

TELMA RAMOS TRIGO

Validade fatorial do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) em uma amostra Brasileira de auxiliares de Enfermagem de um hospital univesitário: influência da depressão

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Renério Fráguas Jr.

São Paulo

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Trigo, Telma Ramos

Validade fatorial do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de Enfermagem de um Hospital Universitário : influência da depressão / Telma Ramos Trigo. -- São Paulo, 2010. Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.
Orientador: Renério Fráguas Jr.

Descritores: 1.Esgotamento profissional 2.*Burnout* 3.*Maslach Burnout Inventory* 4.MBI-HSS 5.Validade dos testes 6.Depressão 7.Doenças profissionais

USP/FM/DBD-455/10

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados pais Isabel e Edson e a meu irmão Jimmy que tanto me apoiaram e me incentivaram a iniciar este caminho.

Dedico-o também ao meu amado esposo Michel que com sua infinita paciência e carinho, compreendeu as tantas horas da minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Ao meu admirável orientador Prof. Dr. Renério Fráguas Jr. pela paciência, sabedoria e atenção, guiando-me até o final deste caminho.

Ao Prof. Dr. Jaime Eduardo Cecílio Hallak pela inspiração e apoio inestimável quando dos meus primeiros passos neste campo de pesquisa.

Ao Dr. Teng Chei Tung pela grande atenção ao me receber no Grupo de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria e pelo apoio diante do meu interesse de desenvolver este projeto junto a este grupo.

À minha companheira de pesquisa Camila Colas Sabino de Freitas pelo ânimo e pelas longas horas dedicadas, quer seja de dia, quer seja de madrugada.

À Eliza da Secretaria de Pós-Graduação do Programa de Psiquiatria da FMUSP pelo cuidado e carinho.

Às queridas Danyella, Luiza e Matildes pela escuta atenciosa nas minhas apresentações e pelas sugestões valiosíssimas.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª Ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005

Abreviaturas dos títulos de periódicos de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Resumo

Summary

INTRODUÇÃO	1
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	6
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT	
ORGANIZAÇÃO	11
INDIVÍDUO	12
TRABALHO	13
SOCIEDADE	15
ASSOCIAÇÃO COM DEPRESSÃO E OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	
BURNOUT E DEPRESSÃO	16
BURNOUT E TRANSTORNOS ANSIOSOS	18
BURNOUT E SUICÍDIO	18
BURNOUT E DISSOCIAÇÃO	19
BURNOUT E ABUSO/DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS	19
BURNOUT E TRANSTORNOS PSICOSSOMÁTICOS	20
BURNOUT E DEMÊNCIA, RETARDO MENTAL, TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DE PERSONALIDADE	21
CONSEQÜÊNCIAS DO <i>BURNOUT</i>	
PARA A ORGANIZAÇÃO	22
PARA O INDIVÍDUO	23
PARA O TRABALHO	24
PARA A SOCIEDADE	24
COMO IDENTIFICAR O <i>BURNOUT</i> ?	
<i>OBSERVAÇÃO</i>	25

ENTREVISTA	25
QUESTIONÁRIOS DE AUTO-PREENCHIMENTO	26
OBJETIVOS	29
MÉTODOS	
AMOSTRA	30
COLETA DE DADOS	31
INSTRUMENTOS	31
<i>MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS)</i>	31
QUESTÕES PARA A OBTENÇÃO DE DADOS DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS	34
ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (PRIME-MD)	35
ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
RESULTADOS	
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	38
INTENSIDADE DAS PONTUAÇÕES E CONSISTÊNCIA INTERNA	39
ADEQUAÇÃO PARA A ANÁLISE FATORIAL	40
ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA	40
ANÁLISE FATORIAL FIXANDO-SE EM 3 FATORES	43
ADEQUAÇÃO DO MODELO À AMOSTRA	48
DISCUSSÃO	49
CONCLUSÕES	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
ANEXOS	
ANEXO 1	60
ANEXO 2	62
ANEXO 3	63

ANEXO 4 **64**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **65**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre fatores de risco para aumento dos custos médicos e valores destes custos

Tabela 2 - Fatores organizacionais associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout* e suas possíveis conseqüências

Tabela 3 - Fatores individuais (características de personalidade) associados a menores índices da Síndrome de *Burnout*

Tabela 4 - Fatores individuais (características de personalidade) associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout*

Tabela 5 - Fatores laborais (características do trabalho) associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout*

Tabela 6 - Fatores sociais associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout*

Tabela 7 - Características demográficas e ocupacionais da amostra (amostra total, subamostras de deprimidos e não deprimidos) de auxiliares de enfermagem do ICHC-FMUSP.

Tabela 8 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS com um número ilimitado de fatores.

Tabela 9 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a amostra total, fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

Tabela 10 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a subamostra dos sem-DM (sem depressão maior), fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

Tabela 11 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a subamostra dos com-DM (com depressão maior), fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

Tabela 12 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a amostra total, subamostra sem-DM e com-DM, fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

Tabela 13 - Índices de boa adequação da análise fatorial confirmatória do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS)

Tabela 14 Estatísticas descritivas e Confiabilidade das subescalas do MBI-HSS.

Tabela 15 - Intercorrelações entre as Subescalas do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) para a amostra total, subamostra sem-DM e com-DM

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Scree plot test para a Amostra Total

Figura 2 - Scree plot test para a Subamostra sem depressão maior (sem-DM)

Figura 3 - Scree plot test para a Subamostra sem depressão maior (com-DM)

Resumo

Trigo, TR. Validade fatorial do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) em uma amostra Brasileira de auxiliares de Enfermagem de um hospital univesitário: influência da depressão

A Síndrome de *Burnout* entre os profissionais da área da saúde vem sendo estudada em vários países e sua associação com transtornos depressivos tem sido relatada por vários estudos. Os resultados indicam validade para o *burnout*, diferenciando-o da depressão e por outro lado, associação dos índices de *burnout* e a sintomatologia depressiva. O *Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey* (MBI-HSS) é o instrumento mais utilizado para avaliar o *burnout*. A estrutura de três fatores do MBI tem sido confirmada em várias amostras de diversos países. Entretanto, não encontramos estudos investigando a influência da depressão nas características psicométricas do MBI-HSS. Portanto, neste estudo, investigamos a validade do MBI-HSS em uma amostra de 521 auxiliares de enfermagem de um hospital universitário utilizando a análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e consistência interna pelo alfa de Cronbach. A amostra total foi dividida em um grupo com depressão maior e outro sem depressão maior. Tanto a amostra total, quanto as subamostras apresentaram elevados valores de alfa de Cronbach para a subescala de esgotamento emocional e valores

intermediários para as subescalas de realização pessoal e de despersonalização. A análise do gráfico Scree plot, diferente da análise fatorial exploratória sem fixar os fatores, indicou a solução de três fatores, como na versão original da MBI-HSS. Fixando-se em três fatores, a análise fatorial exploratória revelou maior carga fatorial em Esgotamento Emocional (EE) de dois itens de Despersonalização (DE) na subamostra com depressão maior, mas não na subamostra sem depressão maior. Diferentemente, os itens 6 e 16 de EE apresentaram maior carga fatorial em DE na subamostra sem depressão mas não a amostra com depressão. Nossos resultados indicam que a presença de depressão maior pode influenciar as propriedades psicométricas da MBI-HSS. Sugerimos que pesquisadores considerem a avaliação da validade da MBI-HSS na amostra em questão anteriormente ao uso do MBI-HSS, incluindo a avaliação dos indivíduos com e sem depressão separadamente.

Descritores: *burnout*, *Maslach Burnout Inventory*, MBI-HSS, validade, análise fatorial, depressão, doenças ocupacionais

Summary

Trigo, TR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Brazilian nurse assistants of a University hospital: the influence of depression.

The burnout syndrome among health professionals has been studied in several countries and its association with depressive disorders have been reported by several studies. The results indicate validity for burnout, differentiating it from depression and on the other hand, association between burnout and depressive symptomatology. The Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) has been the most used instrument to evaluate burnout. The three-factor structure of the MBI has been confirmed in several samples from different countries. However, we did not find studies investigating the influence of depression on the psychometric characteristics of the MBI-HSS. Therefore, we investigated the validity of the MBI-HSS in a sample of 521 nursing assistants in a university hospital using exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis and internal consistency (Cronbach's alpha coefficient). The total sample was divided into a group with major depression and one without major depression. Both the total sample and the subsamples showed high values of Cronbach's alpha for the subscale of emotional exhaustion and intermediate values for the subscales of personal accomplishment and

depersonalization. The Scree plot analysis, unlike exploratory factor analysis without fixing the factors, indicated the three-factor solution, as in the original MBI-HSS. Settling into three factors, the exploratory factor analysis revealed the highest load factor in Emotional Exhaustion (EE) of two items in the subsample of Depersonalization (DE) with major depression but not in the subsample without major depression. In contrast, items 6 and 16 of EE had higher factor loading in DE in the subsample without depression but not in the sample with depression. Our results indicate that the presence of major depression may influence the psychometric properties of the MBI-HSS. We suggest that researchers consider the evaluation of the validity of the MBI-HSS in the sample prior to the use of the MBI-HSS, including assessment of individuals with and without depression separately.

