (n=63)			
≤1 ano	02	1,16	1,16
02 - 04 anos	07	4,09	5,25
05-10 anos	09	5,26	10,51
11-15 anos	05	2,92	13,43
16-20 anos	10	5,84	19,27
21-25 anos	13	7,60	26,87
26-30 anos	09	5,26	32,13
31-35 anos	03	1,75	33,88
36-40 anos	03	1,75	35,63
41-45 anos	03	1,75	37,38
Não respondeu	108	63,15	100,53
Tem pós-graduação			
Não tenho	14	08,20	08,20
Sim, Especialização	115	67,25	75,45
Sim, Mestrado	34	19,85	95,30
Sim, Doutorado	08	04,70	100,00
Regional de Saúde em que trabalha			
1	30	17,54	17,54
2	19	11,11	28,65
3	31	18,13	46,78
4	19	11,11	57,89
5	29	16,96	74,85
6	40	23,40	98,23

Não respondeu	03	01,75	100,00
Vínculo empregatício			
Servidor	126	73,67	73,68
Contratado	44	25,73	99,40
Tempo de serviço na ESF			
≤1 ano	07	4,09	4,09
01 - 05 anos	22	12,86	16,95
06-10 anos	07	4,09	21,04
11-15 anos	06	3,50	24,54
16-20 anos	18	10,52	35,06
21-25 anos	11	6,43	41,49
26-30 anos	03	1,75	43,24
Não respondeu	97	56,72	99,96
Tem outro emprego além da ESF			
Sim	70	40,94	40,94
Não	99	57,86	98,80
Não respondeu	02	01,20	100,00
Carga horária semanal			
Até 40 horas	118	69,00	69,00
41-60 horas	36	21,05	90,05
Mais de 60 horas	16	09,35	99,40
Não respondeu	01	00,60	100,00

No que diz respeito ao estilo de vida (Tabela 3), 90,06 % da população estudada relatam ter religião, onde 64,11 % são praticantes; quanto à prática de atividade física, 51,46% não praticam nenhuma atividade física e em relação ao lazer, 80,10 % têm alguma atividade de lazer. Pode-se perceber que um pouco a mais da metade dos participantes levam uma vida sedentária, sem a prática rotineira de atividades físicas. Contudo, em relação ao lazer a grande maioria tem alguma forma de manter pelo menos um hábito de vida saudável. A Tabela 3 apresenta todos esses dados.

Tabela 3 -Variáveis acerca de religiosidade, lazer e atividade física dos participantes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022

Variáveis profissiográficas	n	%	fa
Tem religião			
Sim	154	90,06	90,06
Não	17	09,94	100,00
É praticante (religião)			
Sim	111	64,91	64,91
Não	57	33,33	98,24
Não respondeu	03	1,76	100,00
Pratica atividade física			
Sim	83	48,54	48,54
Não	88	51,46	100,00
Tem atividade de lazer			
Sim	137	80,10	80,10
Não	32	18,70	98,80
Não respondeu	02	01,20	100,00

De acordo com Sakae et al. (2017), para avaliação da Síndrome de Burnout utiliza-se a pontuação de acordo com as dimensões da escala específica para tal mensuração, que são as seguintes: Exaustão Emocional (EE) acima de 27 pontos nível alto, de 19 a 26 pontos é o nível médio e abaixo de 19 pontos é o nível baixo. Despersonalização (DP) acima de 10 pontos nível muito alto, de 6 a 9 pontos é o nível médio e menor que 6 pontos é o nível baixo. Já para a Realização Pessoal (RP), considera-se abaixo de 33 como nível muito alto, de 34 a 39 como nível médio e acima de 40 como nível baixo, pois nesta última a escala é invertida, ou seja, quanto mais pontos, menor o nível. Fica caracterizada a SB quando se encontram altas pontuações em EE e DE e baixa pontuação em RP, ou quando se encontram altas pontuações em EE ou DE e baixa RP. A Tabela 4 apresenta as pontuações quanto às dimensões.

Tabela 4 - Síndrome de Burnout nos participantes, em números absolutos.
Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022

Cód.	Item	0	1	2	3	4	5	6	Total
EE1	Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho	35	27	13	35	15	33	13	171
EE2	No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto	03	09	08	14	24	67	46	171
EE3	Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho	09	15	09	28	22	54	34	171
EE4	Consigo compreender facilmente como os meus pacientes se sentem acerca das coisas	02	04	10	15	31	55	54	171
EE5	Sinto que trato alguns pacientes, como se fossem objetos impessoais	63	25	21	28	14	18	02	171
EE6	Trabalhar com pessoas o dia todo é, de fato, um esforço para mim	39	25	18	40	19	18	12	171
EE7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus pacientes	08	14	11	30	28	43	36	170
EE8	Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho	08	14	11	30	28	43	36	170
EE9	Sinto que influencio positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho	03	05	06	33	24	48	52	171
DP1	Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho	52	22	19	27	17	20	14	171
DP2	Preocupo-me que este trabalho esteja me “endurecendo” emocionalmente	40	20	22	29	15	27	18	171
DP3	Sinto-me muito enérgico	32	27	28	45	18	15	06	171
DP4	Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho	27	30	15	35	17	28	19	171
DP5	Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho	07	12	14	20	26	48	44	171
DP6	De fato, não me interessa o que acontece a alguns pacientes	71	30	29	20	09	09	02	170
DP7	Trabalhar diretamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão	24	23	19	30	18	33	24	171
DP8	Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus pacientes	07	15	28	39	30	36	16	171
RP1	Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus pacientes	11	20	36	33	23	27	19	169
RP2	Conseguir realizar muitas coisas importantes nesta profissão	01	15	11	22	32	42	46	169

RP3	Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”)	27	24	13	21	31	28	27	171
RP4	No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma	07	18	26	42	23	34	21	171
RP5	Sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas	53	18	26	21	21	23	09	171

É relevante ressaltar que para as pessoas apresentarem a SB, tem que ter duas das três dimensões, pelo menos, alteradas negativamente, logo estes dados estabelecem um diagnóstico para a manifestação de Burnout.

A análise descritiva do MBI-HSS evidenciou que a maioria dos profissionais de saúde do estudo apresentaram alta EE, alta DE e alta RP, conforme demonstra a tabela 5. Embora não exista um consenso na literatura quanto à interpretação dos resultados para a interpretação da prevalência estimada da SB, observou-se nesta população um percentual médio de 86,55% entre as duas dimensões (EE e DE). É explícito haver grau elevado de sofrimento desses profissionais. Esses números podem ser considerados preocupantes, pois são maiores do que todos os encontrados nos estudos analisados.

Ao analisarmos separadamente cada dimensão fica claro que a prevalência da SB é fato nos profissionais estudados. Tanto a EE com 78,9 %, quanto a DP 94,2% com, estão com níveis elevados; e ao fazermos a média das duas dimensões chegamos ao valor de 86,55 %, dados esses alarmantes. principalmente quando comparamos os não casos, ou seja, baixo nível de Burnout: tendo EE com 7,6% e DP com 2,3 %.

Ao analisarmos os casos de Burnout que estão com níveis médios, que segundo a literatura pode ser visto com preditor de novos casos, chegamos aos índices de: EE tendo 13,5 % e DP tendo 3,5 %. Doados esses considerados baixíssimos.

Apesar desse índice altíssimo indicando a SB, existe um ponto positivo no estudo no que se refere à realização profissional, pois todos os profissionais do estudo apresentaram altos níveis de satisfação pessoal chegando aos 100 %, o que nos causa um certo alívio quanto ao quadro geral de adoecimento desses profissionais. A Psicologia positiva estuda bem esse fenômeno.

Essa corrente de pensamento surgiu nos Estados Unidos da América-EUA em 1998 por iniciativa do Psicólogo Martin Seligman. Ela propõe a modificação do foco da psicologia substituindo os aspectos ruins da vida, para o desenvolvimento de qualidades positivas (COMIN; SANTOS, 2010).

Para Seligman, a II Guerra Mundial foi um marco importante para o estudo da psicologia focada somente nas patologias. Antes desse momento, a Psicologia possuía três missões: curar as doenças mentais; tornar a vida das pessoas mais produtiva e feliz; e, identificar e criar talentos. Contudo, após a guerra, as duas últimas missões foram deixadas de lado (PAULO; KOLLER, 2007).

Como tantos outros psicólogos, Seligman dedica sua carreira para estudar as doenças mentais, em especial a depressão. Ele acredita que a Psicologia deve possibilitar muito mais do que apenas reparar erros, mas também identificar e fortalecer o que está bom (PAULO; KOLLER, 2007).

Para Baccinn (2018) a psicologia positiva é descrita como sendo a ciência que visa estudar os aspectos positivos da vida humana e suas implicações no equilíbrio das pessoas. Ela não despreza as dificuldades, mas sim, procura focar nas questões positivas tais como: qualidades e competências, percebendo fatores geradores de qualidade de vida, felicidade e bem-estar, tanto de forma individual quanto coletiva.

A psicologia positiva vem trazer uma proposta de desfazer os vieses causados pela psicologia negativa, que ainda hoje resiste e existe. Ela vem com uma abordagem focada nas potencialidades e qualidades humanas. É considerada um fenômeno de vida saudável e adaptada ao desenvolvimento e tem a capacidade de resistir às condições adversas e persistentes (BACCIN, 2020).

Seguindo essa abordagem fenomenológica, enquadra-se a realização profissional, que no contexto atual, procura pensar no trabalho como possível promotor de um estado ou sentimento de realização para a pessoa. Maslach e Jackson em seu instrumento para a caracterização da Síndrome de *Burnout*, utilizam em uma de suas 3 dimensões a realização profissional, e as define como um sentimento de competência, empenho, satisfação, eficiência e sucesso no trabalho (GEREMIAS, 2020).

Outro ponto exaltado na psicologia positiva é o engajamento no trabalho, que pode ser definido como um estado mental positivo desencadeador de bem-estar e identificação no trabalho. É um estado que gera disposição e está relacionado a motivos intrínsecos que estão nas pessoas ao longo da vida e que, levam a comportamentos de alto investimento de energia e dedicação no trabalho laboral com elevada sensação de prazer e realização (VAZQUEZ, 2019)

O alto índice de realização profissional vem nos mostrar o quão resilientes e engajados com seus trabalhos são esses profissionais. Farsen et al. (2018), falam que a resiliência está na capacidade de se olhar para as adversidades como uma oportunidade de crescimento individual e social e que essa abordagem é o centro da psicologia positiva que tem como foco trabalhar as potencialidades e os aspectos positivos das pessoas e da sociedade. A tabela 5 apresenta a frequência da SB detalhando cada dimensão.

Tabela 5. Distribuição de frequência da Síndrome de Burnout, segundo as dimensões de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022

Dimensão	n	%	Outras estatísticas
Exaustão emocional			
Baixa	13	7,6	Mín.= 1,0, Máx.= 46, Média = 22,2, DP = 8,3
Média	23	13,5	
Alta	135	78,9	
Despersonalização			
Baixa	04	2,3	Mín.= 4,0, Máx.= 50, Média = 32,3, DP = 8,8
Média	06	3,5	
Alta	161	94,2	
Realização pessoal			
Baixa	-	-	Mín.= 2,0, Máx.= 30, Média = 16,1, DP = 4,7
Média	-	-	
Alta	171	100,0	

n = frequência absoluta; % = frequência relativa; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo; DP = desvio padrão.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a SB está mais evidente nos profissionais de enfermagem pelo fato dessa categoria profissional estar em uma posição, muitas vezes, de liderança e de sobrecarga de trabalho e também pela questão de falta de autonomia e identificação de papéis, gerando assim cansaço, desilusão, falta de expectativa e esperança; e que os dentista são os que sofrem menos com a SB talvez pelo fato de serem a categoria profissional que menos desempenham papel administrativos nas UAPS e por seu menor envolvimento nas atividades desenvolvidas junto à comunidade (LIMA et al., 2018). O presente estudo, contudo, demonstrou que as três categorias profissionais tiveram níveis aproximados de SB, com média de 78,7 %.

Ao cruzarmos as variáveis sociodemográficas com as três dimensões ficou bem claro que nenhum fator se sobrepõe a outro, o que nos mostra que a SB está presente na grande maioria dos profissionais independentemente de fatores como: sexo, idade, estado civil e religião. Assim como fatores relacionados ao trabalho, tais como: formação, pós-graduação, tempo de serviço, vínculo empregatício, ter outro emprego, carga horária semanal, local de trabalho.

Tabela 6 - Frequência da Síndrome de Burnout segundo as variáveis profissiográficas e sociodemográficas. Fortaleza-Ceará, 2022

Variáveis	Exaustão emocional			Despersonalização			Baixa realização pessoal
	Baixo n (%)	Médi o n (%)	Alto n (%)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Alto n (%)
Sociodemográficas							
Sexo							
Feminino	10 (6,9)	21 (14,6)	113 (78,5)	03 (2,1)	06 (4,2)	135 (93,8)	144 (100,0)
Masculino	03 (11,1)	02 (7,4)	22 (81,5)	01 (3,7)	-	22 (96,3)	27 (100,0)
Estado civil							
Casado	10 (9,3)	14 (13,0)	84 (77,8)	02 (2,8)	02 (1,9)	103 (95,4)	108 (100,0)
Divorciado	-	02 (20,0)	08 (80,0)	-	-	10 (100,0)	10 (100,0)
Solteiro	02 (4,0)	06 (12,0)	42 (84,0)	-	04 (80,0)	46 (92,0)	50 (100,0)
Viúvo	01 (50,0)	-	01 (50,0)	01 (50,0)	-	01 (50,0)	02 (100,0)
Filhos							
Sim	11 (9,6)	18 (15,8)	85 (74,6)	04 (3,5)	04 (3,5)	106 (93,0)	114 (100,0)
Não	02 (3,5)	05 (8,8)	50 (87,7)	-	02 (3,5)	55 (96,5)	57 (100,0)
Faixa etária							
Adulto jovem	-	01 (33,3)	02 (66,7)	-	01 (33,3)	02 (66,7)	03 (100,0)
Adulto	12 (7,3)	22 (13,3)	131 (79,4)	04 (2,4)	05 (3,0)	156 (94,5)	165 (100,0)
Idoso	01 (33,3)	-	02 (66,7)	-	-	03 (100,0)	03 (100,0)
Religião							
Sim	13 (8,4)	23 (14,9)	118 (76,6)	04 (2,6)	06 (3,9)	144 (93,5)	154 (100,0)
Não	-	-	17 (100,0)	-	-	17 (100,0)	17 (100,0)
É praticante?							
Sim	08 (7,2)	16 (14,4)	87 (78,4)	01 (0,9)	05 (4,5)	105 (94,6)	111 (100,0)
Não	05 (8,8)	07 (12,3)	45 (78,4)	03 (5,3)	01 (1,8)	53 (93,0)	57 (100,0)
Profissionais							

Formação acadêmica

Dentista	05 (16,7)	05 (16,7)	20 (66,7)	02 (6,7)	-	28 (93,3)	30 (100,0)
Enfermeiro	07 (6,5)	16 (15,0)	84 (78,5)	02 (1,9)	04 (3,7)	101 (94,4)	107 (100,0)
Médico	01 (3,0)	02 (6,1)	30 (90,9)	-	02 (6,1)	31 (93,9)	33 (100,0)

Tempo de formado

Até 20 anos	06 (6,7)	11 (12,2)	73 (81,1)	02 (2,2)	04 (4,4)	84 (93,3)	90 (100,0)
Acima de 20 anos	07 (8,8)	12 (15,0)	61 (76,3)	02 (2,5)	02 (2,5)	76 (95,0)	80 (100,0)

Pós-graduação

Sim	04 (2,5)	22 (14,0)	122 (77,7)	04 (2,5)	06 (3,8)	147 (93,6)	157 (100,0)
Não	-	01 (7,1)	13 (92,9)	-	-	14 (100,0)	14 (100,0)

Especialização

Sim	09 (7,8)	15 (13,0)	91 (79,1)	03 (2,6)	05 (4,3)	107 (93,0)	115 (100,0)
Não	04 (7,1)	08 (14,3)	44 (78,6)	01 (1,8)	01 (1,8)	54 (96,4)	56 (100,0)

Mestrado

Sim	04 (11,8)	05 (14,7)	25 (73,5)	01 (2,9)	01 (2,9)	32 (94,1)	34 (100,0)
Não	09 (6,6)	18 (13,1)	110 (80,3)	03 (2,2)	05 (3,6)	129 (94,2)	137 (100,0)

Doutorado

Sim	-	02 (25,0)	06 (75,0)	-	-	08 (100,0)	08 (100,0)
Não	13 (8,0)	21 (12,9)	129 (79,1)	04 (2,5)	06 (3,7)	153 (93,9)	163 (100,0)

Regional em que trabalha

I	04 (13,3)	05 (16,7)	21 (70,0)	01 (3,3)	03 (10,0)	26 (86,7)	30 (100,0)
II	04 (21,2)	02 (10,5)	13 (68,4)	01 (5,3)	-	18 (94,7)	19 (100,0)
III	01 (3,2)	05 (16,1)	25 (80,6)	02 (6,5)	01 (3,2)	29 (90,3)	31 (100,0)
IV	-	03 (15,8)	16 (84,2)	-	-	19 (100,0)	19 (100,0)
V	02 (6,9)	03 (10,3)	24 (82,8)	-	-	29 (100,0)	29 (100,0)

VI	02 (5,0)	05 (12,5)	33 (82,5)	-	02 (5,0)	38 (95,0)	40 (100,0)
Vínculo empregatício							
Contratado	02 (4,5)	06 (13,6)	36 (81,8)	01 (2,3)	04 (9,1)	39 (88,6)	44 (100,0)
Servidor	11 (8,7)	17 (13,5)	98 (77,8)	03 (2,4)	02 (1,6)	121 (96,0)	126 (100,0)
Tempo de ESF							
Até 16 anos	07 (7,7)	10 (11,0)	74 (81,3)	01 (1,1)	04 (4,4)	86 (94,5)	91 (100,0)
Acima de 16 anos	06 (7,8)	13 (16,9)	58 (75,3)	03 (3,9)	02 (2,6)	72 (93,5)	77 (100,0)
Outro emprego							
Sim	07 (10,0)	10 (14,3)	53 (75,7)	-	03 (4,3)	67 (95,7)	70 (100,0)
Não	06 (6,1)	13 (13,1)	80 (80,8)	04 (4,0)	03 (3,0)	92 (92,9)	99 (100,0)
Carga horária semanal							
Até 40 horas	08 (6,8)	16 (13,6)	94 (79,7)	04 (3,4)	04 (3,4)	110 (93,2)	118 (100,0)
De 41 a 60 horas	04 (11,1)	05 (13,9)	27 (75,0)	-	01 (2,8)	35 (97,2)	36 (100,0)
Mais de 60 horas	01 (6,3)	02 (12,5)	13 (81,3)	-	01 (6,3)	15 (93,8)	16 (100,0)
Lazer							
Prática atividade física							
Sim	07 (8,4)	13 (15,7)	63 (75,9)	02 (2,4)	03 (3,6)	78 (94,0)	83 (100,0)
Não	06 (6,8)	10 (11,4)	72 (81,8)	02 (2,3)	03 (3,4)	83 (94,3)	88 (100,0)
Tempo de atividade física semanal							
Abaixo de 150 min	02 (13,3)	02 (13,3)	11 (73,3)	01 (6,7)	-	14 (93,3)	15 (100,0)
De 150 a 300 min	03 (5,9)	08 (15,7)	40 (78,4)	01 (2,0)	03 (5,9)	47 (92,2)	51 (100,0)
Acima de 300 min	01 (7,1)	03 (21,4)	10 (71,4)	-	-	14 (100,0)	14 (100,0)
Tem atividades de lazer?							
Sim	12 (8,6)	21 (15,1)	106 (76,3)	04 (2,9)	06 (4,3)	129 (92,8)	139 (100,0)
Não	01 (3,1)	02 (6,3)	29 (90,6)	-	-	32 (100,0)	32 (100,0)

**Tempo de lazer
semanal (em
horas)**

Até 5 horas	07 (9,5)	12 (16,2)	55 (74,3)	03 (4,1)	04 (5,4)	67 (90,5)	74 (100,0)
Acima de 5 horas	05 (7,9)	09 (14,3)	49 (77,8)	01 (1,6)	02 (3,2)	60 (95,2)	63 (100,0)

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

As limitações encontradas neste estudo consistem, principalmente, pelo fato de a amostra ser numericamente pequena e que a maioria era somente de uma categoria profissional, da enfermagem.

Conclusão

Assim como acontece com muitas doenças, principalmente as relacionadas com transtornos mentais, a SB se manifesta através de etapas, as quais na maioria das vezes, passam despercebidas ou confundidas com outros transtornos, tais como: estresse e ansiedade. Gerando assim um falso diagnóstico e protelando o tratamento e o combate às causas reais do problema. A SB traz inúmeras consequências para os profissionais de saúde tanto no âmbito da saúde física quanto mental, ocasionando com isso problemas no âmbito social e profissional.

O estudo procurou contribuir dentro do panorama da saúde do trabalhador, trazendo um melhor entendimento de como a Síndrome de Burnout atinge os profissionais da saúde. Principalmente os da APS que são os que lidam mais frequentemente e estão mais próximos de seus usuários. Os resultados demonstraram que a SB é uma realidade que assombra esses profissionais, e que os gestores têm que estar sensíveis a essa realidade. Em contrapartida ao engajamento dos profissionais com seu trabalho pode ser percebido pelo fato de todos terem apresentado alto índice de satisfação relacionado ao trabalho gerando satisfação pessoal, o que nos mostra que esses profissionais são comprometidos com seus trabalhos.

Referências

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007.

FARSEN, T. C. resiliência no trabalho no campo da psicologia: um estudo bibliométrico. *psicologia de el caribe*. **Universidad del Norte**, v. 35, n. 1, p. 81-103, 2018.

HOLMES, E. S.; SANTOS, S. R.; FARIAS, J. A. et al. Síndrome de Burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental Online**, v. 6, n. 4, 2014.

LACERDA, R. B. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cultura de los cuidados**, v. 20, n. 44, 2016.

LIMA, A. S. et al. Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v.16, n. 1, p.283-304, 2018.

SAKAE, T. M. et al. Prevalência da síndrome de Burnout em funcionários da estratégia saúde da família em um município do sul do Brasil. **Arq Catarin. Med**, v. 46, n. 1, p. 43-54, 2017.

SILVA, L. F. R. et al. Estresse ocupacional em equipes saúde da família certificadas e não certificadas com selo de qualidade assistencial. **Esc. Ana Nery**, v. 25, n. 4, 2021.

O terceiro artigo fala da construção de um DASHBOARD sobre a estimativa da prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais da Atenção Primária à Saúde. O Dashboard segue na íntegra no APÊNDICE F.

6.3 Artigo 3

Construção e validação de dashboard para estimar prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária à saúde³

Clarissa Cavalcante e Silva Macedo¹

Thereza Maria Magalhães Moreira²

Resumo

Objetivo: Elaborar Dashboard para estimar prevalência da *Síndrome de Burnout* (SB) em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e para identificação e acompanhamento de casos. **Método:** Trata-se de estudo metodológico com construção de dashboard para análise dos casos da síndrome de Burnout em profissionais de nível superior da APS. **Resultados:** O dashboard foi elaborado e mostrou evidência de validade de conteúdo e aparência, conforme juízes especialistas. No total foram dez juízes, divididos entre profissionais atuantes na área da saúde e da informática. **Conclusão:** O Dashboard construído cumpriu seu propósito de estimar a prevalência da SB nesses profissionais.

Palavras-chave: Dashboard; Validação; Conteúdo; Aparência.

Abstract

Objective: To develop a Dashboard to estimate the prevalence of Burnout Syndrome (BS) in Primary Health Care (PHC) professionals and the prediction of new cases. **Method:** This is a methodological study with the construction of a dashboard for the analysis of cases of

³ Artigo submetido à revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental.

Burnout syndrome in higher level PHC professionals. Results: The dashboard was designed and showed evidence of content and appearance validity, according to expert judges. In total, there were ten judges, divided between professionals working in the health and information technology areas.

Conclusion: The built Dashboard fulfilled its purpose of estimating the prevalence of BS in these professionals.

Keywords: Dashboard; Validation; Content; Appearance.

Introdução

Há exatos 21 anos atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, pude vivenciar várias realidades e situações geradoras de estresse e adoecimento nos profissionais atuantes nessa área. Considerando esse contexto, surgiu a inquietação e o interesse em trabalhar o tema do estresse ocupacional nos profissionais da atenção primária.

Na Atenção Primária em Saúde (APS) os profissionais têm o compromisso de atender às diversas demandas dos usuários que buscam os serviços de forma a prestar o melhor atendimento possível, acolhendo-os com humanização e integralidade. Esses profissionais têm estreito vínculo com o território onde desenvolvem suas atividades junto à comunidade e o indivíduo numa perspectiva familiar e global de suas necessidades e demandas. Por esta razão, a realidade do usuário fica próxima ao profissional, com seus problemas de diversas ordens, sejam elas pessoais, profissionais ou de gerenciamento, e que oferecem limitações internas, relacionadas às questões do próprio profissional em relação ao trabalho; e externas, relacionadas a gestão do trabalho em si que não depende diretamente do profissional. Essa particularidade acaba expondo os trabalhadores a riscos físicos e/ou psicossociais que podem culminar com um adoecimento por estresse ocupacional (LACERDA et al., 2016).

Os trabalhadores da saúde têm sido alvo de muitas situações geradoras de estresse na execução de suas atividades laborais. Trabalhar na área da saúde requer um contato próximo com as pessoas que estão fragilizadas pelo seu estado de saúde e que demandam cuidados diários. Essa proximidade física e emocional do trabalhador com esses pacientes pode fragilizar esses profissionais e vir a deixá-los estressados. O desgaste físico e mental proporcionado pelo ambiente de trabalho é o que gera o estresse ocupacional ou Síndrome de Burnout (SB). (ALMEIDA et al., 2016).

Em virtude dessa situação, surgiu o interesse pela construção de um produto que pudesse ajudar a identificar essa problemática. Portanto, este estudo propõe a construção e

validação de um DASHBOARD estimador da prevalência da Síndrome de Burnout e avaliativo da predição de novos casos da doença.

Método

Aspectos éticos

O estudo atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Desenho, local do estudo e período

Estudo metodológico com construção de dashboard para análise dos casos da síndrome de Burnout nos profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde realizado no Município de Fortaleza (CE), com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, entre os meses de maio e julho de 2022.

Evidências de validade de conteúdo e aparência por juízes especialistas

A validação do conteúdo e aparência se deu por juízes com formação na área da saúde, psicologia, e por profissionais especialistas em informática. Os juízes foram selecionados via consulta ao currículo Lattes, na Plataforma Lattes. O processo de validação foi realizado em dezembro de 2022.

Para essa etapa utilizaram-se dois formulários, Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), proposto por Leite et al. (2018) e o instrumento de validação de aparência de tecnologia educacional em saúde (IVATES). Os escores avaliados para aparência estão identificados da seguinte forma: 1 - Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente, 3- Discordo, 4 - Concordo, 5 - Concordo totalmente; e os escores para conteúdo estão identificados da seguinte forma: 0- Discordo, 1- Concordo parcialmente, 2- Concordo totalmente.

O índice de validade de aparência (IVA) é baseado no método de estimação do índice de validade de conteúdo (IVC), onde o item com $IVA > 0,78$ é considerado excelente; entre 0,60 e 0,77 indica necessidade de adequação para melhoras na aparência da tecnologia educacional em saúde; item com $IVA < 0,60$ é classificado como ruim (SOUSA; MOREIRA; BORGES, 2019).

A validação do conteúdo pelo IVCES foi o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para obter o IVC satisfatório foi considerada a concordância mínima de 0,80 (domínio e

geral) que foi estabelecida pelo seguinte cálculo, soma das respostas: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Discordo”, “Concordo”, “Concordo totalmente”; isso para conteúdo e, “Discordo”, “Concordo parcialmente”, “Concordo totalmente” para aparência, dividido pela soma de todas as respostas. No caso de discordância de algum item os especialistas preencheram um espaço destinado a observações e sugestões de modificações. Os itens que obtiveram concordância de 0,80 ou mais foram considerados validados. Aqueles com médias entre 0,75 e 0,80 foram modificados de acordo com as sugestões dos especialistas para serem considerados com evidências de validade.

Após a validação do dashboard pelos juízes e realização dos ajustes propostos por eles, iniciou-se a fase de produção final do produto.

Resultado e discussão

Foram elaborados e validados, por juízes convidados a participar do estudo. Num total de dez juízes, divididos entre profissionais atuantes na área da saúde e da informática: sendo um médico, cinco enfermeiro, um especialista em ciências da computação, um psicólogo, um educador físico e um em geoprocessamento, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos Juízes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2022

NOME	CATEGORIA
Juíz 1	Médico
Juíz 2	Enfermeiro
Juíz 3	Enfermeiro
Juíz 4	Enfermeiro
Juíz 5	Ciências da Computação
Juíz 6	Geógrafo
Juíz 7	Enfermeiro
Juíz 8	Enfermeiro
Juíz 9	Educador físico
Juíz 10	Psicólogo

O processo de validação é o reconhecimento da qualidade dos instrumentos, tornando-se um aspecto fundamental para a legitimidade credibilidade dos resultados (BITTENCOURT, 2011). Nessa fase, não há consenso, alguns autores sugerem um mínimo de cinco e máximo de vinte sujeitos, considerando as características do instrumento, formação,

qualificação e disponibilidade dos profissionais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Na validação de conteúdo se faz presente que os avaliadores sejam realmente juízes na área de interesse do constructo para que possam avaliar adequadamente a representatividade e relevância do conteúdo. Os critérios, dentre a literatura, para seleção de juízes são que tenham experiência clínica, publicações na área, sejam peritos na estrutura conceitual envolvida e conhecimento metodológico na construção de questionário e escalas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Todos os juízes que validaram conteúdo e aparência do *dashboard* eram oriundos do estado do Ceará e tinha doutorado, sendo a maioria do sexo masculino (60%). Dentre as diversas categorias profissionais, o maior quantitativo foi de enfermeiros (50%). Os demais eram: educador físico (10%), médico (10%), psicólogo (10%), geógrafo (10%) e profissional da ciência da computação (10%).

Em seguida foi mostrado a versão online para cada juiz as validações de conteúdo e aparência e a sua opinião mensurada de acordo com as finalidades do dashboard: propósitos, metas ou finalidades, organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência, significância, impacto, motivação e interesse, isso em relação ao conteúdo e; em relação a aparência, como segue nas Tabelas 1 e 2.

Segundo Alexandre e Colucci (2015): O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes em concordância sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens.

A Tabela 1 traz os dados relacionados à validação de conteúdo do *dashboard* pelos juízes, que o consideraram adequado quanto aos objetivos (IC=96%), estrutura/apresentação (IC=100%) e relevância (IC=96,7%), com IC total de 97,6%. Ainda, todos os itens apresentaram excelentes índices de concordância ($90\% \leq IC \leq 100\%$; $p > 0,05$).

Tabela 1. Validação de conteúdo do *dashboard*. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

Itens	Concordância				p-valor
	D f(%)	CP f(%)	C f(%)	IC (%)	
Objetivos				96,0	
1 Contempla o tema proposto.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
2 Adequado ao processo de ensino-aprendizagem.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107

3	Esclarece dúvidas sobre o tema abordado.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
4	Proporciona reflexão sobre o tema.	01 (10,0)	02 (20,0)	07 (70,0)	90,0	0,376
5	Incentiva mudança de comportamento.	01 (10,0)	03 (30,0)	06 (60,0)	90,0	0,376 ^a
Estrutura/Apresentação					100,0	
6	Linguagem adequada ao público-alvo.	-	01 (10,0)	09 (90,0)	100,0	0,107
7	Linguagem apropriada ao material educativo.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
8	Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
9	Informações corretas.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
10	Informações objetivas.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
11	Informações esclarecedoras.	-	03 (30,0)	07 (70,0)	100,0	0,107
12	Informações necessárias.	-	03 (30,0)	07 (70,0)	100,0	0,107
13	Sequência lógica das ideias.	-	03 (30,0)	07 (70,0)	100,0	0,107
14	Tema atual.	-	01 (10,0)	09 (90,0)	100,0	0,107
15	Tamanho do texto adequado.	-	02 (20,0)	08 (80,0)	100,0	0,107
Relevância					96,7	
16	Estimula o aprendizado.	01 (10,0)	01 (10,0)	08 (80,0)	90,0	0,107
17	Contribui para o conhecimento na área.	-	01 (10,0)	09 (90,0)	100,0	0,107
18	Desperta o interesse pelo tema.	-	03 (30,0)	07 (70,0)	100,0	0,107
Total					97,6	-

D = discordo; CP = concordo parcialmente; C = concordo; f = frequência absoluta; % = frequência relativa (percentual); p-valor = Teste Exato Binomial (a: estados de hipóteses alternativas que a proporção de casos no primeiro grupo $<0,80$).

Na validação da aparência (Tabela 2), o IVA total foi de 95,8% ($80\% \leq IC \leq 100\%$) e não foi observada discordância significativa na atribuição da pontuação pelos juízes ($p > 0,05$).

Entre os itens, um juiz discordou parcialmente quanto à disposição harmônica das ilustrações com o texto; sobre estarem em quantidade e tamanho adequados; e dois juízes discordaram parcialmente quanto às ilustrações auxiliarem nas mudanças de comportamentos e atitudes do público-alvo (Tabela 2).