Descriptors: Burnout, Maslach Burnout Inventory, MBI-HSS, validity, factor analyses, depression, work-related disorders

Introdução

O trabalho é uma atividade que pode ocupar grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade. Dejours afirmava que o trabalho nem sempre possibilita realização profissional. Pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão (1). Estudos sugerem que o desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo a se ausentar do trabalho (absenteísmo), gerando licenças por auxílio-doença e a necessidade, por parte da organização, de reposição de funcionários, de transferências, de novas contratações, de novo treinamento, entre outras despesas. A qualidade dos serviços prestados e o nível de produção fatalmente são afetados, assim como a lucratividade (2, 3).

Freudenberger utilizou o jargão inglês *burnout*, que expressa aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, para criar a expressão *Staff Burnout*. Esta descreve uma síndrome composta por exaustão, desilusão e isolamento em trabalhadores da saúde mental consequente a uma resposta ao estresse crônico relacionado ao trabalho (4, 5).

Desde então, essa síndrome tem sido tema de um grande número de artigos, livros e debates. Por exemplo, o Encontro Anual da Associação Americana de Psiquiatria realizou um debate sobre o tema o “*Burnout* entre os psiquiatras” (6) e vários encontros médicos tem sido realizados para buscar soluções para a síndrome (7, 8). Enfermeiros

incluem o *burnout* como um dos causadores da diminuição da qualidade de seus serviços. Chegou-se a relatar que próximo a 18% dos pacientes dos EUA e Inglaterra e mais de 27% deles no Canadá classificaram sua última internação em relação aos cuidados da equipe como regular ou pobre. Sugere-se que, entre os fatores causais da diminuição da qualidade dos cuidados, está a escassez de enfermeiros, que por sua vez tem sido associada ao *burnout*, insatisfação e pela própria diminuição do número destes profissionais (9, 10).

Na Classificação Internacional das Doenças, décima revisão (CID-10), os critérios de neurastenia, se relacionados ao trabalho, são os que mais se aproximariam da definição do *burnout* (11). Entretanto, um grupo de psiquiatras canadenses defende a idéia de que seria um tipo de transtorno de ajustamento (12). Segundo editorial na revista *The Lancet*, ela pode vir a se tornar um diagnóstico formal em futuras versões do DSM, integrando-se aos transtornos psiquiátricos (13).

Ainda na CID-10, o “esgotamento profissional ou sensação de estar acabado” (*burnout syndrome*) é codificado como Z73.0. No Brasil, o Decreto de nº 3.048, de 06 de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamentos Relacionados ao Trabalho cita a “Sensação de Estar Acabado” e “Síndrome do Esgotamento Profissional” como sinônimos da síndrome de *burnout* (14).

A síndrome de *burnout* é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse (tensão) no trabalho. As características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciariam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional (EE), distanciamento afetivo (em inglês: *depersonalization* – DE), baixa realização profissional (RP) (15, 16).

A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, tristeza, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão; sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação. Levanta-se a possibilidade de estar associada a cefaléias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical e, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo, denominado despersonalização, provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradável e não desejada. Já a baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho pode ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor (16, 17).

A hipotética relação entre os três componentes é que a exaustão emocional é uma resposta a estressores emocionais no trabalho e é a primeira fase do *burnout*. O indivíduo pode tentar lidar com os estressores se afastando deles, desenvolvendo resposta de distanciamento afetivo (despersonalização) em relação às pessoas. Quando a despersonalização ocorre, o indivíduo tende a se avaliar de forma crítica em relação à sua realização profissional e pode se questionar se pratica

um bom trabalho. Assim, a exaustão emocional pode ser um preditor da despersonalização, que, por sua vez, pode desencadear a baixa realização profissional.

O *burnout* pode ser considerado um grande problema no mundo profissional da atualidade (16, 18-20). Como é consequente a um processo crônico de estresse, cabe relatar que, na Europa, o estresse aparece como um dos fatores mais importantes em relação à diminuição da qualidade da saúde nos anos 90 (21).

O HERO (*Health Enhancement Research Organization*), avaliando 46.000 funcionários nos setores público e privado, relatou resultados de uma análise retrospectiva sobre queixas médicas, riscos para a saúde e os custos adicionais devido a estes fatores (22). A Tabela 1 mostra a relação entre os fatores de risco para aumento dos custos médicos e os valores destes custos.

Tabela 1 – Relação entre fatores de risco para aumento dos custos médicos e valores destes custos

Fator de risco responsável pelo aumento dos custos médicos	Aumento dos Custos médicos (%)
a) Primeiro lugar entre todos: Depressão	70%
b) Estresse elevado associado à incapacidade por parte do funcionário em lidar com este estresse	46%
Associação de a + b	147%

Adaptado de Goetzel et al, 1998 (Goetzel, 1998)

Em revisão sistemática e meta-análise de 485 estudos com uma amostra de 267.995 indivíduos, avaliaram-se evidências que relacionavam satisfação com o trabalho ao bem-estar físico e mental. Houve forte associação entre baixos níveis de satisfação com o trabalho e

problemas mentais e psicológicos como *burnout*, baixa autoestima, tristeza e ansiedade (23).

Alguns estudos consideram o *burnout* como uma das principais doenças dos europeus e americanos, ao lado do diabetes e doenças cardiovasculares (24, 25). O *burnout* tem sido associado a maior absenteísmo ao trabalho, maior rotatividade de funcionários e aposentadoria precoce, com significativas implicações financeiras (26).

Na Suécia, estima-se que a síndrome venha contribuindo com mais do que o dobro das faltas ao trabalho (27). Nos Estados Unidos, o estresse e problemas relacionados, como é o *burnout*, provocam anualmente um custo calculado de mais de 150 bilhões de dólares para as organizações (28). No Canadá, estudo evidenciou que enfermeiros possuíam uma das taxas mais altas de licenças médicas entre todos os trabalhadores, o que se devia, principalmente, ao *burnout*, ao estresse induzido pelo trabalho e às lesões musculoesqueléticas (29).

Indicando a relevância do *burnout* como um problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou um grupo internacional de estudiosos do assunto como Cherniss do Estados Unidos da América, Cooper do Reino Unido, entre outros, a fim de elaborar medidas para a sua prevenção (16).

Aspectos Epidemiológicos

Os estudos sobre *burnout* estudam sua prevalência principalmente em amostras selecionadas de profissionais e pouco se tem investigado sobre a prevalência do *burnout* na população geral. Um levantamento alemão estimou que 4,2% de sua população de trabalhadores estavam acometidos (30). Uma proporção relevante das pesquisas avaliou trabalhadores da área de saúde obtendo dados muitas vezes semelhantes.

Estudos indicam que o *burnout* poderia afetar mais de 40% dos médicos em um nível suficiente para comprometer o seu bem-estar pessoal, o seu desempenho profissional e a qualidade dos cuidados com os pacientes. Estes, por sua vez, viriam a se sentir insatisfeitos, comprometendo a aderência aos tratamentos prescritos (26, 31-33).

Em relação às equipes de saúde européias, apesar de não se citarem dados estatísticos, há grande preocupação com o aumento do número de profissionais médicos acometidos pela síndrome tanto pelo comprometimento da saúde destes trabalhadores e da qualidade dos cuidados com os pacientes quanto pelos prejuízos financeiros que causa (26).

Sintomas de estresse, *burnout* e pensamentos suicidas foram avaliados em uma população de 2671 médicos finlandeses (34). Os que apresentaram maiores índices de elevado *burnout* pertenciam à clínica médica, medicina do trabalho, psiquiatria, inclusive a infantil, medicina

interna, oncologia, dermatologia, infectologia, radiologia, neurologia e pneumologia. Os não especialistas pontuaram um nível mais elevado de *burnout* comparados aos especialistas. Já os médicos de postos de saúde municipais tinham os mais elevados níveis da síndrome. Os que trabalhavam no setor particular, universidades e institutos de pesquisa foram os que apresentaram os menores níveis.

Já em 1840 médicos americanos, os maiores índices de elevado *burnout* foram detectados no serviço privado (55%), seguido pelos médicos do setor público (39%) e do acadêmico (37%) (35).

Dependendo da especialidade médica ou região dos EUA, estudos documentaram uma variação de acometimento de médicos pelo *burnout* de 40% a 70% (36-39). Os grupos de alto risco eram os envolvidos em departamentos de emergência, de doenças infecciosas, de oncologia e de medicina geral (37). Em residentes de medicina interna, o índice de *burnout* era de 76%, o que foi relacionado à prática intensa dos cuidados oferecidos (40).

Estudo longitudinal realizado em Nova York, Chicago e Wisconsin obteve, de um total de 422 médicos, uma porcentagem de 27% apresentando sintomas de *burnout*. Também foi sugerido que insatisfação, estresse e *burnout* em médicos estavam associados a pacientes insatisfeitos e que pouco aderiam aos tratamentos prescritos (32).

Um estudo mexicano evidenciou uma prevalência de aproximadamente 47,2% em profissionais da atenção primária (AP) e atenção especializada (AE) acometidos pelo *burnout* (33).

Na Espanha, um estudo transversal em médicos da AP e AE detectou o *burnout* em 85,7% dos médicos de AP e em 69,1% nos de AE (41). Afirmou-se que a síndrome está emergindo como um problema de saúde pública neste país entre os profissionais de saúde (42).

Em uma amostra de 37 enfermeiras sauditas do centro de cuidados terciários King Fahd University Hospital, 17 delas (45,9%) apresentaram altos níveis de EE e 13 (35,1%) apresentaram EE moderada (43).

Estudo com 99 indivíduos pertencentes à equipe de enfermagem de hospitais espanhóis, a prevalência do *burnout* foi de 1,3% (44).