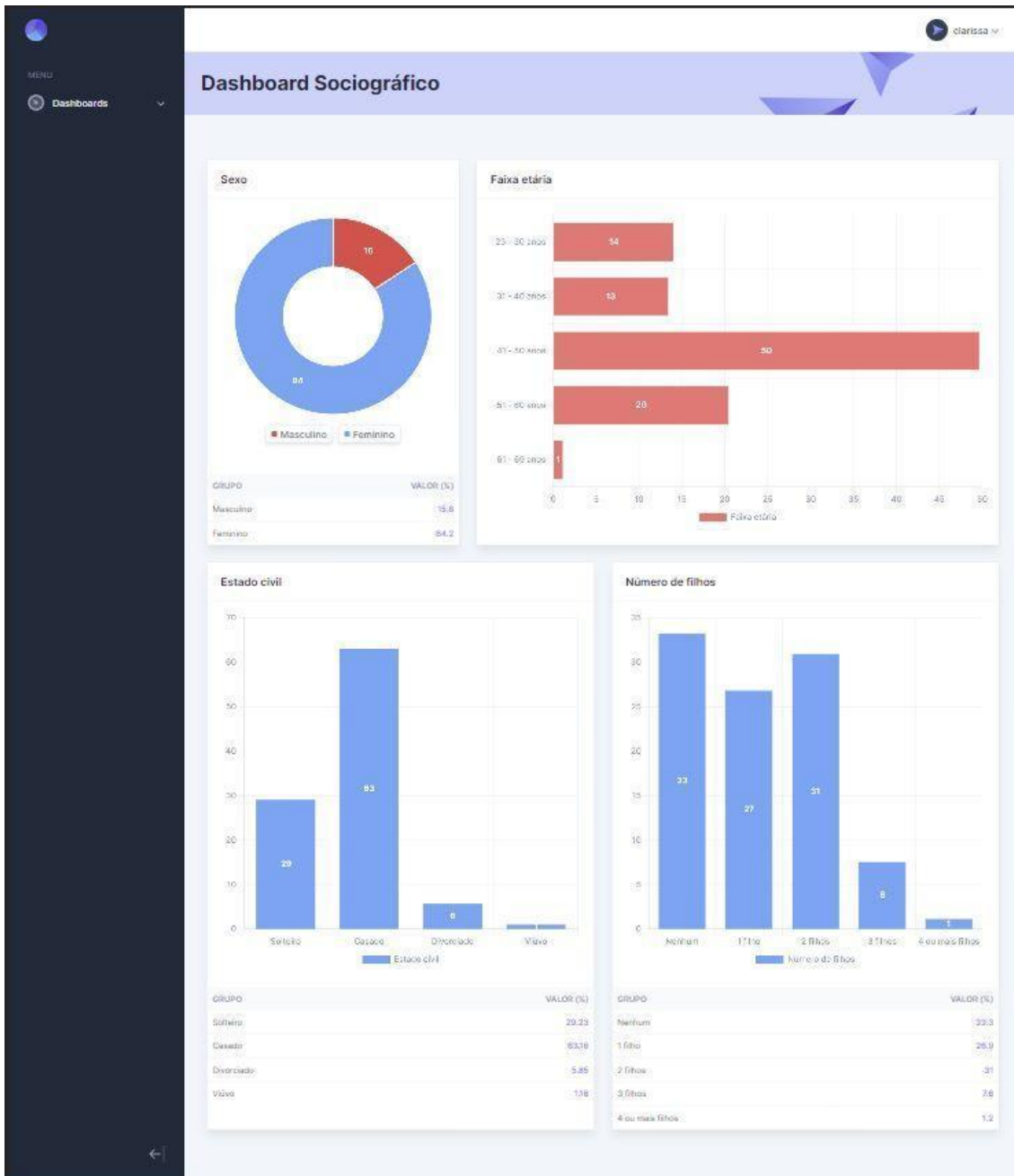
Tabela 2. Validação da aparência do *dashboard*. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

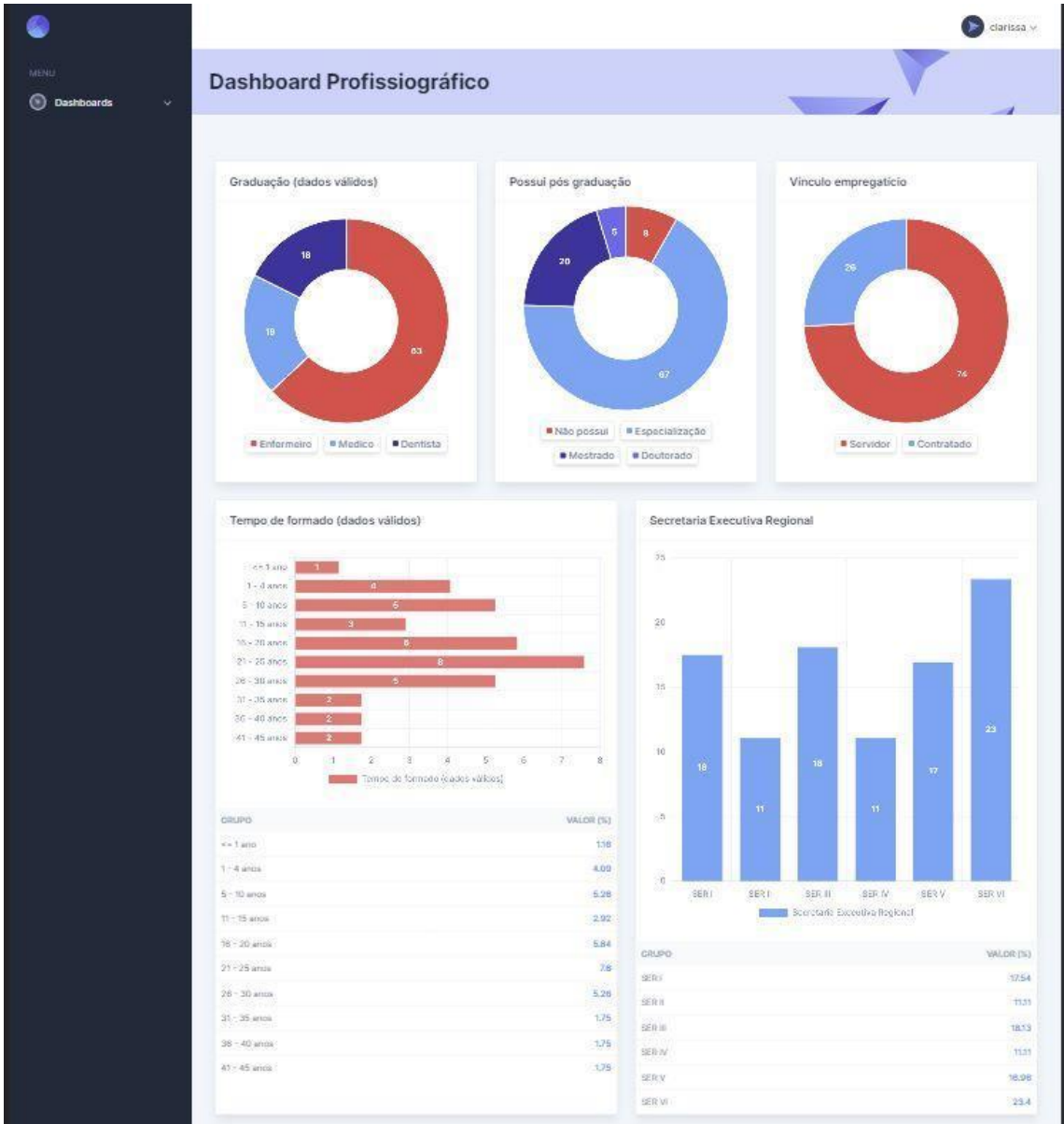
Itens	Concordância			IVA (%)	p-valor
	DP f(%)	C f(%)	CT f(%)		
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.	-	06 (60,0)	04 (40,0)	100,0	0,107
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	-	05 (50,0)	05 (50,0)	100,0	0,107
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	-	04 (40,0)	06 (60,0)	100,0	0,107
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	-	05 (50,0)	05 (50,0)	100,0	0,107
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	-	04 (40,0)	06 (60,0)	100,0	0,107
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.	-	05 (50,0)	05 (50,0)	100,0	0,107
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	01 (10,0)	03 (30,0)	06 (60,0)	90,0	0,376
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	-	04 (40,0)	06 (60,0)	100,0	0,107
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.	-	03 (30,0)	07 (70,0)	100,0	0,107
10. As ilustrações estão em quantidade adequada no material educativo.	01 (10,0)	04 (40,0)	05 (50,0)	90,0	0,376
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	01 (10,0)	03 (30,0)	06 (60,0)	90,0	0,376
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.	02 (20,0)	04 (40,0)	04 (40,0)	80,0	0,376 ^a
Total	-	-	-	95,8	-

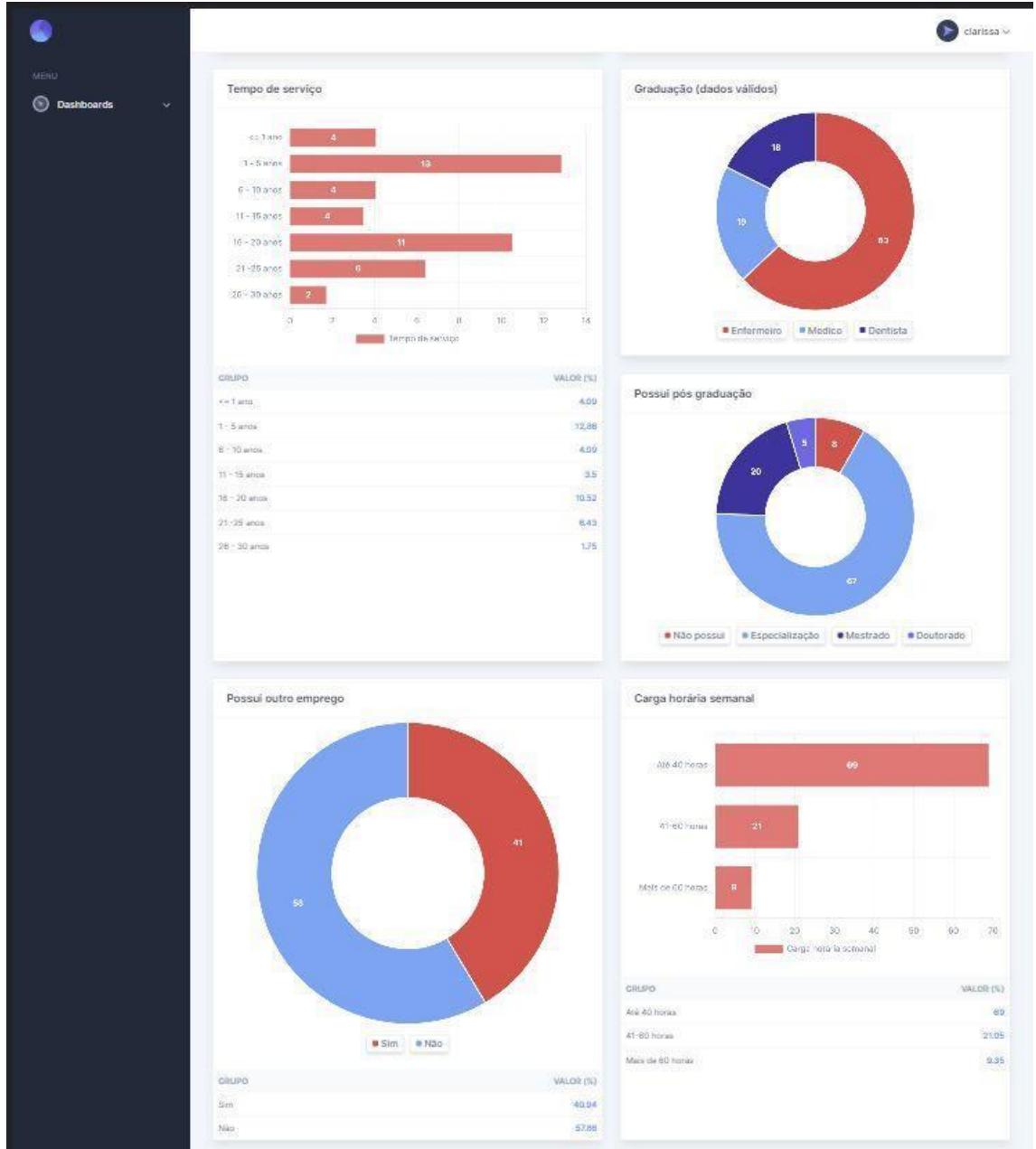
DP = discordo parcialmente; C = concordo; CT = concordo totalmente; f = frequência absoluta; % = frequência relativa (percentual); p = Teste Exato Binomial (a: estados de hipóteses alternativas que a proporção de casos no primeiro grupo <0,80). CCI = Coeficiente de Correlação Intraclasse, com Intervalo de Confiança 95%.

Para Polit e Beck (2019), recomenda-se que o resultado para o mínimo de seis ou mais juízes não seja inferior a 0,78.

Portanto, pode-se verificar um índice de concordância satisfatório entres os juízes no que diz respeito ao conteúdo e aparência. A seguir tem-se como ficou o Dashboard, e link de acesso, ao final da avaliação dos juízes. O mesmo foi dividido em três variáveis: sociográficas, profissiográficas e prevalência estimada da Síndrome de Burnout.









<https://dashboard-clarissa-uece.netlify.app/>

Espera-se que a criação desse ambiente virtual de monitoramento para estimar a prevalência da SB em profissionais de saúde possa favorecer ações para diminuição do problema.

Conclusão

A criação de um ambiente virtual de monitoramento para estimar a prevalência da SB em profissionais de saúde é algo inovador e instigante, ao ponto de alertar aos gestores

públicos acerca do problema e mitigar ações voltadas para a solução ou diminuição do problema.

O Dashboard cumpriu seu propósito quanto ao objetivo de estimar a prevalência da SB nesses profissionais e foi validado pelos juízes especialistas. Espera-se que sirva de modelo e possa ser usado de forma contínua para avaliação da saúde mental desses trabalhadores.

Referências

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 1-9, jul. 2011.

ALMEIDA, L. A.; MEDEIROS, I. D. S; BARROS, A. G. et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Rev. Fund Care online.**, v. 8, n. 3, p. 4623-4628, 2016.

LACERDA, R. B. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cultura de los cuidados**, v. 20, n. 44, 2016.

LEITE, S. S. et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 71, Suppl 4, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Development of na appearance validity instrument for educational technology in health. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, Suppl 6, e20190559, 2019.

7 CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

A situação de podermos trazer um produto que não é novo, mas sim inovador, por estarmos predizendo o estado de saúde mental dos profissionais da saúde, vem romper as barreiras do descrédito e inoperância em relação a saúde do trabalhador.

O desenvolvimento dessa pesquisa foi de fundamental importância para a criação de um ambiente virtual que servisse como termômetro para que os gestores públicos pudessem tomar ciência do quadro de saúde mental de seus colaboradores.

O presente estudo corrobora com a literatura atual, nacional e internacional, acerca do adoecimento mental e sua relação com o trabalho. Espera-se que inspire a realização de novas pesquisas e que venha a contribuir positivamente com o fomento de políticas públicas voltadas para o bem-estar físico e mental desses trabalhadores, que tanto se dedicam a cuidar do próximo.

Como questão limitadora podemos citar o fato da não averiguação mais detalhada dos casos da presença SB e da não presença em relação a psicologia positiva, pois mais de 80% dos profissionais apresentaram altos índices de Burnout. Apesar de podermos afirmar que a realização profissional está presente em todos os profissionais em um alto nível, demonstrando engajamento; para fazermos tal avaliação de forma aprofundada, precisaríamos de uma amostra mais heterogênea. Mas fica como uma proposta para novos estudos abordando o assunto.

8 REGISTRO DO PRODUTO (DASHBOARD)

O DASHBOARD tem como base de dados local um arquivo de texto no formato Javascript Object (JSON) e disponibilizado através de uma interface de programação de aplicação-API interna que alimenta os dados, um software distinto, de conhecimento público e domínio privado. Após as apreciações da banca examinadora e as considerações pertinentes realizadas do DASHBOARD, será registrado no Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT) UECE.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. A. et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Rev. Fund Care online**, v. 8, n. 3, p. 4623-8, 2016.
- ANDRADE, A. N. M. et al. Avaliação do nível de estresse do anestesiológico da Cooperativa de anesthesiologia de Sergipe. **Rev. Brasileira de anesthesiologia**, v. 61, n. 4, 2011.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: GASTÃO, W. S. C. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- BACCIN, A. A. et al. Revisão sistemática: a psicologia positiva e suas aplicações nos contextos do trabalho. **PSICO porto alegre.**, v. 51, n. 3, p. 1-14, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto 3.048 de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.
- CARLOTTO, M. S. Transtornos mentais comuns em trabalhadores de unidade básica de saúde: prevalência e fatores associados. **PsicolArgum.**, v. 34, n. 85, p. 133-146, 2016.
- CASTRO, F. G. Burnout e complexidade histórica. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v. 13, n. 1, 2013.
- CASTRO, J. R. et al. Estresse ocupacional e engajamento em profissionais de saúde bucal. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 32, 2019.
- CHEN, X. et al. Moderando o papel da satisfação no trabalho na intenção de rotatividade e no burnout entre os trabalhadores das instituições de atenção primária: um estudo transversal. **BMC Saúde Pública**, v. 19, n. 1526, 2019.
- COMIN, F. S.; SANTOS, M. A. Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 3, p. 440-448, 2010.
- DEMARZO, M. et al. Frenetic, under-Challenged, and Worn-out Burnout Subtypes among Brazilian Primary Care Personnel: Validation of the Brazilian "Burnout Clinical Subtype Questionnaire". **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, 2020.
- DRAGO, L. C. et al. Sofrimento moral de enfermeiros gerentes em um hospital universitário. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 12, p. 1074-1080, 2020.

- ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.
- FERNANDES, M. A. et al. Adoecimento mental e as relações como trabalho: estudo com trabalhadores portadores de transtorno mental. **Rev. Bras. de medicina do trabalho**, 2019.
- FERREIRA, M. S. G.; ANDERSDON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v. 15, n. 42, 2020.
- GEREMIA, H. C. et al. Concepções de realização profissional: uma revisão integrativa. **Revista psicologia e saúde**, v. 12, 2020.
- GOMES, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018
- HOLMES, E. S. et al. Síndrome de Burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v. 6, n. 4, p. 1384-95, 2014.
- LACERDA, R. B. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da família. **Cultura de los cuidados**, v. 20, n. 44, 2016.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.
- LEITE, S. S. et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 71, Suppl 4, p. 1635-41, 2018.
- LIMA, A. S. et al. Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, n. 1, p.283-304, 2018.
- MAZUR, A. et al. Existential attitudes as predictors of burnout in Polish nurses employed in rural primary healthcare settings. **Ann Agric Environ Med**, v. 25, n. 3, p. 552-558, 2018.
- MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Fatores psicossociais e síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde mental. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020.
- MOTA, C. M.; DOSEA, G. S; NUNES, P. S. Avaliação da presença da síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, 2014.
- ORTEGA-CAMPOS, A. et. al. A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, v. 16, n. 18, 2019.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
- PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicometria e na educação. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2013.

- PAULO, S. S.; KOLLER, S.H. Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidèia**, v. 17, n. 36, p. 9-20, 2017.
- PÊGO, F. P. L.; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 14, n. 2, p. 171-6, 2016.
- POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- PORCIUNCULA, A. M.; VENÂNCIO, S. A.; SILVA, C. M. F. P. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 25, n. 4, 2020.
- RAMOS, C. E. B. et al. Impactos da Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. **Rev. Bras. ciência da saúde**, v. 23, n. 3, p. 285-96, 2019.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.
- SANTOS, S. V. M. et al. Os biomarcadores como tendência inovadora para auxiliar no diagnóstico de doenças mentais em trabalhadores. **Rev Bras Med Trab.**, v. 16, n. 3, p. 371-7, 2018.
- SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. **Texto contexto Enferm**, v. 27, n. 4, 2018.
- SILVA, B. C. Fatores relacionados à sobrecarga de trabalho de profissionais da atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 2019.
- SILVA, L. F. R. et al. Estresse ocupacional em equipes saúde da família certificadas e não certificadas com selo de qualidade assistencial. **Esc. Ana Nery**, v. 25, n. 4, 2021.
- SILVA, S. C. P. S. et al. A Síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-20, 2015.
- SILVEIRA, A. L. P. et al. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Rev Bras med Trab.**, v. 14, n. 3, p. 275-84, 2016.
- SOUSA, V. F. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 3, p. 900-15, 2015.
- SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Development of na appearance validity instrument for educational technology in health. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, Suppl 6, 2020.
- TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da estratégia saúde da família. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.
- VAZQUEZ, A. C. S. et al. Avanços na psicologia positiva: bem-estar, engajamento e redesenho no trabalho. **Avaliação psicológica**, v. 18, n. 4, 2019.
- XU, W. et al. Job Burnout Among Primary Healthcare Workers in Rural China: A Multilevel Analysis. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 727, 2020.
- YUGUERO, O. et al. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. **Eur J Gen Pract.**, v. 23, n. 1, 2017.

APÊNDICE A – CARTA CONVITE PARA JUÍZES

Carta Convite para Juizes de Conteúdo
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE – MEPGES
CARTA CONVITE PARA JUÍZES DE CONTEÚDO

Fortaleza (CE), ____ de _____ de 2022.

Prezado (a) Sr (a): _____ . Eu, Clarissa Cavalcante e Silva Macedo, mestranda do Curso de Mestrado em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-UECE, juntamente com a orientadora Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira, gostaríamos de convidá-lo (a) a fazer parte da banca de juizes para validação de conteúdo de um produto tecnológico intitulado: **“DASHBOARD DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: estudo metodológico”** Trata-se de um DASHBOARD que analisará a prevalência e a predição de novos casos da SB. Sabendo das inúmeras responsabilidades de sua vida profissional, todavia, considerando sua expertise e saberes práticos nesta área do conhecimento científico, sua participação é imprescindível para o engrandecimento deste estudo. Seguindo as orientações metodológicas, estipula-se um prazo de 10 dias para o julgamento do produto. Agradecemos sua participação!

Clarissa Cavalcante e Silva Macedo
Mestranda

Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
Orientadora

Carta Convite para Juízes de Aparência
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE – MEPGES
CARTA CONVITE PARA JUÍZES DE APARÊNCIA

Fortaleza (CE), ____ de _____ de 2022.

Prezado (a) Sr (a): _____ . Eu, Clarissa Cavalcante e Silva Macedo, mestranda do Curso de Mestrado em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-UECE, juntamente com a orientadora Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira, gostaríamos de convidá-lo (a) a fazer parte da banca de juízes para validação de aparência de um produto tecnológico intitulado: **“DASHBOARD DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: estudo metodológico”**. Trata-se de um DASHBOARD que analisará a prevalência e a predição de novos casos da SB. Sabendo das inúmeras responsabilidades de sua vida profissional, todavia, considerando sua expertise e saberes práticos nesta área do conhecimento científico, sua participação é imprescindível para o engrandecimento deste estudo. Seguindo as orientações metodológicas, estipula-se um prazo de 10 dias para o julgamento do produto. Agradecemos sua participação!

Clarissa Cavalcante e Silva Macedo

Mestranda

Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

Orientadora

APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS PARTICIPANTES

Prezado (a),

Meu nome é Clarissa Cavalcante e Silva Macedo, sou enfermeira da ESF de Fortaleza e aluna do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da UECE. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“DASHBOARD PREDITOR DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: estudo metodológico”**, sob a orientação da Professora Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira. O objetivo geral da pesquisa é avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE. Solicito por meio desta, sua colaboração como profissional da área para o preenchimento desse instrumento. Caso deseje participar, pedimos que aceite este convite. Após concordância, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento propriamente dito.

Desde já, agradecemos seu valioso apoio e me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Clarissa Cavalcante e Silva Macedo

Contato: (85) 991128065

E-mail: Clarissa.cavalcante@aluno.uece.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Você está sendo convidado (a) para participar do estudo: **“DASHBOARD DE SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: estudo metodológico”**, realizado por Clarissa Cavalcante e Silva Macedo Nesse estudo pretendemos: Construir um dashboard de sobre a Síndrome de Burnout para acompanhamento de casos em profissionais de saúde da Atenção Primária. O motivo que nos leva a estudar esse assunto deve-se ao fato de atuar como enfermeira da Estratégia Saúde da Família há 22 anos, podemos vivenciar várias realidades e situações geradores de estresse e adoecimento nos profissionais atuantes nessa área. Tendo em vista esse contexto surgiu a inquietação e o interesse em trabalhar o tema do estresse ocupacional nos profissionais da atenção primária. Sua participação consistirá em responder a dois instrumentos que são: 1- questionário Sociodemográfico; 2-Questionário sobre avaliação da prevalência da Síndrome de Burnout., os dados preservam a identidade dos participantes, utilizarei para coletar os dados questionários google forms, auto aplicáveis e totalmente de forma virtual. O(a) senhor(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador(a) ou pela instituição. Esse estudo apresenta riscos baixos quanto à sua participação, podendo haver constrangimento ao responder alguma pergunta. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, pode conversar com a pesquisadora, qualquer desconforto causado ao participante, o mesmo poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa. Sua participação trará como benefícios o apoio ao planejamento de políticas públicas voltadas para os Profissionais da Atenção Primária. Serão garantidos o sigilo de identidade e privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Conforme prevê a resolução 510/2016 em seu Art. 2 O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a assistência e a buscar indenização” os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o

pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável, Clarissa Cavalcante e Silva Macedo, Contato: (85) 991128065 E-mail: Clarissa.cavalcante@aluno.uece.br e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará –UECE. CEP 60.714903- Fone. 3101.9890. E-mail: cep@uece.br. Horário de funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda a sexta. Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

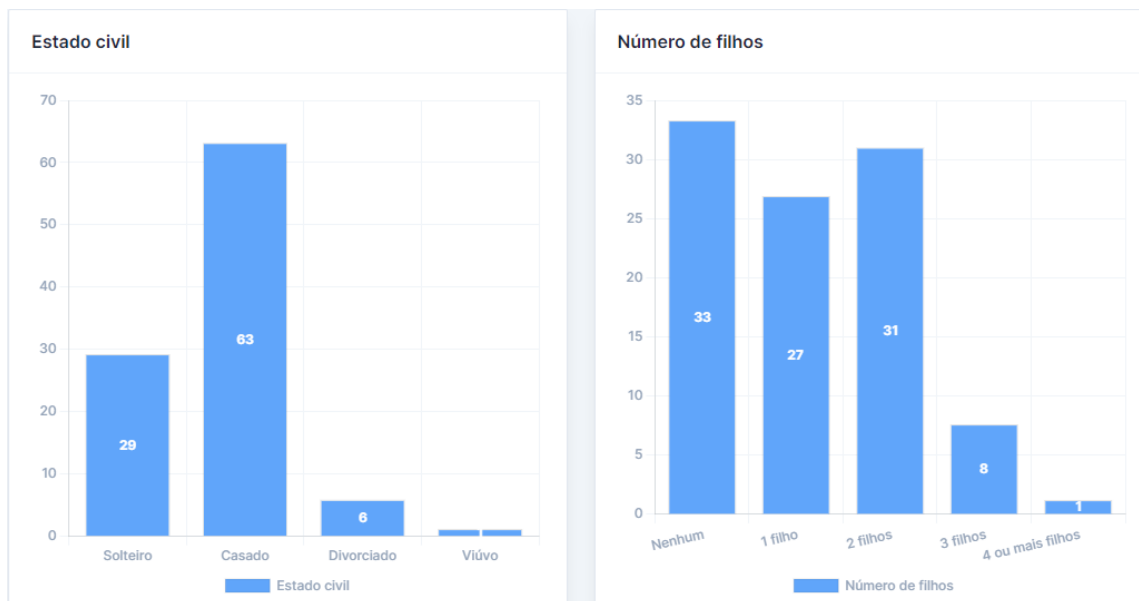
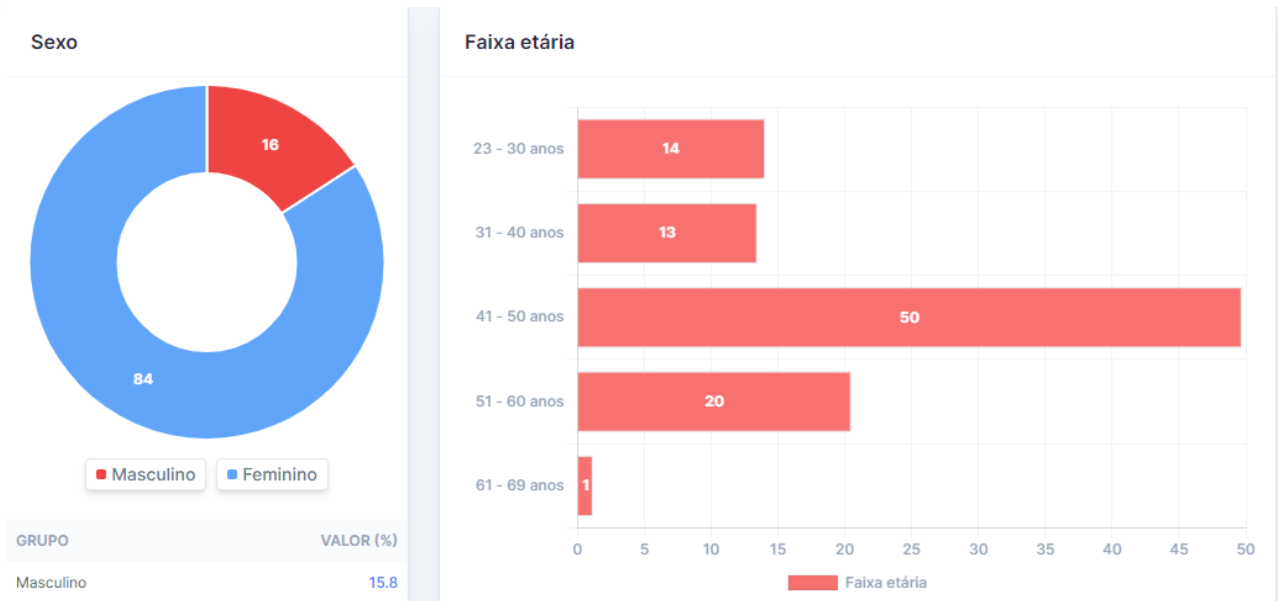
Você concorda com o TCLE?

Sim () Não ()

Assinatura do participante da pesquisa

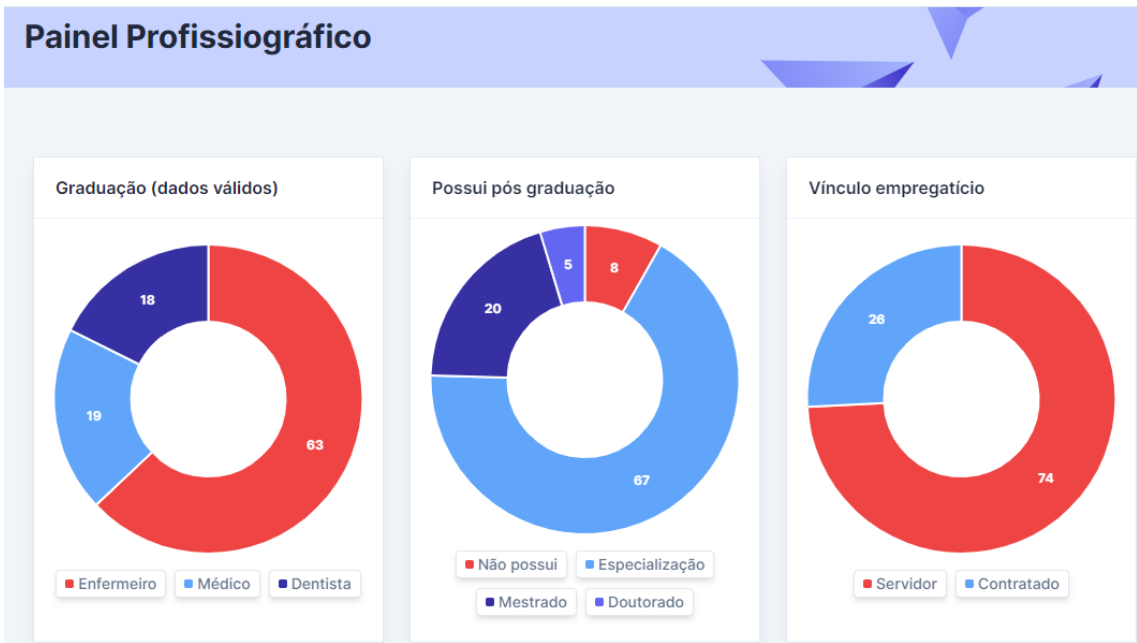
Assinatura do pesquisado

APÊNDICE D – DASHBOARD NA ÍNTEGRA



GRUPO	VALOR (%)	GRUPO	VALOR (%)
Solteiro	29.23	Nenhum	33.3
Casado	63.16	1 filho	26.9
Divorciado	5.85	2 filhos	31
Viúvo	1.16	3 filhos	7.6

Painel Profissiográfico



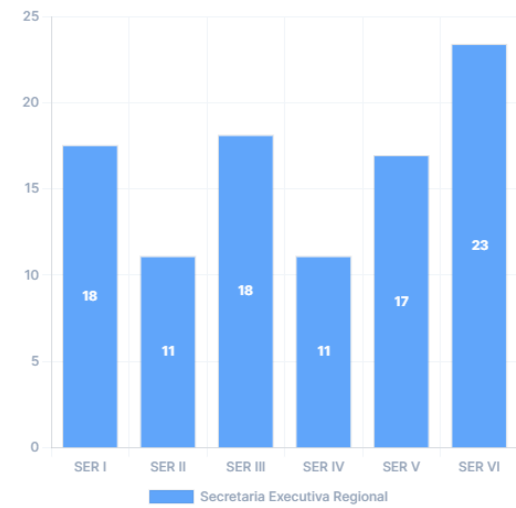
Tempo de formado (dados válidos)



GRUPO	VALOR (%)
<= 1 ano	1.16
1 - 4 anos	4.09
5 - 10 anos	5.26
11 - 15 anos	2.92
16 - 20 anos	5.84