Avaliando-se 289 profissionais de diferentes unidades de terapia intensiva, 14% apresentavam *burnout* (16% dos enfermeiros, 14% dos residentes, 13% dos médicos e 10% dos auxiliares de enfermagem) (45).

A síndrome de *Burnout* foi estudada em 11530 americanos hispânicos e profissionais espanhóis da área de saúde. A freqüência do *burnout* em profissionais residentes na Espanha foi de 14,9%; na Argentina, 14,4% e no Uruguai, 7,9%, enquanto no México, Equador, Peru e Colômbia, Guatemala e El Salvador apresentaram freqüências entre 2,5 e 5,9%. A prevalência em médicos foi de 12,1%; em enfermeiros, 7,2%; em dentistas, psicólogos e nutricionistas, menores do que 6% (45).

No Brasil, a literatura encontrada nos bancos de dados utilizados não é vasta em relação ao *burnout* e sua prevalência. Carlotto e Câmara

(46) analisaram a produção científica sobre o *burnout* através da base de dados BVS, indexPsi, Pepsic, encontrando 27 artigos, sendo a maioria pertencente à categoria relato de pesquisa (17), nove de revisões teóricas e dois estudos que validaram o MBI em professores. Existem outros estudos que citam a validação do MBI em equipe de enfermagem no Distrito Federal (47, 48)

Em estudo transversal aplicado em 151 enfermeiros e auxiliares de enfermagem em Santa Catarina, de acordo com Grunfeld, 35,7% (49) dos entrevistados apresentaram *burnout* (50). No Rio Grande do Norte, um estudo realizado com 205 profissionais de três hospitais universitários constatou que 93% dos participantes de um dos hospitais apresentavam *burnout* em níveis moderado e elevado (51).

Ainda em relação aos profissionais da saúde, 136 membros da Sociedade Brasileira de Cancerologia responderam a três questionários, um deles para avaliar o *burnout*. Esta síndrome foi observada em níveis moderados ou graves em 15,7% dos médicos. Na subescala de EE, 55,8% dos indivíduos pontuaram níveis moderado ou grave; na subescala de DE, a pontuação correspondente a estes níveis foi atingida por 96,1% e na subescala de RP, 23,4% (52).

Outra população alvo de estudos sobre o *burnout* é a dos educadores. Investigações sobre a saúde mental dos professores de 1o e 2o graus em todo o país, abrangendo 1.440 escolas e 30 mil professores, revelaram que 26% da amostra estudada apresentavam exaustão

emocional. Essa proporção variou de 17% em Minas Gerais e Ceará a 39% no Rio Grande do Sul (53).

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (URFJ), para ilustrar o grau de estresse inerente ao conflito entre aumento da competição no meio científico e diminuição dos recursos empregados, realizou entrevistas abertas e semi-estruturadas com estudantes de graduação, pós-doutorandos e professores do departamento de bioquímica da URFJ, respeitado na tradição em pesquisa. Concluiu-se que a escassez de recursos promove *burnout*, competição, estresse no trabalho e sofrimento mental (54).

Fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*

Para a enumeração dos fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout*, são levadas em consideração quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade (16).

Organização

Em relação aos fatores relacionados à organização que influenciam o desenvolvimento do *burnout*, alguns são mencionados na Tabela 2.

Tabela 2 – Fatores organizacionais associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout* e suas possíveis conseqüências

Fator	Possíveis conseqüências
Burocracia (excesso de normas)	Impede a autonomia, a participação criativa e, portanto, a tomada de decisões. As atividades são realizadas lentamente, demandando muito tempo e muita energia por parte da equipe e/ou indivíduo na sua manutenção. Exemplo: tempo gasto no preenchimento de formulários, relatórios, participação em reuniões administrativas.
Falta de autonomia (impossibilidade de tomar decisões sem ter de consultar ou obter autorização de outrem)	Impossibilita a liberdade de ação e independência profissionais.
Normas institucionais rígidas	Impedem que o trabalhador atinja a autonomia e o sentir-se no controle de suas tarefas.
Mudanças organizacionais freqüentes (alterações freqüentes de regras e normas)	Provocam insegurança, predispondo o funcionário a erros.
Falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipe	Provocam um clima social prejudicial.
Comunicação ineficiente	Provoca distorções e lentificação na disseminação da informação

Continuação Tabela 2

Impossibilidade de ascender na carreira, de melhorar sua remuneração, de reconhecimento de seu trabalho, entre outras	Podem provocar grande desestímulo no trabalhador
O ambiente físico e seus riscos, incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até de vida	Geram sentimentos de ansiedade, medo e impotência
Outros fatores: acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo; convívio com colegas afetados pela síndrome	
(Maslach, 1997; Gil-Monte, 1997; Schaufeli, 1998; Schaufeli, 1999)	

Indivíduo

Acredita-se que características próprias do indivíduo possam estar associadas a maiores ou menores índices de *burnout* (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 – Fatores individuais (características de personalidade) associados a menores índices da Síndrome de *Burnout*

Fator	Características
Tipo de personalidade com características resistentes ao estresse ou <i>Hardness</i>	Envolvem-se em tudo o que fazem; acreditam possuírem o domínio da situação; encaram as situações adversas com otimismo e como oportunidade de aprendizagem
<i>Locus</i> de controle interno	Responsabilizam-se pelos sucessos de sua própria vida, sendo estes encarados como conseqüentes às suas habilidades e seus esforços
Auto-estima, autoconfiança, auto-eficácia	
(Maslach, 2001; Schaufeli, 1998; Kobasa, 1979; Moreno-Jiménez; Gil-Monte, 1997; Codo, 1999)	

Tabela 4 – Fatores individuais (características de personalidade) associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout*

Fator	Características
Padrão de personalidade	Indivíduos competitivos, esforçados, impacientes, com excessiva necessidade de controle das situações, dificuldade em tolerar frustração
<i>Locus</i> de controle externo	Consideram que suas possibilidades e acontecimentos de vida são conseqüentes à capacidade de outros, à sorte ou ao destino
Superenvolvimento	Sujeitos empáticos, sensíveis, humanos, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas, susceptíveis a se identificarem com os demais
Indivíduos pessimistas	Costumam destacar os aspectos negativos, prevêm insucesso, sofrendo por antecipação
Indivíduos perfeccionistas	São bastante exigentes consigo mesmos e com os outros, não tolerando erros e dificilmente se satisfazendo com os resultados das tarefas realizadas
Indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão	Podem deixar de ser realistas, tendo grandes chances de se decepcionarem. Se associado ao otimismo, pode levar a baixos índices de <i>burnout</i>
Indivíduos controladores	São inseguros, preocupam-se, excessivamente, têm dificuldade em delegar tarefas e dificuldade em trabalhar em grupo
Indivíduos passivos	Mantêm-se na defensiva e tendem à evitação diante das dificuldades
Gênero	As mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional; e os homens, em despersonalização
Nível educacional	Indivíduos com nível mais elevado
Estado civil	Maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados, ou o oposto

(Maslach, 2001; Schaufeli, 1998; Kobasa, 1979; Moreno-Jiménez; Gil-Monte, 1997; Codo, 1999; Nagy, 1985; Firth, 1985; Burke, 1989; Ross, 1989; de Meis, 2003)

Trabalho

Em relação aos fatores relacionados ao trabalho, alguns associados à síndrome de *burnout* são citados na Tabela 5.

Tabela 5 – Fatores laborais (características do trabalho) associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout*

Fator	Características
Sobrecarga	Quantidade ou qualidade excessiva de demandas que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo ou de infra-estrutura organizacional Pressão no trabalho propicia, principalmente, o aparecimento de exaustão emocional
Baixo nível de controle das atividades ou acontecimentos no próprio trabalho; baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais	Provocam pouca ou nenhuma satisfação do trabalhador pelo seu trabalho
Expectativas profissionais	Indivíduos com discrepâncias entre suas expectativas de desenvolvimento profissional e aspectos reais de seu trabalho
Sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais	Podem ser conseqüentes a carga de trabalho, salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colega sem merecimento
Trabalho por turnos ou noturno	Chega a afetar cerca de 20% dos trabalhadores, acarretando transtornos físicos e psicológicos; Mais propensos: os que precisam efetuar mudanças em períodos de tempo a cada 2 ou 3 dias, passando alternadamente do período diurno para o noturno e vice-versa
Precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas	Provocam pensamentos de não poder contar com ninguém; sentem-se desamparados, carentes de orientação, desrespeitados; Quadro piora na presença de indivíduos competitivos, distantes, excessivamente críticos ou preguiçosos
Tipo de ocupação	É maior em relação aos cuidadores em geral
Relação muito próxima e intensa do trabalhador com as pessoas a que deve atender; responsabilidade sobre a vida de outrem	Exemplos: cuidadores de deficientes mentais, AIDS, Alzheimer
Conflitos de papel Ambigüidade de papel	Papel: conjunto de funções, expectativas e condutas que uma pessoa deve desempenhar em seu trabalho Conflito de papel: embate entre informações e expectativas do trabalhador sobre seu desempenho em um determinado cargo ou função na instituição Ambigüidade de papel: normas, direitos, métodos e objetivos pouco delimitados ou claros por parte da organização

(Maslach, 2001; Schaufeli, 1998; Kobasa, 1979; Moreno-Jiménez; Gil-Monte, 1997; Codo, 1999)

Sociedade

Os fatores sociais associados à síndrome de *burnout* são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Fatores sociais associados a maiores índices da Síndrome de *Burnout*

Fator	Características
Falta de suportes social e familiar	Impedem o indivíduo de contar com colegas, amigos de confiança e familiares
Manutenção do prestígio social em oposição à baixa salarial que envolve determinada profissão	O indivíduo busca vários empregos, surgindo sobrecarga de trabalho, e conseqüentemente pouco tempo para descanso e lazer, para atualização profissional, levando-o à insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas
Valores e normas culturais	Podem incrementar ou não o impacto dos agentes estressores no desencadeamento do <i>burnout</i>

(Constable, 1986; Maslach, 1997; Maslach, 2001)

Associação com Depressão e Outros Transtornos Psiquiátricos

Burnout e Depressão

A associação entre o *burnout* e os transtornos depressivos tem sido relatada por vários estudos.

Testou-se a validade discriminativa da síndrome de *burnout* em contraste com transtorno depressivo em professores pré-escolares, médicos assistentes e familiares. Os resultados indicaram validade para o *burnout*, diferenciando-o da depressão (23).

Em outro estudo, os índices de *burnout* e a sintomatologia depressiva mostraram significativa associação entre estas patologias. A sobreposição à exaustão emocional é digna de nota (aproximadamente 20%). Já a baixa associação entre o Inventário de Depressão de Beck e as dimensões RP e DE não dão suporte à idéia de que o *burnout* seja uma forma de depressão relacionada ao trabalho (24).

Ahola e col encontraram transtorno depressivo (incluindo episódio depressivo maior, distímia e depressão menor) em 50% dos indivíduos com *burnout* grave (25).

Alguns autores acreditam que a depressão seguiria o *burnout* e que altos níveis de exigência psicológica, baixos níveis de liberdade de decisão, baixos níveis de apoio social no trabalho, estresse devido a trabalho inadequado são preditores significantes para subsequente depressão. Sugere-se também que os indivíduos jovens com *burnout* têm maior porcentagem de depressão leve do que ausência de depressão (26).

A relação entre variáveis ocupacionais (predisponentes à síndrome de *burnout*) e os transtornos depressivos foi examinada. Constatou-se que indivíduos que trabalham em condições de muitas demandas psicológicas associadas a baixo poder de decisão têm maior prevalência de depressão quando comparados aos trabalhadores não expostos a estas condições (27).

Diante da hipótese de que a suscetibilidade para depressão está associada ao aumento de risco para o desenvolvimento de *burnout*, avaliaram-se os índices pessoais e história familiar de depressão e sintomas de *burnout*, confirmando tal hipótese (28).

Outro estudo avaliou a associação entre transtornos psiquiátricos e nível do cargo ocupado em oficiais do governo japonês para detecção de estresse, transtornos psiquiátricos e síndrome de *burnout*. Como resultados, encontraram-se várias correlações. Primeira: quanto maior o nível de estresse associado ao pobre apoio da organização ao funcionário, maior a probabilidade de desenvolver síndrome de *burnout*. Segunda: quanto mais forte for o suporte da organização, menor a tendência em se desenvolver depressão. Constatou-se que oficiais ocupando cargos de alto nível recebiam menor apoio organizacional e estavam mais severamente deprimidos quando comparados a oficiais em cargos hierarquicamente mais baixos (29).

Apesar de muitos estudos sobre o *burnout* terem sido realizados nas últimas décadas, a caracterização desta entidade ainda não é sistematizada. Não há consenso sobre sua definição, com ausência de

critérios padronizados. Dúvidas sobre a definição diagnóstica da síndrome de *burnout*, suas diferenças e correlações com a depressão ainda estão em estudo.

Burnout e Transtornos ansiosos

Não foram encontrados estudos que avaliassem a associação de transtornos ansiosos específicos (transtorno do pânico, fobia social, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático) e *burnout*.

Estudo realizado em Sidney, Austrália, avaliou 110 estudantes do primeiro ano do programa de graduação médica a fim de determinar a prevalência de desordens psiquiátricas e *burnout* no último ano de medicina. Constatou-se que o número de participantes que preenchiam critérios tanto para desordens psiquiátricas (como transtornos de ansiedade) quanto para o *burnout*, cresceu ao longo do período do estudo (30).

Em Chicago, EUA, mostrou-se que dentistas se deparavam com numerosas fontes de estresse profissional, iniciadas já na faculdade. Afirmou-se que estes estavam propensos ao *burnout*, transtornos ansiosos e depressivos devido à natureza da prática clínica e traços de personalidade comuns aos que decidiram pela carreira odontológica (31).

Burnout e Suicídio

Estudaram-se ideação suicida, tentativa de suicídio e os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho. Quatro fatores foram relacionados:

propensão ao suicídio, qualidade do trabalho, ambiente de trabalho negativo e *burnout*/depressão. A correlação entre estes fatores sugeriu que o ambiente de trabalho, quando negativo, estava associado a *burnout*/depressão, que por sua vez, estavam relacionados à maior probabilidade de ideação suicida e tentativa de suicídio (32).

Em uma amostra de 146 enfermeiros, o risco de suicídio apresentou correlações significativas com ansiedade, depressão, baixa auto-estima, exaustão emocional e realização pessoal (33).

Burnout e Dissociação

O levantamento realizado mostrou um estudo cujas evidências sugeriram que trabalho próximo e prolongado a vítimas de trauma e de abuso sexual pode causar conseqüências psicológicas para os profissionais que lidam com essas situações, como o *burnout*. Dentre as possíveis conseqüências, tem-se o desenvolvimento de episódios dissociativos, ansiedade, depressão, pensamentos intrusivos, paranóia, hipervigilância e relações pessoais interrompidas (34).

Burnout e Abuso/dependência ao Álcool e outras substâncias ilícitas

O estresse causado nos médicos pelo seu trabalho pode levar ao *burnout* e à dependência química (34-36).

O consumo de álcool foi estudado em 2671 médicos finlandeses como parte de uma pesquisa sobre estresse e *burnout*. O aumento do

consumo de álcool estava associado, entre outros, a tabagismo, uso de benzodiazepínicos, estresse e *burnout*, pensamentos de morte e insatisfação geral. Hábitos de beber eram mais pesados entre médicos trabalhando nos centros comunitários de saúde, entre os que tinham licença prolongada devido à doença, jovens médicos desapontados com suas profissões ou com o ambiente de trabalho e médicos mais experientes, imersos em suas tarefas diárias. Sugeriu-se que o uso pesado de bebida alcoólica poderia estar associado a estresse e *burnout* (37).

Avaliou-se a extensão de *burnout* entre 306 médicos generalistas franceses. Encontrou-se elevado nível de *burnout* em 5% da população avaliada. De cada 3 médicos, 1 pensava em se submeter a novo treinamento, 5,5% declararam estar bebendo em excesso, 30% usavam psicotrópicos e 13% pensavam em suicídio. A qualidade de vida dos que sofriam com *burnout* foi considerada deteriorada, também levando a consequências deletérias no que se referia aos cuidados prestados aos pacientes (38).

Burnout e Transtornos psicossomáticos

Há muitas indicações de que situações estressantes de origem familiar e laboral são fatores de risco para o desenvolvimento de desordens relacionadas ao estresse. Segundo evidencia o estudo, diagnósticos como síndrome de *burnout*, síndrome da fadiga crônica e fibromialgia representam modos diferentes de reagir a uma situação

opressiva. O limite entre estas doenças e de outro lado depressão e doenças cardíacas é frequentemente impreciso. Estes diagnósticos podem delinear os estágios preliminares de doenças como *angina pectoris* e infarte do miocárdio. Essas circunstâncias refletem sofrimento considerável dos indivíduos e um fardo econômico significativo para sociedade (39).

Em estudo realizado em Roma, avaliaram-se controladores de tráfego aéreo (CTA) e profissionais de serviços de saúde (PSS) usando-se o *Rome burnout inventory* (RBI). Os indivíduos que relatavam estar deprimidos, ansiosos ou com impulso descontrolado preenchiam critérios para *burnout*. Os maiores níveis de doenças psicossomáticas foram encontrados nos CTA que também tiveram uma maior pontuação em exaustão emocional (40).

Burnout e Demência, Retardo mental, Transtornos psicóticos e de personalidade

A literatura evidencia que a síndrome de *burnout* pode ocorrer em indivíduos que trabalham como cuidadores de pacientes portadores de quadros demenciais e de retardo mental (41, 42).

Não se evidenciou relação de causa-efeito entre *burnout* e demência, retardo mental, transtornos psicóticos ou de personalidade.

Conseqüências do *Burnout*

Muitos pontos permanecem não esclarecidos, mas acredita-se que o *burnout* interfere nos níveis institucional, social e pessoal.

Para a Organização

Como resultado do *burnout*, a instituição pode ter um aumento em seus gastos (tempo, dinheiro) com a conseqüente rotatividade de funcionários acometidos, assim como com o absenteísmo dos mesmos (5, 16, 43, 44).

Há estudo afirmando que o *burnout* enfraquece o interesse de alguns membros da equipe de saúde por práticas inovadoras, contribuindo como fator impeditivo na disseminação de condutas baseadas em evidência (5, 43-45).

Segundo Maslach & Leiter (44):

“[...] os indivíduos que estão neste processo de desgaste estarão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Eles investem menos tempo e energia no trabalho, fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais freqüência. Além de trabalharem menos, não trabalham tão bem. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas o indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e na quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste.”