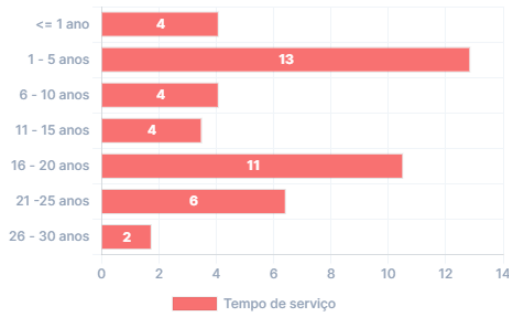
21 - 25 anos	7.6
26 - 30 anos	5.26
31 - 35 anos	1.75
36 - 40 anos	1.75
41 - 45 anos	1.75

Secretaria Executiva Regional



GRUPO	VALOR (%)
SER I	17.54
SER II	11.11
SER III	18.13
SER IV	11.11
SER V	16.96
SER VI	23.4

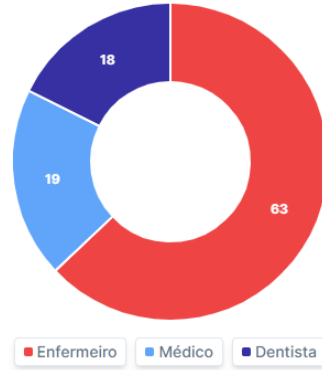
Tempo de serviço



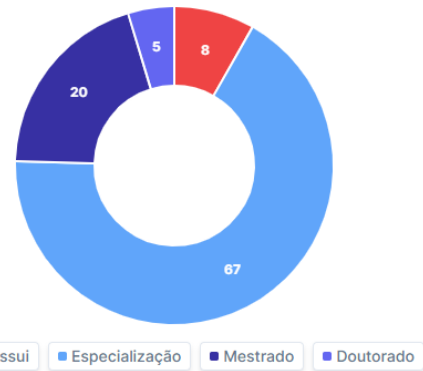
GRUPO VALOR (%)

GRUPO	VALOR (%)
<= 1 ano	4.09
1 - 5 anos	12.86
6 - 10 anos	4.09
11 - 15 anos	3.5
16 - 20 anos	10.52
21 - 25 anos	6.43
26 - 30 anos	1.75

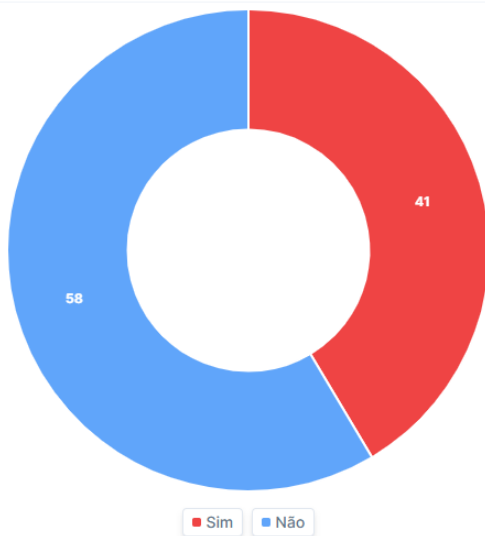
Graduação (dados válidos)



Possui pós graduação

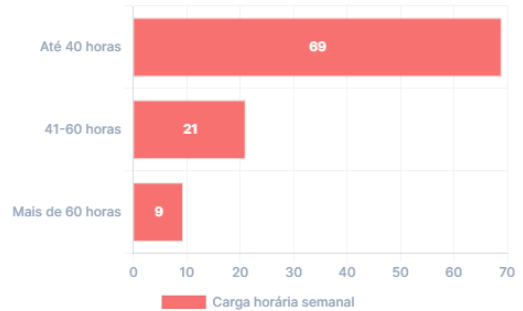


Possui outro emprego

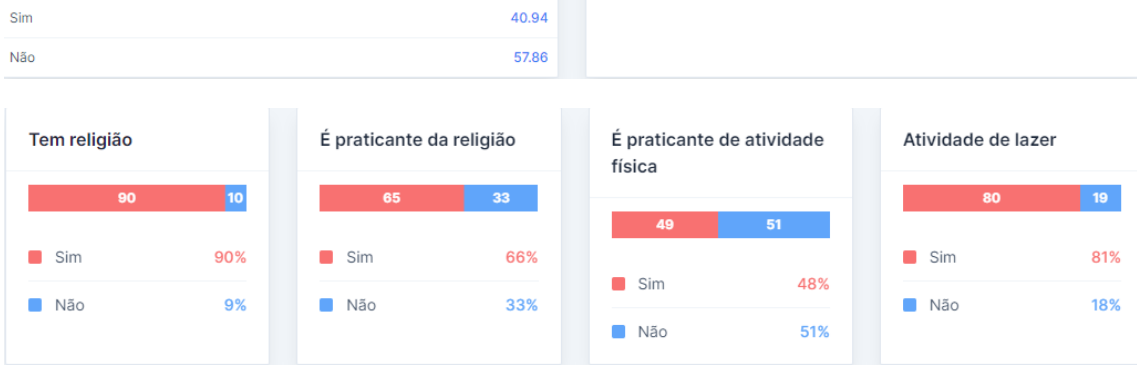


GRUPO VALOR (%)

Carga horária semanal

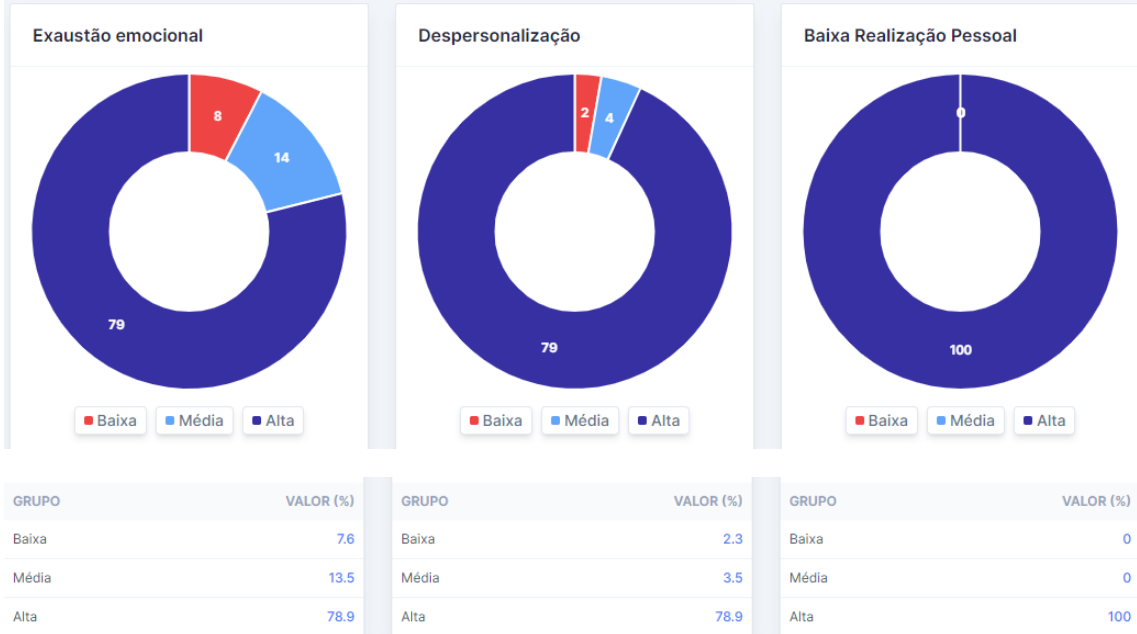


GRUPO	VALOR (%)
Até 40 horas	69
41-60 horas	21.05
Mais de 60 horas	9.35

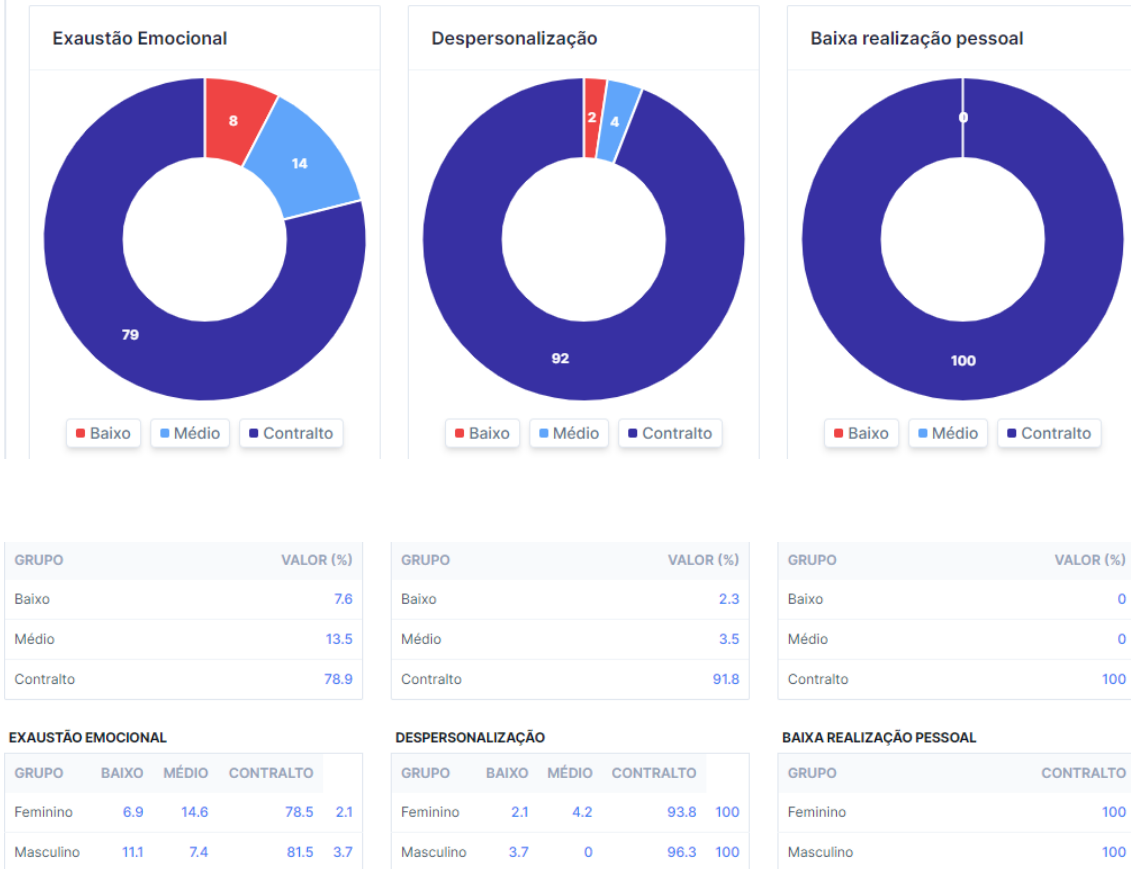


Dashboard PREVALÊNCIA ESTIMADA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA APS

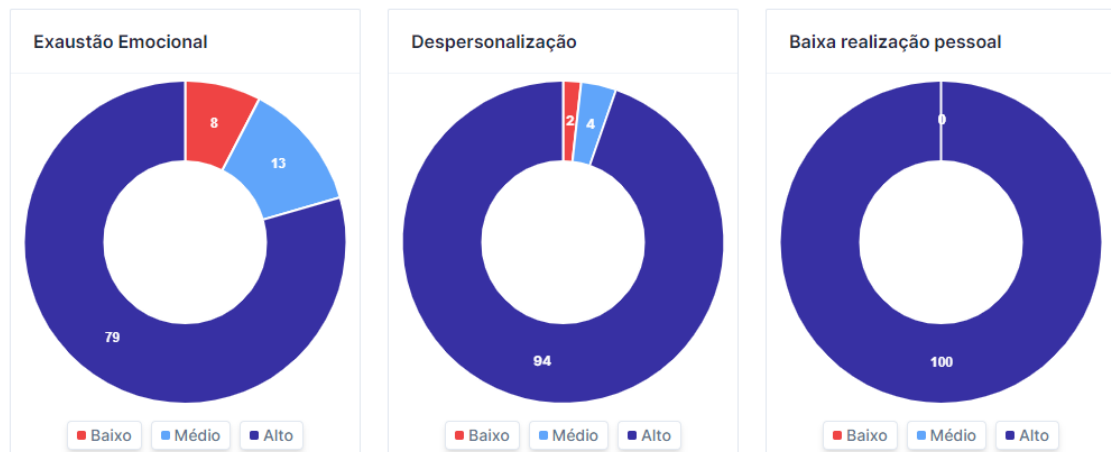
Dados sociodemográficos



Dados tabulares segmentados por sexo



Dados tabulares segmentados por estado civil



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	12.9
Contralto	79.4

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	1.8
Médio	3.5
Contralto	94.1

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Contralto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Casado	9.3	13	77.8
Divorciado	0	20	80
Solteiro	4	12	84
Viúvo	50	0	50

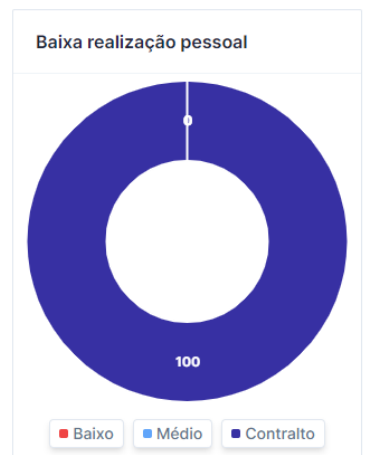
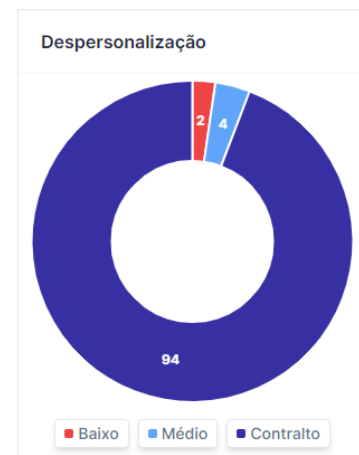
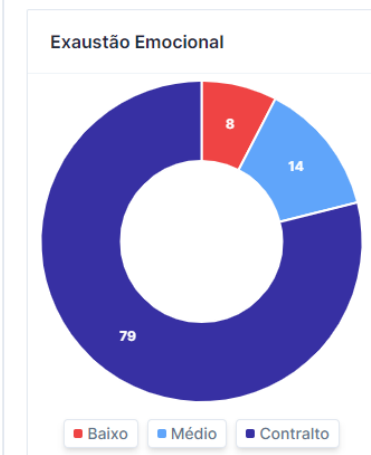
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Casado	2.8	1.9	95.4
Divorciado	0	0	100
Solteiro	0	80	92
Viúvo	50	0	50

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	CONTRALTO
Casado	100
Divorciado	100
Solteiro	100
Viúvo	100

Dados tabulares segmentados por número de filhos



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Contralto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Contralto	94.2

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Contralto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Sim	9.6	15.8	74.6
Não	3.5	8.8	87.7

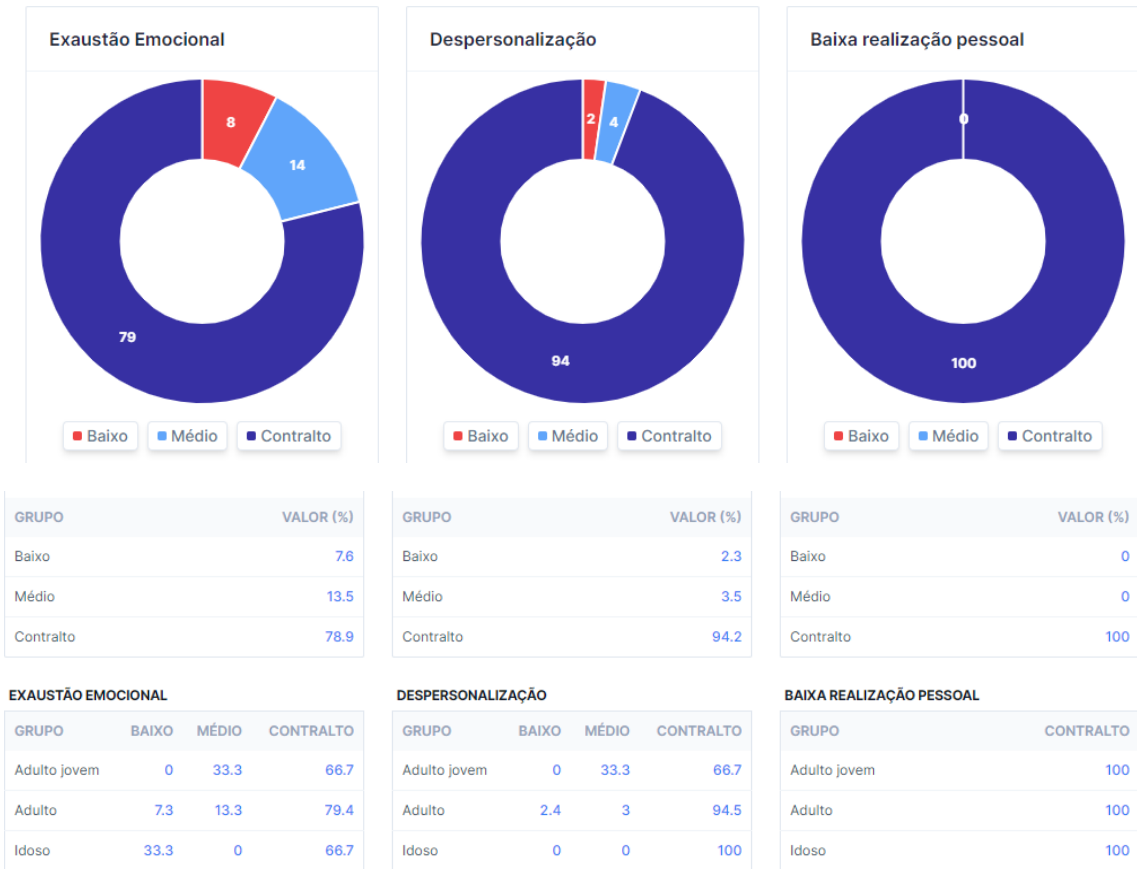
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Sim	3.5	3.5	93
Não	0	3.5	96.5