Para o Indivíduo

O indivíduo pode apresentar fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar); distúrbios do sono; cefaléias, enxaquecas; perturbações gastrointestinais (gastrites até úlceras); imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes, com afecções na pele (pruridos, alergias, queda de cabelo, aumento de cabelos brancos); transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos, entre outros); distúrbios do sistema respiratório (suspiros profundos, bronquite, asma); disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens) e alterações menstruais nas mulheres (1, 4, 15, 16, 46-50).

Em relação ao psiquismo, pode apresentar falta de concentração, alterações de memória (evocativa e de fixação), lentificação do pensamento, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, baixa auto-estima e desânimo (4, 46, 48-52).

Pode ocorrer o surgimento de agressividade, dificuldade para relaxar e aceitar mudanças, perda de iniciativa, consumo de substâncias (álcool, café, fumo, tranqüilizantes, substâncias ilícitas) e comportamento de alto risco até suicídio (4, 46, 48-52).

Para o Trabalho

Ocorre diminuição na qualidade do trabalho por mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência (1, 4, 20, 43, 44). A predisposição a acidentes aumenta devido à falta de atenção e de concentração (43, 44).

O abandono psicológico e físico do trabalho pelo indivíduo acometido pelo *burnout* leva a prejuízos de tempo e dinheiro para o próprio indivíduo e para a instituição que tem sua produção comprometida (5, 43, 44, 53, 54). Para que seja possível, por exemplo, o estabelecimento de relações terapêuticas entre o profissional e o paciente, a prevenção ao estresse e *burnout* está entre as principais recomendações feitas pelo *National Guideline Clearinghouse* às organizações (55, 56).

Para a Sociedade

O indivíduo acometido pelo *burnout* pode provocar distanciamento dos familiares, até filhos e cônjuge (1, 53, 54). Já os clientes mal atendidos arcam com prejuízos emocionais, físicos e financeiros que podem se estender aos seus familiares e até ao seu ambiente de trabalho (1, 44).

Como identificar o *Burnout* ?

Observação

A observação é a maneira mais óbvia de reunir informações a respeito das características psicológicas de um indivíduo. Em relação ao *burnout*, foi assim que as pesquisas se iniciaram. Entretanto, essas observações não eram sistematizadas ou padronizadas. Por razões de confiabilidade e validade, os indivíduos devem ser observados sistematicamente em situações padronizadas usando um conjunto limitado de critérios comportamentais específicos. Padrões comportamentais claros devem ser estabelecidos e operacionalizados em escalas, uma situação particular padronizada deve ser criada para provocar o comportamento a ser avaliado e os avaliadores têm de ser treinados para observar e detectar esse tipo de comportamento usando as escalas. Até o presente, esse tipo de protocolo não foi desenvolvido em relação ao *burnout*.

Entrevista

A menos que seja uma entrevista estruturada, não terá confiabilidade para propósitos de avaliação individual. Como instrumento de pesquisa, as entrevistas não são somente intensamente trabalhosas, como ineficientes e também inevitavelmente subjetivas. Por outro lado, permite que dúvidas sejam esclarecidas assim como maior número de informações.

Questionários de Auto-preenchimento

Os questionários de auto-preenchimento tem muitas vantagens práticas. Podem ser administrados rapidamente a grandes grupos, são muito eficientes e baratos, fáceis de administrar, pontuar, interpretar e eliminam a subjetividade do entrevistador.

Dentre estes, o “*Burnout Measure*” (BM) que mede o *burnout* de uma forma multidimensional, apesar de considerá-lo tendo três dimensões. Neste caso, não tratam a síndrome como relacionada só ao trabalho. A normatização do BM tem pouco valor devido à falta de informações estatísticas essenciais.

Atualmente, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) é o questionário de auto-preenchimento mais utilizado para a avaliação do *burnout*, apresentando maior validade e maior confiabilidade em relação às múltiplas dimensões da síndrome (57, 58). Schaufeli e Enzmann, em um levantamento no período de 1976 a 1996 envolvendo 974 teses de doutorado, encontraram a utilização do MBI em 59,7% delas; em 498 artigos indexados no mesmo período, o MBI-HSS foi utilizado em 93% deles (11). As publicações contendo sua utilização encontram satisfatória consistência interna nas três subescalas, com α variando de 0,70 a 0,90 (57, 59-61).

Diante das possíveis implicações individuais, econômicas (saúde populacional, encargos empresariais) e sociais (62), é importante que se desenhe um mapa epidemiológico da síndrome e conseqüente

intervenção (43). Para isto, é necessário um instrumento de avaliação do *burnout* que esteja validado para a população a ser avaliada.

Para se realizar a validação de uma escala, várias técnicas podem ser utilizadas. A validade de face (validade aparente ou validade externa) e a validade de conteúdo são descrições técnicas de julgamento, para que uma escala pareça razoável. A validade de face indica se, na sua aparência, o instrumento parece avaliar as qualidades desejadas. A validade de conteúdo julga se todas as amostras do instrumento são relevantes, tem conteúdo ou domínios importantes. Tanto a de face quanto a de conteúdo são obtidas através da análise do comitê de especialistas, o que leva a julgamentos subjetivos. A validade de critério (convergente) pode ser realizada se houver outro instrumento (padrão ouro) que meça o mesmo atributo, comparando o resultado da aplicação das duas medidas (63). Na nossa literatura, não há instrumento padrão ouro para a comparação com o MBI-HSS.

Os últimos trabalhos em adaptação cultural têm utilizado a Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória para verificar a validade do instrumento (63) além do alpha de Cronbach que permite investigar a consistência interna de uma escala, sendo esse um indicador de confiabilidade.

Ainda há que se considerar os vários estudos que investigam a relação entre *burnout* e os quadros depressivos. Apesar de suas semelhanças (24, 25, 59, 60), acredita-se que sejam entidades clínicas distintas (23, 24, 26, 29, 31, 64) e é importante entender, portanto, se há

diferença nas características psicométricas do MBI-HSS quando comparam-se indivíduos deprimidos de não deprimidos.

Sendo o MBI a escala mais utilizada mundialmente e por não haver nenhum consenso sobre uma versão brasileira, justifica-se sua tradução para o português e investigação de sua validade em uma amostra de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário, avaliando a influência da depressão nesta validação quando comparados indivíduos deprimidos de não deprimidos.

Objetivos

- Avaliar a validade fatorial do *Maslach Burnout Inventory-Humans Services Survey* (MBI-HSS) em uma amostra de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário;
- Avaliar a influência da depressão na validação fatorial do MBI-HSS em uma amostra de auxiliares de enfermagem.

Métodos

Amostra

O estudo foi realizado nas enfermarias do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IHC-FMUSP).

De acordo com Burns e Grove, para a realização da análise fatorial, para cada item de uma escala são necessários pelo menos 10 sujeitos (65). Portanto, para a realização da análise fatorial do MBI-HSS que conta com 22 itens, seriam necessários no mínimo 220 sujeitos. Para a avaliação da influência da depressão na estrutura fatorial do MBI-HSS, estimou-se que a depressão acomete aproximadamente 20% dos sujeitos com *burnout* moderado ou grave e 7% dos sujeitos com *burnout* leve (baseado no estudo de Ahola et al 2005). Deste modo, seriam necessários 323 sujeitos com grau leve e 97 sujeitos com grau moderado ou grave para se ter um poder de teste de 90%, com um alfa de 5% bicaudal, totalizando 430 sujeitos para permitir a validação fatorial. Estimando-se que 15% dos formulários pudessem não ser utilizados, trabalhamos com um número de 521 auxiliares de enfermagem do IHC-FMUSP pertencentes às várias unidades médicas: 320 indivíduos trabalhavam na enfermaria de clínica médica; 60, na de clínica cirúrgica; 66, no Pronto Socorro e 75, na Unidade de Terapia Intensiva. Foram

incluídos 40% dos indivíduos de cada enfermaria do período diurno (das 7H às 19H; n= 345) e noturno (das 19H às 07H; n=176).

Coleta de dados

A Diretoria de Enfermagem do ICHC-FMUSP colaborou com o estudo, permitindo que as entrevistas fossem realizadas em salas vazias nas enfermarias durante o período de trabalho dos participantes.

Duas pesquisadoras se dirigiram ao andar de cada unidade médica do ICHC-FMUSP e convidaram os auxiliares na medida em que eles compareciam ao posto médico. Ao aceitarem, eram conduzidos a salas na própria unidade disponibilizadas para a pesquisa pelos respectivos responsáveis pela unidade. Após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e elucidação de eventuais dúvidas, aqueles que concordavam em participar do estudo assinavam o termo seguindo as normas de ética em pesquisa, segundo Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e iniciavam os procedimentos da pesquisa.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)

O inventário traduzido para o português foi o *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) destinado aos profissionais

de *serviços* de saúde e correlacionados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc) que se apresenta no Anexo 1.

O MBI-HSS é utilizado para avaliar os três aspectos do *burnout*: EE, DE e RP. Cada um destes aspectos é medido por uma subescala separadamente. A subescala de esgotamento emocional (EE) avalia as queixas sobre sentir-se no limite e exausto pelo trabalho. A subescala de despersonalização (DE) mede respostas impessoais e falta de empatia durante a atividade profissional (clientes, pacientes). A subescala de realização pessoal (RP) avalia os sentimentos de competência e conquista de sucesso no trabalho (57).

Este é um questionário de auto-preenchimento respondido por escala tipo *Likert* de 7 pontos com 0: nunca; 1: algumas vezes no ano; 2: uma vez ao mês; 3: algumas vezes no mês; 4: uma vez por semana; 5: algumas vezes na semana e 6: todos os dias. A escala apresenta 22 itens, sendo 09 relacionados à EE; 5, à DE e 8, à RP.

Cada subescala possui pontos de corte que podem ser os da escala original americana ou considerando a divisão da amostra em tercís, sendo o tercil inferior correspondente à intensidade Leve, o tercil médio, à Moderada, e o tercil superior, à Grave. A pontuação em cada subescala é considerada separadamente e suas pontuações não são somadas, o que resulta em três pontuações para cada indivíduo que preencher o questionário. Logo, cada subescala é avaliada separadamente. Alguns autores, de modo diferente, adotam a divisão em quartis e, consideram que estar acima do percentil 75% em uma

subescala pode significar que o indivíduo necessita de atendimento médico (11).

Outra opção de avaliação é a tentativa de associação entre as três subescalas resultando em uma única medida de gravidade. Dessa forma, o *burnout* é conceitualizado como uma variável única categorizada em leve, moderado e grave quando as três subescalas apresentam, ao mesmo tempo, pontuação nos intervalos de Leve, Moderado e Grave respectivamente. A exceção é para a intensidade grave que pode ser resultante de somente duas subescalas na pontuação grave (11)

Tradução do *Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)*

Após o consentimento formal dos autores e da editora que detém os direitos autorais (*Consulting Psychologists Press*; ANEXO 2), a versão original em língua inglesa do MBI-HSS foi traduzida para o português de modo independente por dois psiquiatras professores em hospitais universitários e com proficiência em inglês.

Três palavras tiveram traduções diferentes pelos dois tradutores: *recipients* (na versão original) foi traduzida para “beneficiários” por um tradutor e “os que recebem meus serviços” pelo outro tradutor; da mesma forma, *callous* para “insensível” e “calejado”; *energetic* para “disposto” e “animado”; *exhilarated* para “estimulado” e “animado”.

Após discussão com os tradutores, e comparação com versões em português já disponíveis na literatura (51, 66-70), chegou-se a uma versão consensual em português em relação aos aspectos lingüísticos e

semânticos, ficando com as palavras “beneficiários”, “insensível” e “disposto”.

A seguir, a versão foi retrotraduzida (*backtranslation*) (71) para o inglês por um psicólogo bilíngüe que não teve acesso à versão original em inglês. A retrotradução foi comparada à versão original em inglês pelos autores da escala. As três palavras citadas na retrotradução ficaram como: *beneficiaries* (versão original: *recipients*), *insensitive* (versão original: *callous*), *animated* (versão original: *energetic*). Os autores da escala original concordaram com a versão da retrotradução (ANEXO 3).

Após a retrotradução, foi realizada a aplicação do MBI em um grupo de 20 indivíduos que não participaram da amostra final do estudo. Esse estudo em grupo piloto teve o objetivo de avaliar as dificuldades de compreensão passíveis de ocorrerem durante a aplicação do instrumento (72). Após esta etapa, as seguintes mudanças foram feitas:

- a palavra “beneficiários” (originalmente *recipients*) foi substituída por pacientes;
- a frase “Eu me sinto no fim da corda” (originalmente: *I feel like I'm at the end of my rope*) foi substituída por “Eu sinto como se estivesse no fim da linha.”
- A palavra “calmly” do item 21 foi traduzida como “tranquilamente”.

Questões para a obtenção de dados demográficos e ocupacionais

Utilizamos um questionário para coletar os dados demográficos incluindo gênero, idade, estado civil, número de filhos, rendas familiar e

pessoal e características profissionais (tempo de experiência profissional total e tempo de experiência profissional no ICHC-FMUSP, carga horária semanal e número de faltas ao trabalho no último mês).

Entrevista para Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (Prime-MD)

A Entrevista para Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (PRIME-MD-Primary Care Evaluation of Mental Disorders) foi utilizada para realização do diagnóstico de Episódio Depressivo Maior. Trata-se de uma entrevista dividida em 5 módulos que englobam as doenças mentais mais encontradas no atendimento primário (humor, ansiedade, transtornos somatoformes, uso de álcool e transtornos alimentares). É uma entrevista estruturada que permite a identificação de 18 categorias diagnósticas. O módulo de humor (Anexo 4) apresenta 9 questões que investigam os principais sintomas depressivos e a presença de transtorno depressivo maior segundo critérios do DSM-III-R. Todos os diagnósticos são fornecidos através de um questionário com respostas sim ou não(73).

O diagnóstico de Transtornos Depressivos foi realizado por uma psiquiatra que utilizou a versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa, módulos de transtornos de humor (74).

Análise estatística

A análise descritiva incluiu a avaliação da frequência absoluta e percentuais do total para variáveis qualitativas (gênero, raça, estado civil) ou médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas (número de filhos, idade, rendas pessoal e familiar, tempo de experiência profissional total e no ICHC-USP, horas de trabalho por semana e faltas ao trabalho no último mês).

O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett foram aplicados para checar a adequação dos dados à análise fatorial. Procedeu-se à Análise Fatorial Exploratória, seguida pela Análise Fatorial Confirmatória e a Consistência interna através do alfa de Cronbach. Também foram feitas as estatísticas descritivas e intercorrelações entre as subescalas do MBI-HSS (42, 43, 75, 76).

As análises fatoriais exploratória e confirmatória incluíram os 22 itens do MBI-HSS. Para a análise fatorial exploratória, os itens foram analisados com a Análise do Componente Principal com rotação ortogonal Varimax.

A solução inicial recomendada de acordo com critério de Kaiser (com autovalores $> 1,0$) foi a de 6 fatores. Entretanto, a visualização do *scree plot* (critério de Cattell) indicou 3 fatores como significativo para a estrutura do MBI e estes fatores foram analisados.

A análise fatorial confirmatória teve como objetivo avaliar a adequação dos dados ao modelo original do MBI-HSS através dos índices RMSEA

(*root mean square error of approximation*, ≤ 0.08), SRMR (*Standardized root mean square residual*, ≤ 0.08), o CFI (*Comparative fit index*, $\geq 0,9$), o índice de Tucker-Lewis (NNFI: *non-normed fit index*, $\geq 0,9$) e o Bentler-Bonnett (NFI: *normed fit index*, ≥ 0.9).

A consistência interna de cada subescala foi investigada através do alfa de Cronbach a fim de determinar quão bem os itens medem o construto latente. Também foram realizadas estatísticas descritivas dos construtos resultantes (como médias das pontuações obtidas para cada subescala e desvios padrão). A fim de avaliar se existiu diferença estatisticamente significativa entre as médias das pontuações dadas pela subamostra de deprimidos e não deprimidos, foi realizado o teste de Mann-Whitney.

A correlação de Pearson foi utilizada para analisar a sobreposição das subescalas do MBI-HSS (42, 75, 76).

As análises estatísticas foram aplicadas na amostra total e, posteriormente, no grupo de participantes que preencheram os critérios para transtorno depressivo maior (subamostra com transtorno depressivo maior, com-DM) e para os indivíduos que não preencheram os critérios para transtorno depressivo maior (subamostra sem transtorno depressivo maior, sem-DM).

Adotou-se um nível de significância $< 0,05$, bicaudal, e as análises estatísticas foram realizadas usando-se o pacote estatístico SPSS 14.0 e R versão 2.10.1 para a análise fatorial confirmatória.

Resultados

Características da Amostra

As características demográficas e profissionais da amostra são apresentadas na Tabela 7.

A amostra total foi composta de 521 auxiliares de enfermagem, sendo a maioria de mulheres (91%), brancas, casadas e com filhos.

Indivíduos com-DM tinham maior probabilidade de serem mulheres, com filhos, com maior tempo de experiência profissional no ICHC-FMUSP e com mais faltas ao trabalho no mês anterior à entrevista (Tabela 7).

Tabela 7 - Características demográficas e ocupacionais da amostra (amostra total, subamostras de deprimidos e não deprimidos) de auxiliares de enfermagem do ICHC-FMUSP.