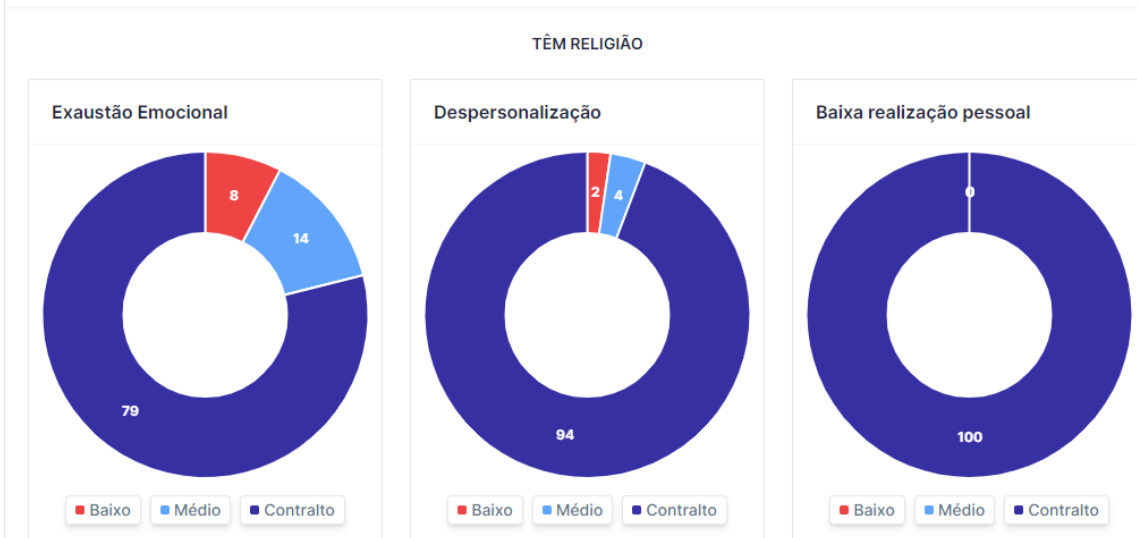
BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	CONTRALTO
Sim	100
Não	100

Dados tabulares segmentados por faixa etária



Dados tabulares segmentados por faixa práticas religiosas



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Contralto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Contralto	94.2

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Contralto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Sim	8.4	14.9	76.6
Não	0	0	100

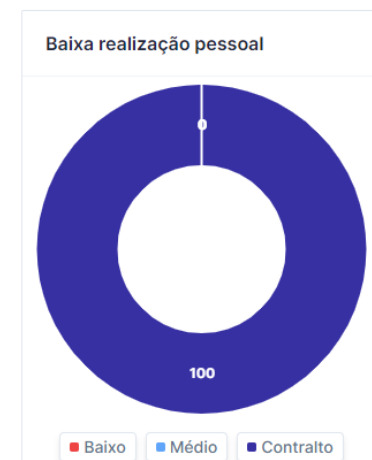
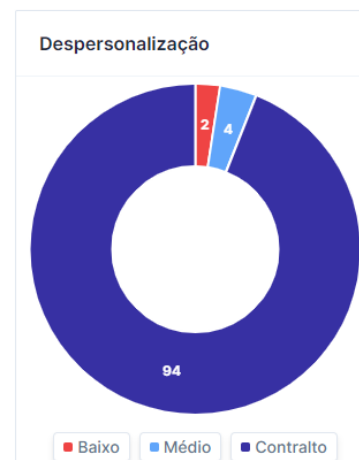
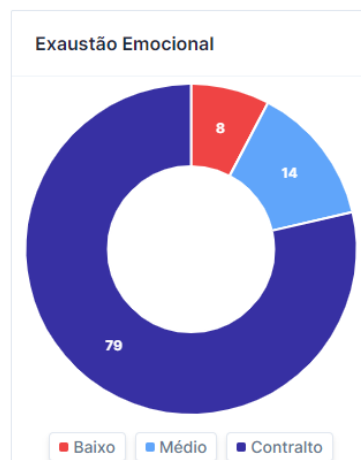
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Sim	2.6	3.9	93.5
Não	0	0	100

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	CONTRALTO
Sim	100
Não	100

É PRATICANTE



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.7
Médio	13.7
Contralto	78.6

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.4
Médio	3.6
Contralto	94

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Contralto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Sim	7.2	16.7	66.7
Não	8.8	12.3	78.4

DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	CONTRALTO
Sim	6.7	0	93.3
Não	5.3	1.8	93

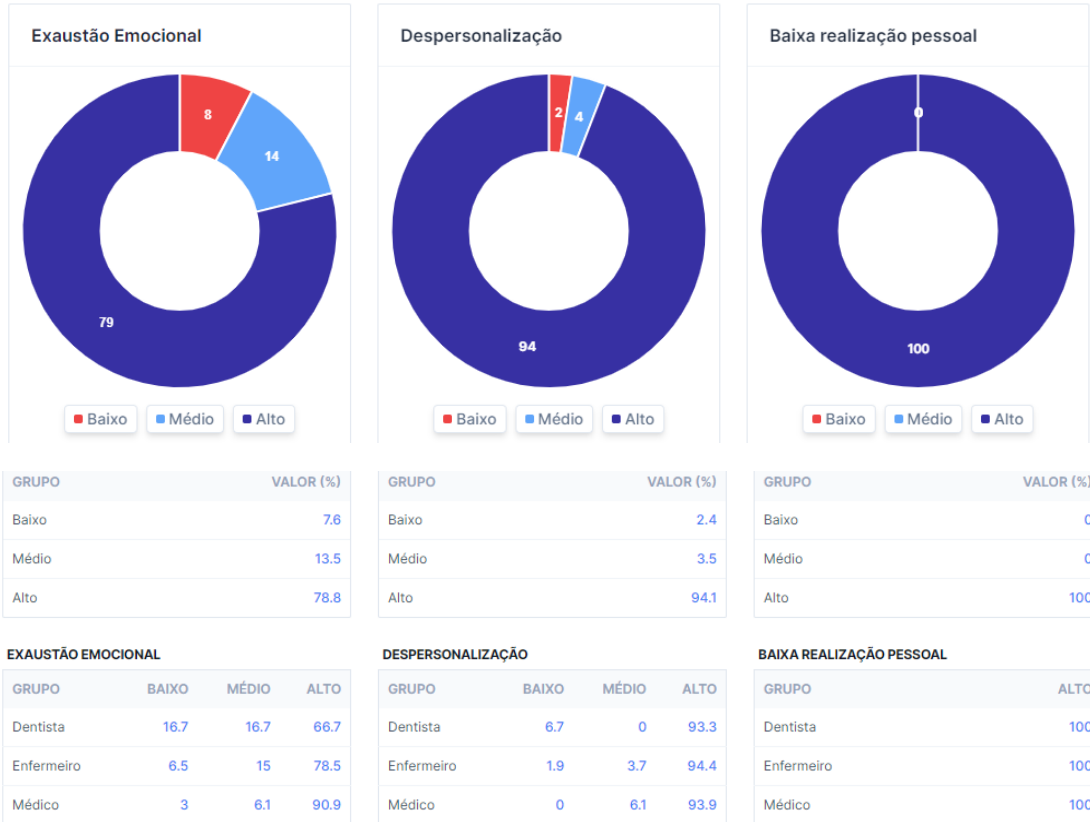
BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	CONTRALTO
Sim	100
Não	100

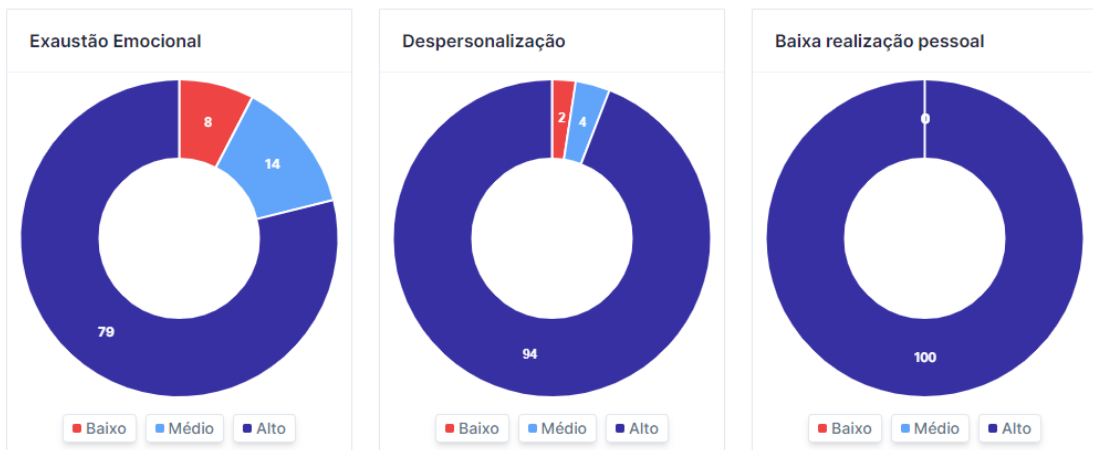
Dados profissiográficos

Dados tabulares segmentados por graduação

TIPO DE GRADUAÇÃO



TEMPO DE FORMADO



GRUPO	VALOR (%)	GRUPO	VALOR (%)	GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6	Baixo	2.4	Baixo	0
Médio	13.5	Médio	3.5	Médio	0
Alto	78.8	Alto	94.1	Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Até 20 anos	6.7	12.2	81.1
Acima de 20 anos	8.8	15	76.3

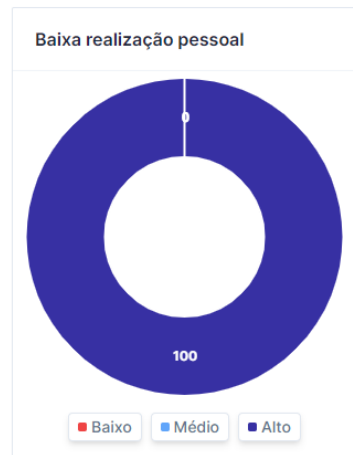
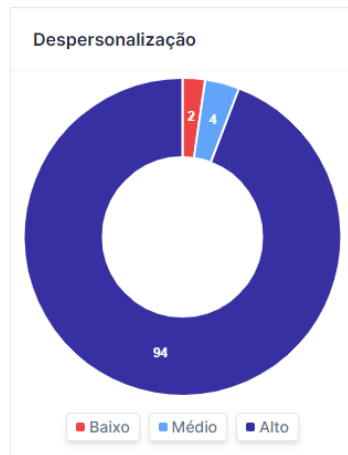
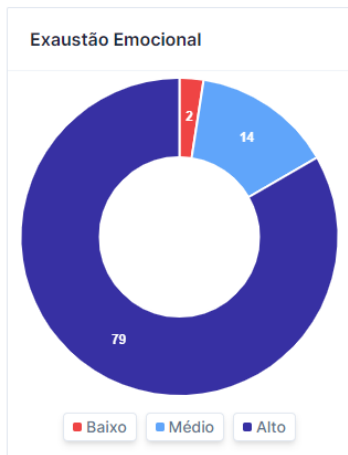
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Até 20 anos	2.2	4.4	93.3
Acima de 20 anos	2.5	2.5	95

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Até 20 anos	100
Acima de 20 anos	100

POSSUI PÓS GRADUAÇÃO



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	13.5
Alto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Alto	94.2

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	2.5	14	77.7
Não	0	7.1	92.9

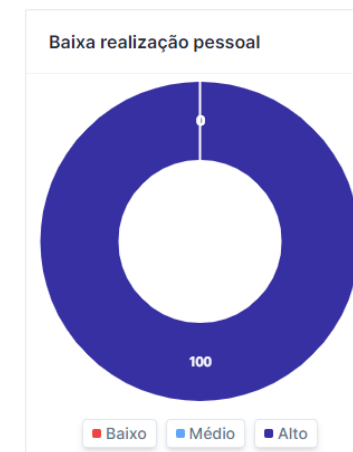
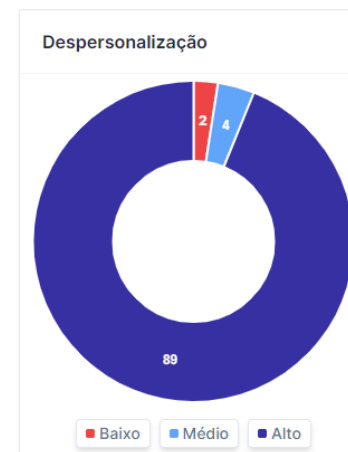
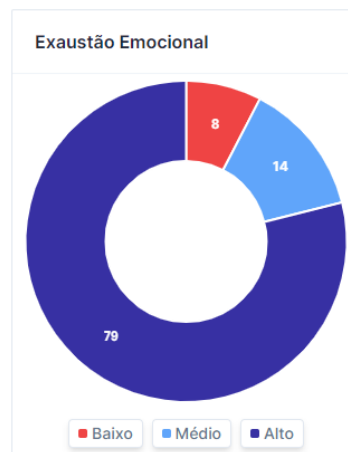
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	2.5	3.8	93.6
Não	0	0	100

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

ESPECIALIZAÇÃO



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Alto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Alto	88.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	7.8	13	79.1
Não	7.1	14.3	78.6

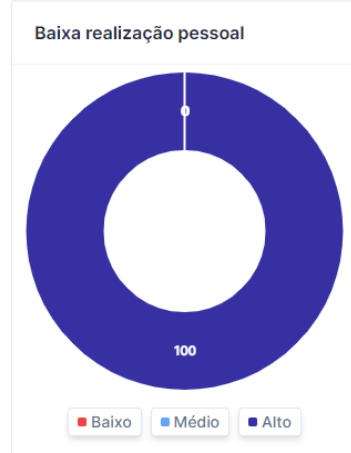
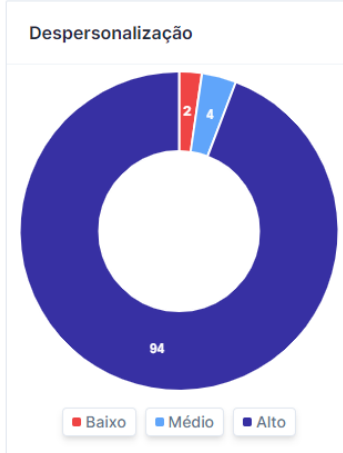
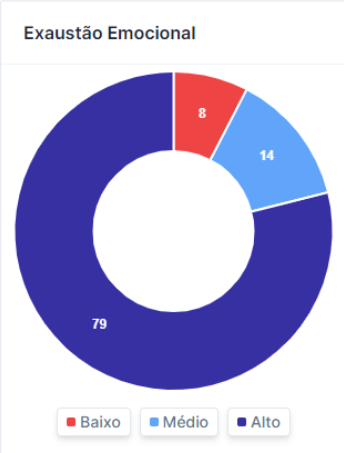
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	2.6	4.3	93
Não	1.8	1.8	96.4

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

MESTRADO



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Alto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Alto	94.2

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	7.8	13	79.1
Não	7.1	14.3	78.6

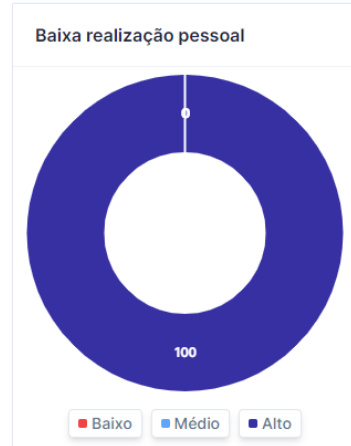
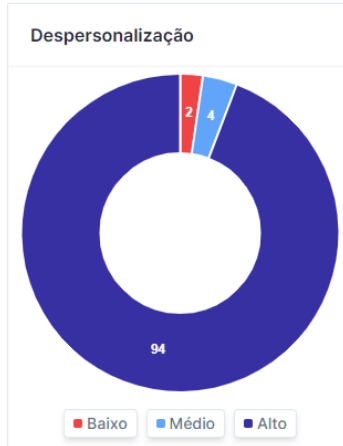
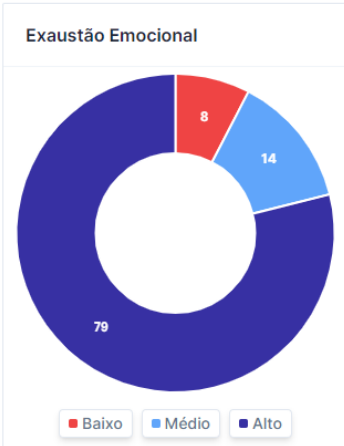
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	2.6	4.3	93
Não	1.8	1.8	96.4