Características	Amostra Total N (%)		Com-DM N (%)		Sem-DM N (%)		p*
Gênero							
Mulheres	474	91,0	133	96,0	341	87,0	0,011
Homens	47	9,0	5	4,0	42	13,0	
Idade (anos)							
Média (DP)	39,5 (13)		39,8 (9,8)		39,2 (9,7)		
≤ 30	104	20,0	26	19,0	80	20,0	0,546
31 a 40	177	34,0	50	36,0	128	33,0	
41 a 50	168	32,2	38	28,0	133	34,0	
≥ 51	72	13,8	24	17,0	50	13,0	
Raça							
Branca	275	52,0	76	55,0	190	49,6	0,446
Parda	141	27,0	33	24,0	116	30,2	
Negra	104	20,0	29	21,0	74	19,3	
Asiáticos	1	1,0	0	0	3	0,8	
Estado civil							
Casado	260	50,2	72	52,2	189	49,4	0,567
Relacionamento estável	16	3,0	4	2,9	12	3,1	
Separado	38	7,3	11	8,0	27	7,1	
Divorciado	28	5,4	8	5,9	20	5,2	
Viúvo	17	3,3	7	5,0	10	2,6	
Solteiro	162	31,1	36	26,0	125	32,6	
Número de filhos							
0	164	31,5	34	25,0	127	32,0	0,038
1 e 2	261	50,1	76	55,0	187	48,0	
3 e 4	89	17,0	23	17,0	71	18,0	
≥ 5	7	1,3	5	4,0	6	1,0	

Continuação Tabela 7							
Renda familiar (reais)							
Média (DP)	3100(1600)		3000 (1500)		3150 (1600)		
500 - 2500	174	34,0	49	36,0	131	34,0	0,800
2500 - 4500	270	51,8	70	51,0	199	51,0	
4500 - 6500	51	9,8	12	9,0	41	10,0	
≥6500	25	4,8	7	5,0	20	5,0	
Renda pessoal (reais)							
Média (DP)	1700 (800)		1700 (630)		1750 (850)		
500 - 1500	185	35,7	57	41,0	128	33,0	0,880
1500 - 2500	266	51,2	64	46,0	208	53,0	
2500 - 3500	57	11,0	15	11,0	44	11,0	
≥ 3500	13	2,6	2	1,0	11	3,0	
Tempo de experiência profissional (anos)							
Média (DP)	10,7 (6,9)		11,5 (6,9)		10,3 (6,9)		
<10	251	51,1	53	39,0	173	45,0	0,099
10 -20	209	43,1	63	46,0	169	43,0	
≥ 20	61	11,8	22	16,0	49	13,0	
Tempo de experiência profissional no ICHC-USP (anos)							
Média (DP)	8,5 (6,4)		9,6 (6,7)		8,1 (6,2)		0,018
<10	281	54,2	68	49,0	215	55,0	
10 -20	208	40,2	59	43,0	153	39,0	
≥ 20	29	5,6	11	8,0	23	6,0	
Carga horária semanal							
Média (DP)	47,9 (20,6)		45,8 (11)		48,6 (23,2)		
< 24	2	0,4	1	1,0	1	0,03	0,122
24 -48	198	8,1	18	13,0	37	9,5	
36 -48	156	29,9	47	34,0	122	31,2	
48 -60	159	30,6	50	36,0	139	35,5	
≥ 60	162	31,1	23	16,0	92	23,5	
Faltas ao trabalho no último mês							
Média (DP)	0,3 (0,7)		0,5 (0,9)		0,2 (0,7)		0,000
0	410	78,8	95	69,0	312	80,0	
≥ 1	111	21,2	43	31,0	79	20,0	

Com-DM: subamostra de deprimidos; sem-DM: subamostra de não deprimidos; DP: desvio-padrão

Intensidade das Pontuações e Consistência Interna

Para a amostra total, as médias de pontuação em cada subescala foram 21,8 pontos para EE, 36,48 pontos para a RP; 5,95 pontos para DE (Tabela 14). Para as subamostras, os dados também estão na Tabela 14, assim como os resultados da investigação das diferenças nas médias de

pontuações entre as subamostras sem-DM e com-DM, realizada com teste de Mann-Whitney e os alfa de Cronbach.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas e Confiabilidade das subescalas do MBI-HSS.

	Amostra total (N 521)			Sem-DM (N 383)			Com-DM (N 138)			\bar{r}
	Média	DP	Alfa	Média	DP	Alfa	Média	DP	Alfa	
EE	21,80	12,68	0,867	18,97	11,5	0,866	29,7	12,6	0,872	0,000*
RP	36,48	6,97	0,587	37,04	6,8	0,570	34,9	7,3	0,640	0,004*
DE	5,95	5,52	0,550	5,34	5,1	0,537	7,64	6,33	0,578	0,000*

* Teste de Mann-Whitney para as médias das pontuações em RP entre sem-DM e com-DM
p <0,001

EE: Exaustão emocional; RP: Realização pessoal; DE: depersonalização

MBI Subescalas: Subescalas do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey; M: médias;
DP: desvio padrão; Alfa: Alfa de Cronbach

Adequação para a Análise Fatorial

O índice KMO de adequação da amostra total em 0,875 foi maior do que o mínimo de 0,5 recomendado por Arbuckle & Wothke (77) e o teste de esfericidade de Bartlett foi aceitável (p<0,001), indicando que os itens do MBI-HSS eram interdependentes (X^2 2975,061, p<0,001). Estas duas medidas de adequação psicométrica sugerem que a matriz de correlação do MBI-HSS é apropriada à análise fatorial. As análises dos sem-DM e da com-DM também mostraram resultados adequados para a análise de fatorial.

Análise Fatorial Exploratória

A Análise da Componente Principal com rotação ortogonal varimax com um número ilimitado de fatores resultou, para a amostra total, em um modelo de seis fatores (Tabela 8). Entretanto, a inclinação do *Scree plot*

test indicou a solução de três fatores para a amostra total e para as subamostras sem-DM e com-DM (Figuras 1, 2 e 3).

Figura 1 - Scree plot test para a Amostra Total

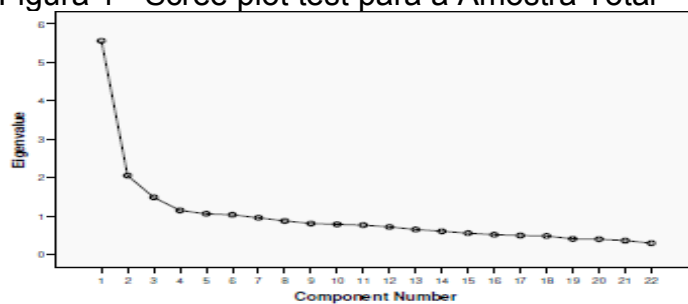


Figura 2 - Scree plot test para a Subamostra sem depressão maior (sem-DM)

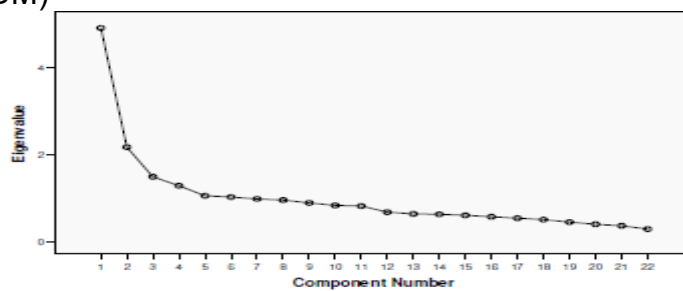
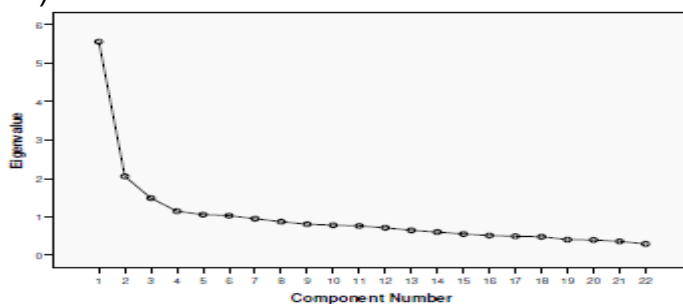


Figura 3 - Scree plot test para a Subamostra com depressão maior (com-DM)



Embora análise da *Scree plot test* indicasse a solução de três fatores como proposto por Maslach, optamos por também descrever os resultados da análise exploratória com seis fatores. Este modelo apresentou variância explicada de 56,0%. O fator 1 foi composto por todos os 9 itens preconizados por Maslach. Os itens pertencentes à subescala de RP se agruparam em dois fatores. Um deles formou o fator 2 com os itens 12, 17, 18 e 19, expressando sentimentos positivos causados diretamente pelo trabalho. Os itens 4, 7 e 9 formaram o quarto fator, expressando boa capacidade em lidar com as pessoas. Os itens pertencentes à subescala original de DE formaram o fator três (itens 10 e 11) e o fator cinco (itens 5 e 22). O sexto fator conteve os itens 21 de RP e o 15 de DE.

Tabela 8 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS com um número ilimitado de fatores.

Item/conteúdo breve	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
ee1 – sugado	,816	-,105	,000	-,002	,151	-,011
ee2 – consumido	,808	-,097	,045	,030	,054	,048
ee8 – esgotado	,749	-,211	,201	,031	,079	,043
ee14 – trabalhando duro demais	,720	,051	,020	,027	,167	-,057
ee3 – fatigado pela manhã	,646	-,354	,234	,093	-,005	-,037
ee13 – frustrado	,536	-,201	,382	,035	-,115	,107
ee6 – trabalhar com pessoas gera tensão	,481	-,112	,245	,016	,378	-,041
ee16 – trabalhar com pessoas gera estresse	,454	-,059	,297	-,004	,428	-,113
ee20 – fim da linha	,433	-,387	,391	,187	-,126	,132
rp18 – muito animado quando com pacientes	-,076	,709	-,027	,157	-,202	,054
rp19 – realizado coisas que valem à pena	-,176	,638	-,183	,040	,080	,019
rp12 – muito disposto	-,289	,637	-,065	-,001	,015	-,009
rp17 – crio clima tranquilo	,013	,574	,135	,184	-,232	,197
de11 – preocupo com endurecimento	,188	-,167	,753	,007	,094	,019
de10 – insensível com pessoas	,166	,087	,739	-,123	,275	-,074

Continuação Tabela 8

rp7 – lidar com problemas efetivamente	-,055	-,028	,124	,738	,222	,006
rp4 – entendo pessoas	,117	,131	-,013	,608	-,283	-,121
rp9 – influencio de forma positiva	,092	,187	-,190	,587	,086	,073
de22 – paciente me culpam	,163	-,019	,056	,143	,702	,076
de5 – objetos	,117	-,323	,231	-,103	,475	,186
de15 – não me preocupo com pacientes	,036	-,063	,026	-,242	,219	,740
rp21 – lido com problemas emocionais tranquilamente	-,036	,240	-,047	,204	-,069	,699
Autovalores	5,56 0	2,058	1,455	1,152	1,061	1,035

Método de Extração: Análise da componente principal

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

ee: item da subescala de exaustão emocional, rp: item da subescala de realização pessoal, de: item da subescala de despersonalização

Valores em sombreado correspondem às maiores cargas fatoriais obtidas para cada item.