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

DOUTORADO



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Alto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Alto	94.2

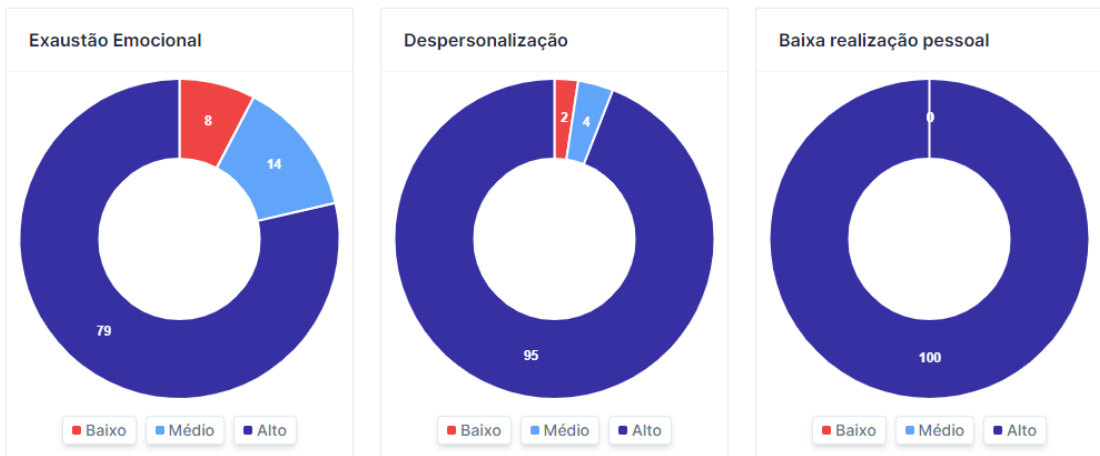
GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	0	25	75
Não	8	12.9	79.1

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	0	0	100
Não	2.5	3.7	93.9

GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

Dados tabulares segmentados por regional em que trabalha



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.7
Médio	13.7
Alto	78.6

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.4
Médio	3.6
Alto	94.6

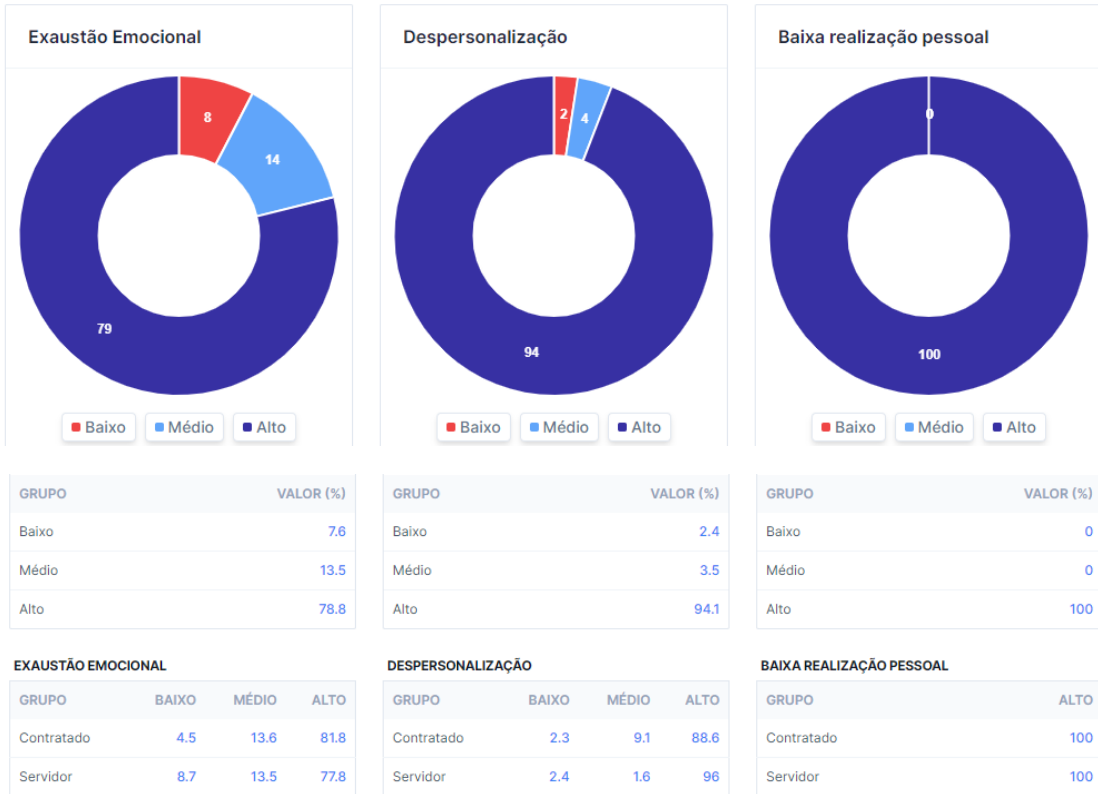
GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
SER I	13.3	16.7	70
SER II	21.2	10.5	68.4
SER II	3.2	16.1	80.6
SER IV	0	15.8	84.2
SER V	6.9	10.3	82.8
SER VI	5	12.5	82.5

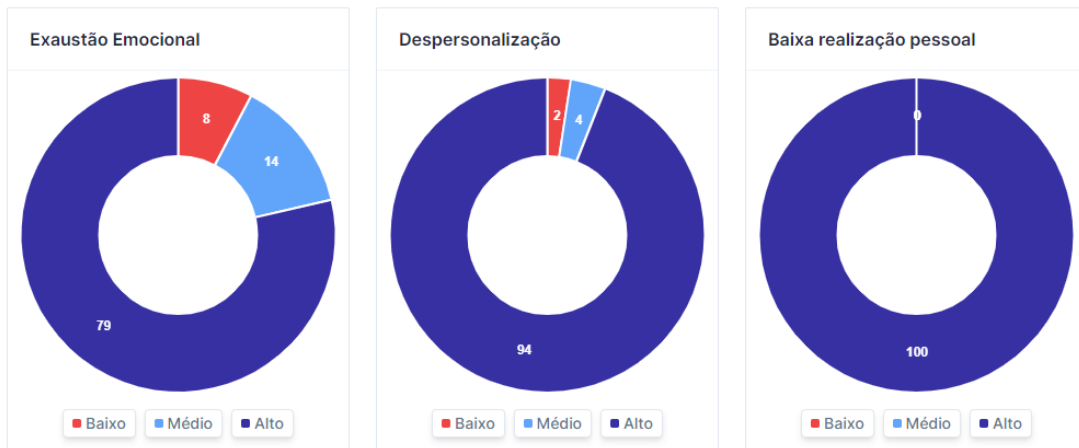
GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
SER I	3.3	10	86.7
SER II	5.3	0	94.7
SER II	6.5	3.2	90.3
SER IV	0	0	100
SER V	0	0	100
SER VI	0	5	95

GRUPO	ALTO
SER I	100
SER II	100
SER II	100
SER IV	100
SER V	100
SER VI	100

Dados tabulares segmentados por vínculo empregatício



Dados tabulares segmentados por tempo de ESF



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.7
Médio	13.7
Alto	78.6

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.4
Médio	3.6
Alto	94

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Até 16 anos	7.7	11	81.3
Acima de 16 anos	7.8	16.9	75.3

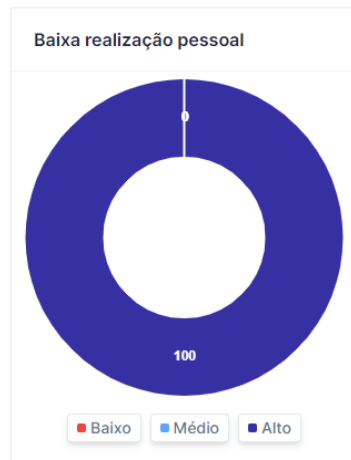
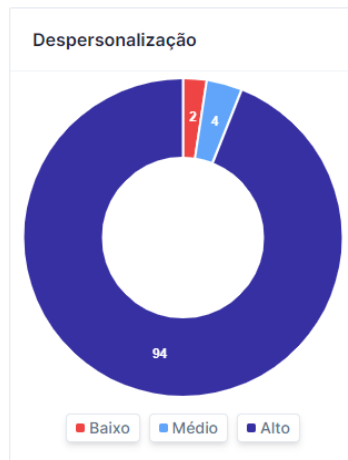
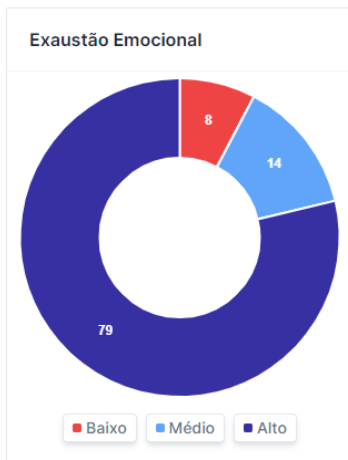
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Até 16 anos	1.1	4.4	94.5
Acima de 16 anos	3.9	2.6	93.5

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Até 16 anos	100
Acima de 16 anos	100

Dados tabulares segmentados por possuir outro emprego



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.7
Médio	13.6
Alto	78.7

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.4
Médio	3.6
Alto	94.1

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	10	14.3	75.7
Não	6.1	13.1	80.8

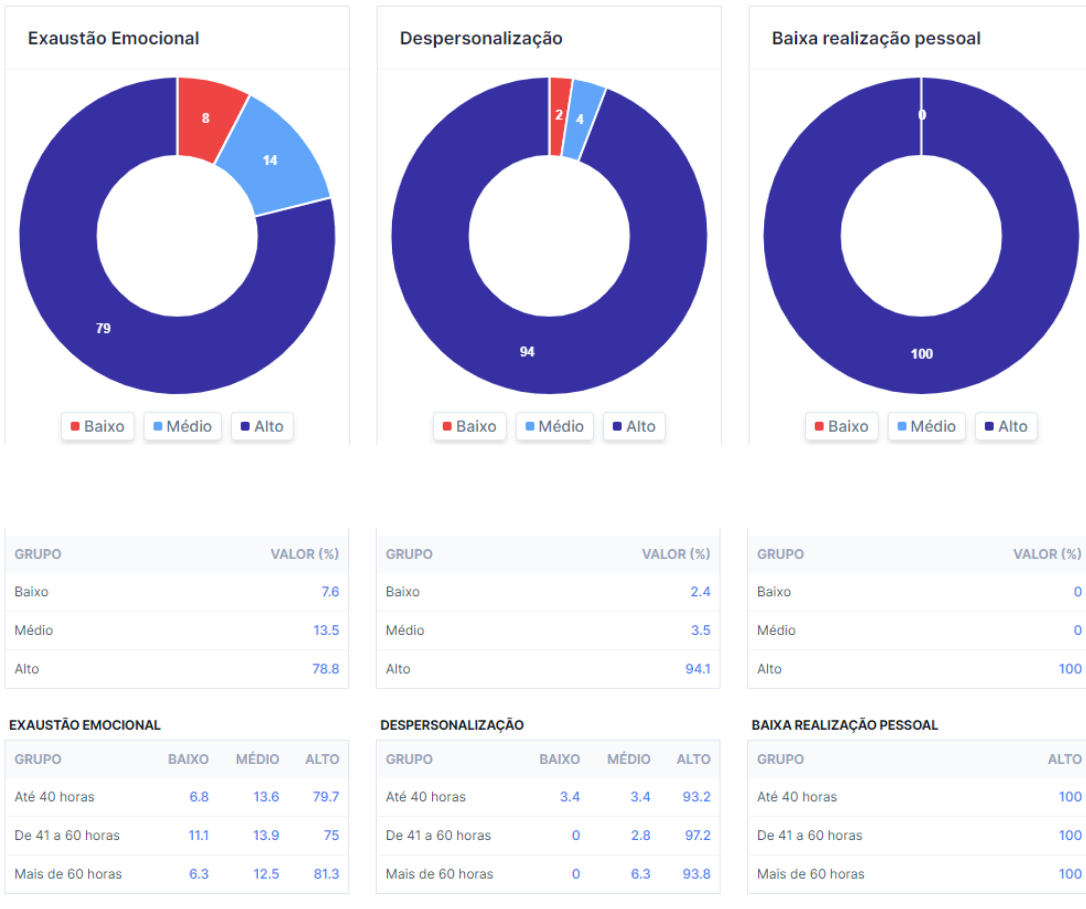
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	0	4.3	95.7
Não	4	3	92.9

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

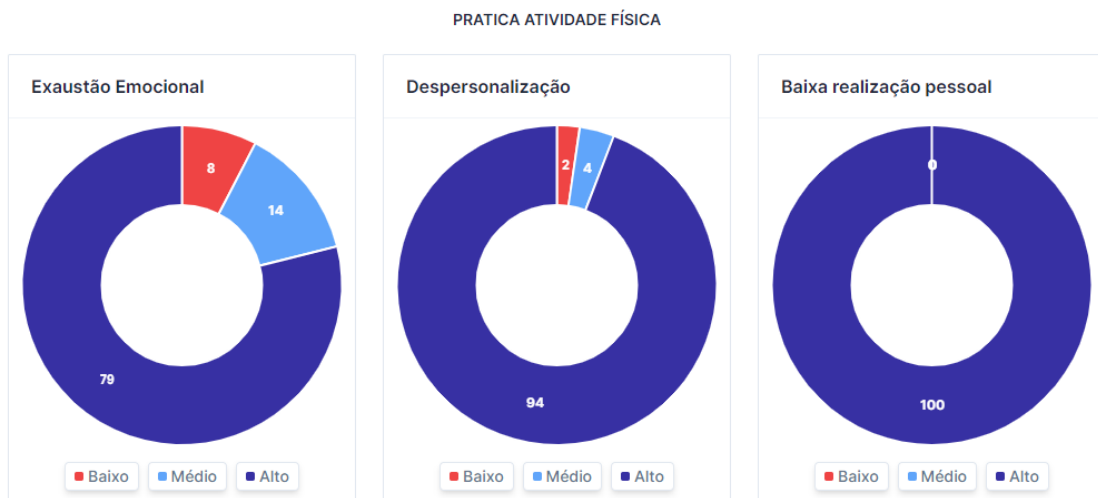
GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

Dados tabulares segmentados por carga horária



Dados sobre lazer

Dados tabulares segmentados por prática de atividade física



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Alto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Alto	94.2

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	8.4	15.7	75.9
Não	6.8	11.4	81.8

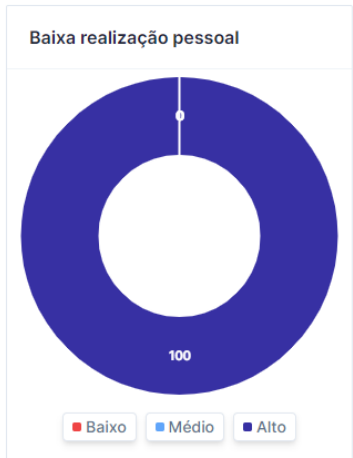
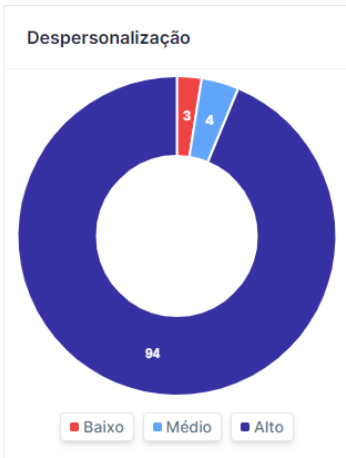
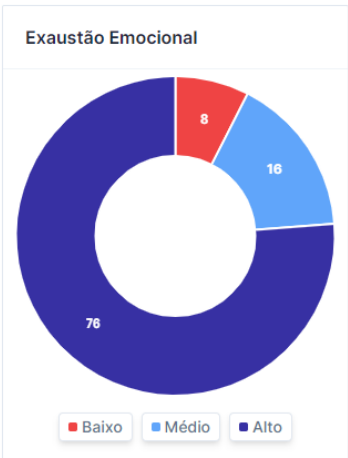
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	2.4	3.6	96
Não	2.3	3.4	94.3

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

TEMPO DE ATIVIDADE FÍSICA SEMANAL



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.5
Médio	16.3
Alto	76.3

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.5
Médio	3.8
Alto	93.8

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Abaixo de 150 min	13.3	13.3	73.3
De 150 a 300 min	5.9	15.7	78.4
Acima de 300 min	7.1	21.4	71.4

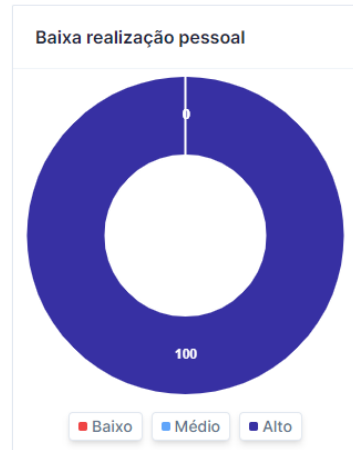
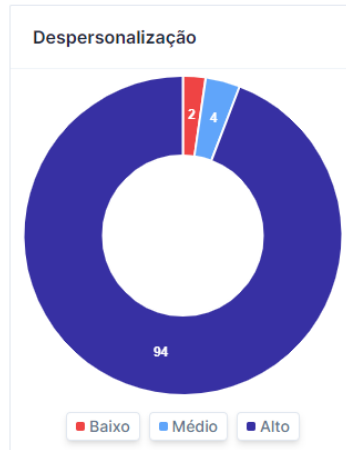
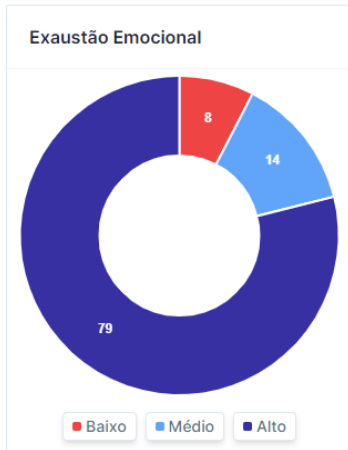
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Abaixo de 150 min	6.7	0	93.3
De 150 a 300 min	2	5.9	92.2
Acima de 300 min	0	0	100

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Abaixo de 150 min	100
De 150 a 300 min	100
Acima de 300 min	100

TEM ATIVIDADE DE LAZER



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	7.6
Médio	13.5
Alto	78.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.3
Médio	3.5
Alto	94.2

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	8.6	15.1	76.3
Não	3.1	6.3	90.6

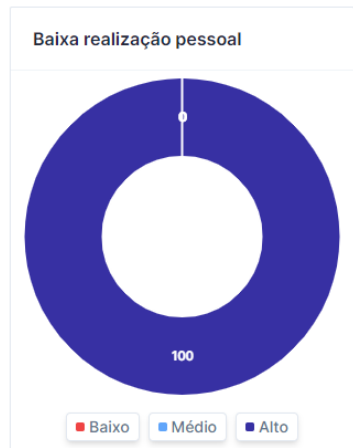
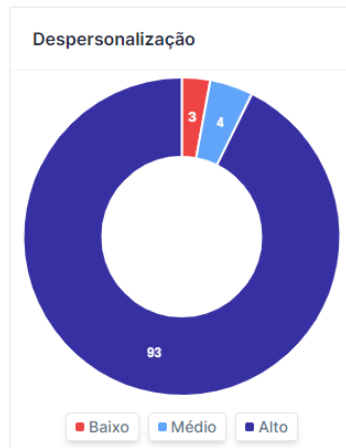
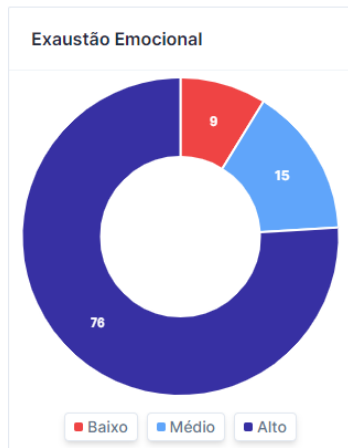
DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Sim	2.9	4.3	92.8
Não	0	0	100

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Sim	100
Não	100

TEMPO DE ATIVIDADE DE LAZER SEMANAL



GRUPO	VALOR (%)
Baixo	8.8
Médio	15.3
Alto	75.9

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	2.9
Médio	4.4
Alto	92.7

GRUPO	VALOR (%)
Baixo	0
Médio	0
Alto	100

EXAUSTÃO EMOCIONAL

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Até 5 horas	9.5	16.2	74.3
Acima de 5 horas	7.9	14.3	77.8

DESPERSONALIZAÇÃO

GRUPO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Até 5 horas	4.1	5.4	90.5
Acima de 5 horas	1.6	3.2	95.2

BAIXA REALIZAÇÃO PESSOAL

GRUPO	ALTO
Até 5 horas	100
Acima de 5 horas	100

APÊNDICE E – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- SEXO: () Masculino () Feminino
- ESTADO CIVIL: () Solteiro Casado () Divorciado () Viúvo ()
- TEM FILHOS: () Não Sim (): 1 () 2 () 3 () 4 a mais()
- FAIXA ETÁRIA: () 21 a 25 anos () 26 a 30 anos () 31 a 35 anos () 36 a 40 anos () 41 a 45 anos () 46 a 50 anos () 51 anos ou mais
- FORMAÇÃO ACADÊMICA: () Dentista () Enfermeiro () Médico
- PÓS-GRADUAÇÃO: () Especialista () Mestrado () Doutorado
- TEMPO DE FORMAÇÃO: () 5 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos() 21 anos e mais ()
- REGIONAL DE SAÚDE EM QUE TRABALHA: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
- VÍNCULO EMPREGATÍCIO: Servidor () Contratado ()
- TEMPO DE SERVIÇO NA ÁREA NA ESF: () Menos de 1 ano () de 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 12 anos () 13 a 15 anos () Acima de 15 anos
- TEM OUTRO EMPREGO: () Sim () Não
- CARGA HORÁRIA SEMANAL: () até 40 HRS () até 60 HRS () Mais de 60 HRS
- TEM RELIGIÃO: () Sim () Não. Se sim qual: Católico(), Evangélico(), Espírita (), Protestante()
- QUANTAS VEZES FREQUÊNCIA VAI AOS CULTOS RELIGIOSOS: 1 x por semana() 2 x por semana() 3 x ou mais por semana ()
- PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA: () sim () Não. Se sim, quantas vezes por semana: 1 x por semana(), 2 x por semana, 3 x ou mais por semana ()
- TEM ATIVIDADES DE LAZER: () Sim () Não. Se sim, quantas vezes por mês: 1 x ao mês (), 2 x ao mês (), 3 x ou mais ao mês ()
- QUAIS ATIVIDADES DE LAZER COSTUMA TER: Ir ao cinema () Assistir TV () Ler () Ir a restaurante/bar () Ir a festas () Ir ao Shopping () Ir a praia ()

QUESTIONÁRIOS SOBRE AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT

QUESTIONÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY -MBI -HSS VERSÃO EM PORTUGUÊS.

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez se sentiu assim acerca do seu trabalho. Se nunca se sentiu assim, assinale o “0” (zero). Se já se sentiu assim, indique quantas vezes isso lhe acontece colocando um círculo à volta do número (de 1 a 6) que descreve melhor a frequência com que se sente assim. Abaixo encontra um exemplo.

Com que frequência:

0 – Nunca	1 – Algumas vezes por ano ou menos	2 – Uma vez por mês	3 – Algumas vezes por mês	4 – Uma vez por semana	5 – Algumas vezes por semana	6 – Todos os dias
-----------	------------------------------------	---------------------	---------------------------	------------------------	------------------------------	-------------------

Faça um círculo em torno do número que melhor se adequa à sua situação:

Afirmações com que frequência:	Resposta						
	0	1	2	3	4	5	6
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto	0	1	2	3	4	5	6
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas	0	1	2	3	4	5	6
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim	0	1	2	3	4	5	6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes	0	1	2	3	4	5	6
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho	6	5	4	3	2	1	0
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho	0	1	2	3	4	5	6
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12. Sinto-me muito enérgico	0	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar diretamente com pessoas colocar-me sob demasiada tensão	0	1	2	3	4	5	6

17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes	0	1	2	3	4	5	6
18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes	0	1	2	3	4	5	6
19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão	0	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”)	0	1	2	3	4	5	6
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma	0	1	2	3	4	5	6
22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

FONTE: RIBAS (2010).

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



**Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais**

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DASHBOARD AVALIATIVO DA PREDIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Estudo Metodológico.**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO** do **CURSO MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE** da UECE, sob a orientação da **PROFESSORA DRA. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA** concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências das **COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE – CORES I, II, III, IV,V e IV**, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **JANEIRO A JUNHO DE 2022**, não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

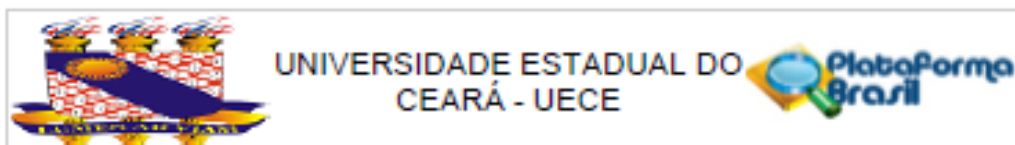
Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: coepp@sms.fortaleza.ce.gov.br, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 25 de Janeiro de 2022


 Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DASHBOARD AVALIATIVO DA PREDIÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: estudo metodológico

Pesquisador: CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57045322.1.0000.5534

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.372.873

Apresentação do Projeto:

A Estratégia Saúde da Família-ESF surgiu no Brasil como forma de reorganizar o modelo de assistência a partir da atenção básica. Vem promover a organização das ações de saúde via território definido e intenciona enfrentar e solucionar problemas detectados nesse território. Os profissionais da ESF atuam junto à comunidade, família e indivíduo onde a realidade dessa população fica muito mais próxima (LACERDA; et al, 2016). Na Atenção Primária os profissionais tem o compromisso de atender as diversas demandas dos usuários que buscam os serviços de forma a prestar o melhor atendimento possível, acolhendo-os com humanização e Integralidade. Esses profissionais têm estreito vínculo com o território onde, desenvolvendo suas atividades junto à comunidade e o indivíduo numa perspectiva familiar e global de suas necessidades e demandas. Por esta razão a realidade do usuário fica próxima ao profissional, com seus problemas de diversas ordens, sejam elas pessoais, profissionais ou de gerenciamento, e que oferecem limitações internas, relacionadas as questões do próprio profissional em relação ao trabalho; e externas, relacionadas a gestão do trabalho em si que não depende diretamente do profissional. Essa particularidade acaba expondo os trabalhadores a riscos físicos e/ou psicossociais que podem culminar com um adoecimento por estresse ocupacional (LACERDA; et al, 2016). A saúde ocupacional tem sido discutida pela comunidade científica e sociedade em geral, em decorrência da necessidade pessoal ou coletiva. Os trabalhadores da saúde têm sido alvo de muitas situações

Endereço: Av. Sítio Munguba, 1700

Bairro: Itapell

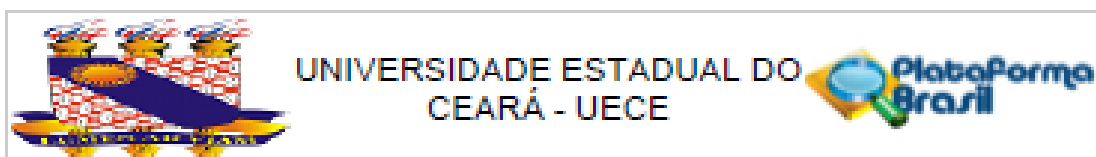
CEP: 60.714-903

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br

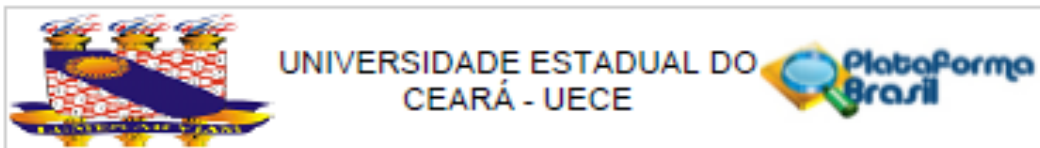


Continuação do Parecer: 5.372.873

geradores de estresse na execução de suas atividades laborais. Trabalhar na área da saúde requer um contato próximo com as pessoas que estão fragilizadas pelo seu estado de saúde e que demandam cuidados diários. Essa proximidade física e emocional do trabalhador com esses pacientes pode fragilizar esses profissionais e vir a deixá-los estressados. O desgaste físico e mental proporcionado pelo ambiente de trabalho é o que gera o estresse ocupacional ou Síndrome de Burnout-SB. (ALMEIDA, L.A; MEDEIROS, I.D.S; et al.,2016). A SB é caracterizada pela: Exaustão Emocional que é considerada o primeiro alerta para a síndrome, e se caracteriza por fadiga intensa, falta de forças para enfrentar o trabalho e a sensação de estar sendo exigido além de sua capacidade física e emocional. Já a Despersonalização se refere a ao distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho e as pessoas. Trabalhos voltados para os profissionais da atenção primária sobre a Síndrome de Burnout ainda são poucos e principalmente relacionando com a psicologia positiva, praticamente inexistente. Fomentando assim, a necessidade de cuidados com a saúde mental desses profissionais que atuam na porta de entrada do sistema Único de saúde-SUS. O objetivo geral do estudo será construir um dashboard de sobre a Síndrome de Burnout para acompanhamento de casos em profissionais de saúde da Atenção Primária.

Trata-se de estudo metodológico, no qual os dados coletados viabilizarão a construção e busca de evidências de validade de conteúdo e aparência de um DASHBOARD que estimará a prevalência da SB nos profissionais da ESF e monitorará a predição de novos casos. O estudo será realizado no município de Fortaleza. A Atenção Primária a Saúde (APS) é formada por 116 UAPS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que atualmente conta com 475 equipes de saúde da Família-ESF (CNES, jun/21); divididas nas seis regionais do Município. A estratégia saúde da família- ESF conta com 475 equipes compostas por: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Mas realizaremos a pesquisa com os profissionais de nível superior. Hoje o município conta com 1.231 profissionais nas três categorias. A pesquisa acontecerá em 4 etapas: A 1ª etapa foi a revisão integrativa A 2ª etapa será a realização da aplicação dos questionários. Será estabelecido um contato virtual via WhatsApp onde primeiramente esclareceremos o propósito da pesquisa e convidaremos a participar e solicitaremos a aceitação através do termo de Consentimento e Livre Esclarecimento-TCLE A coleta de dados acontecerá de forma totalmente virtual, utilizando instrumento autoaplicável, via google forms, composto por dois questionários: um Sócio Demográfico elaborado pelo autor, o Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) que é o instrumento mais utilizado para investigação da doença e com sua quantificação. A 3ª etapa será a construção do DASHBOARD e a 4ª etapa será a validação interna. Projeto segue as

Endereço:	Av. Siles Munguba, 1700		
Bairro:	Itapell	CEP:	60.714-003
UF:	CE	Município:	FORTALEZA
Telefone:	(85)3101-0800	Fax:	(85)3101-0008
		E-mail:	cep@uece.br



Continuação do Protocolo: 5.372.873

recomendações da Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir um dashboard sobre síndrome de Burnout para acompanhamento de casos em profissionais de saúde da atenção primária

Objetivo Secundário:

Averiguar evidências científicas sobre síndrome de Burnout;

Identificar evidências de validade do conteúdo e aparência do dashboard;

Fazer a validação interna do DASHBOARD;

Fazer validação de conteúdo e aparência do DASHBOARD;

Estimar a prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ceará;

Analisar os casos prevalentes e a predição de novos casos da Síndrome de Burnout em profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família do município;

Analisar comparativamente casos e não casos de SB à luz da psicologia positiva

Analisar comparativamente casos e não casos de SB à luz da psicologia positiva

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em relação aos riscos, tem-se algumas pessoas possam apresentar desconforto em alguma pergunta, contudo as informações fornecidas serão totalmente confidenciais, e analisadas em conjunto com as respostas dos outros participantes.

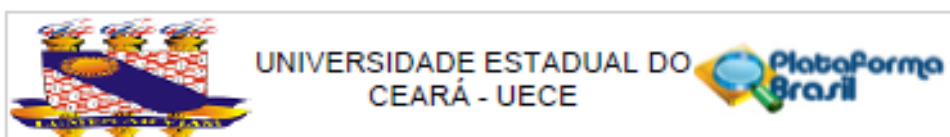
Benefícios:

Em relação aos benefícios, os dados poderão apoiar o planejamento de políticas públicas voltadas para os profissionais da ESF do município em estudo. Para os participantes, estes têm a oportunidade de refletir sobre sua situação de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante, aborda a Síndrome de Burnout-SB nos trabalhadores que compõe a Estratégia Saúde da Família-ESF. As informações obtidas poderão subsidiar o planejamento de novas políticas públicas. Objetivos propostos estão adequados a metodologia.

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
 Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.372.873

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Encaminhar o relatório ao final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885090.pdf	16/03/2022 17:35:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2022 17:35:32	CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO	Aceito
Outros	carta_de_anuenda.pdf	17/02/2022 09:37:13	CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_dissertacao.docx	20/01/2022 10:20:45	CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Plataforma_Brasil.pdf	20/01/2022 09:12:11	CLARISSA CAVALCANTE E SILVA MACEDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 27 de Abril de 2022

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br