Para as subamostras sem-DM e para a com-DM, as análises também produziram um modelo de seis fatores (autovalores > 1.00 como critério), que representaram 54,0% e 60,3% da variância total, respectivamente.

Análise Fatorial Fixando-se em 3 Fatores

Como mencionamos, a inclinação do *Scree plot test* indicou a solução de três fatores tanto para a amostra total, como para as subamostras sem-DM e com-DM (Figuras 1, 2 e 3). Esta foi escolhida como solução final seguindo o critério de parcimoniosidade e solidez clínica. O modelo final após a rotação apresentou uma estrutura simples e similar ao modelo original do MBI-HSS. O resultado da distribuição das cargas fatoriais consequente às análises fatoriais exploratórias fixadas em 3 fatores para a amostra total e subamostras estão apresentados nas Tabelas 9, 10 e 11.

Na análise fatorial exploratória fixando-se em 3 fatores, para a amostra total, obteve-se uma variância total explicada de 41,4%, com 25,3% explicada pelo fator 1 correspondente à subescala de EE (Tabela 9 e 12). Os itens correspondentes às subescalas de EE, RP e DE com cargas fatoriais >0,4 se distribuíram de acordo com os itens do MBI-HSS original. O item RP12 também apresentou carga fatorial >0,4 no fator de EE e o item RP4, também em DE.

Tabela 9 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a amostra total, fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

	Fatores		
	1	2	3
de10	0,286	-0,008	0,546
de11	0,395	-0,112	0,437
de15	-0,069	0,018	0,575
de22	0,219	0,114	0,499
de5	0,211	-0,226	0,558
ee1	0,760	-0,010	0,083
ee13	0,616	-0,075	0,123
ee14	0,652	0,106	0,071
ee16	0,512	-0,028	0,391
ee2	0,762	0,027	0,063
ee20	0,607	-0,131	0,120
ee3	0,750	-0,181	0,052
ee6	0,534	-0,037	0,361
ee8	0,776	-0,071	0,151
rp12	-0,436	0,479	0,010
rp17	-0,080	0,602	-0,022
rp18	-0,226	0,653	-0,127
rp19	-0,353	0,523	0,001
rp21	-0,114	0,475	0,199
rp4	0,233	0,416	-0,409
rp7	0,196	0,382	0,000
rp9	0,146	0,491	-0,195

Método de Extração: Análise da Componente Principal

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

Cargas fatoriais sombreadas: cargas fatoriais significativas >0.4

ee: item de exaustão emocional; rp: item de realização pessoal; de: item de despersonalização

Para a subamostra sem-DM, a análise fatorial fixando-se em 3 fatores apresentou uma variância total explicada de 39%, com 22,3%

explicada pelo fator 1 correspondente à subescala de EE (Tabela 10 e 12). Os itens correspondentes às subescalas de EE, RP e DE com cargas fatoriais >0,4 se distribuíram de acordo com os itens do MBI-HSS original. Os itens 6 e 16 de EE também apresentaram carga fatorial >0,4 no fator de DE.

Tabela 10 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a subamostra dos sem-DM (sem depressão maior), fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

	Fatores		
	1	2	3
de10	0,116	0,038	0,646
de11	0,177	-0,066	0,605
de15	-0,085	-0,005	0,420
de22	0,211	0,018	0,425
de5	0,152	-0,213	0,543
ee1	0,786	0,009	0,032
ee13	0,580	-0,013	0,171
ee14	0,675	0,067	0,026
ee16	0,411	0,017	0,485
ee2	0,793	0,009	0,112
ee20	0,480	-0,094	0,279
ee3	0,664	-0,205	0,150
ee6	0,422	-0,011	0,472
ee8	0,756	-0,041	0,202
rp12	-0,362	0,496	-0,086
rp17	-0,042	0,630	0,057
rp18	-0,201	0,679	-0,118
rp19	-0,253	0,507	-0,084
rp21	-0,070	0,437	0,139
rp4	0,215	0,475	-0,233
rp7	0,108	0,388	0,038
rp9	0,199	0,475	-0,160

Método de Extração: Análise da Componente Principal

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

Cargas fatoriais sombreadas: cargas fatoriais significativas >0.4

ee: item de exaustão emocional; rp: item de realização pessoal; de: item de despersonalização

Para a subamostra com-DM, obteve-se uma variância total explicada de 42,7%, com 25,2% explicada pelo fator 1 correspondente à subescala de EE (Tabela 11 e 12). Os itens correspondentes à subescala

de EE com cargas fatoriais >0,4 se distribuíram de acordo com os itens do MBI-HSS original. Os itens de RP tiveram carga fatorial >0,4 no fator correspondente à subescala de RP, com exceção ao item 4 que se apresentou no fator correspondente à subescala de DE. Os itens DE10 e DE11 tiveram carga fatorial >0,4 no fator correspondente à subescala de EE; o restante dos itens de DE (5, 15 e 22) permaneceram juntos no fator 3 (DE).

Tabela 11 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a subamostra dos com-DM (com depressão maior), fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

	Fatores		
	1	2	3
de10	0,466	-0,054	0,360
de11	0,538	-0,143	0,190
de15	0,084	0,079	0,671
de22	0,262	0,304	0,542
de5	0,235	-0,198	0,663
ee1	0,737	-0,126	0,176
ee13	0,613	-0,163	0,023
ee14	0,715	0,104	0,055
ee16	0,593	-0,096	0,200
ee2	0,645	0,010	-0,015
ee20	0,583	-0,106	-0,101
ee3	0,787	-0,096	-0,051
ee6	0,620	-0,058	0,118
ee8	0,735	-0,140	0,087
rp12	-0,282	0,511	0,125
rp17	-0,055	0,532	-0,117
rp18	-0,157	0,570	-0,286
rp19	-0,384	0,536	-0,017
rp21	-0,071	0,531	0,180
rp4	0,173	0,226	-0,680
rp7	0,192	0,450	-0,132
rp9	-0,079	0,553	0,007

Método de Extração: Análise da Componente Principal

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser

Cargas fatoriais sombreadas: cargas fatoriais significativas >0.4

ee: item de exaustão emocional; rp: item de realização pessoal; de: item de despersonalização

A Tabela 12 visa comparar de forma mais fácil a distribuição dos itens nos fatores entre a amostra total, a subamostra sem-DM e com-DM.

Tabela 12 - Distribuição das cargas fatoriais na análise fatorial exploratória do MBI-HSS para a amostra total, subamostra sem-DM e com-DM, fixando-se o modelo em três fatores com distribuição livre dos itens.

Fator 1	Amostra total	Sem-DM	Com-DM
ee1 – sugado	,760	,786	,737
ee2 – consumido	,762	,793	,645
ee3 – fatigado pela manhã	,750	,664	,787
ee6 – trabalhar com pessoas gera tensão	,534	,422(EE)/,485(D E)	,620
ee8 – esgotado	,776	,756	,735
ee13 – frustrado	,616	,580	,613
ee14 – trabalhando duro demais	,652	,675	,715
ee16 – trabalhar com pessoas gera estresse	,512	,411(EE)/,485(D E)	,593
ee20 – fim da linha	,607	,480	,583
Porcentagem da variância (%)	25,3	22,3	25,2
Fator 2			
rp4 – entendo pessoas	,416(PA)/-,409(DE)	,475	(----)/-,680(DE)
rp7 – lidar com problemas efetivamente	,382	,388	,450
rp9 – influencio de forma positiva	,491	,475	,553
rp12 – muito disposto	,479(RP)/-,436(EE)	,496	,511
rp17 – crio clima tranqüilo	,602	,630	,532
rp18 – muito animado quando com pacientes	,653	,679	,570
rp19 – realizado coisas que valem à pena	,523	,507	,536
rp21 – lido com problemas emocionais tranquilamente	,475	,437	,531
Porcentagem da variância	9,3	9,9	9,1
Fator 3			
de5 – objetos	0,558	,543	,633
de10 – insensível com pessoas	0,546	,646	(----)/,466(EE)
de11 – preocupo com endurecimento	0,437	,605	(----)/,538(EE)
de15 – não me preocupo com pacientes	0,575	,420	,671
de22 – paciente me culpam	0,499	,425	,542
Porcentagem da variância	6,8	6,8	8,4
Variância total explicada	41,4	39,0	42,7

ee: item de exaustão emocional; rp: item de realização pessoal; de: item de despersonalização
(----): itens que não tiveram carga fatorial >0,4 na sua subescala segundo o MBI-HSS original;
Valores sombreados: indicam onde os itens tiveram cargas fatoriais quando em sobreposição ou ao lado de (----) onde tiveram sua carga fatorial >0,4

Adequação do Modelo à Amostra

Para a amostra total e as subamostras sem-DM e com-DM, os índices de boa adequação ao modelo original do MBI-HSS são apresentados na Tabela 13. Para amostra total e para a subamostra com-DM, o índice SRMR apresenta um valor de boa adequação ao modelo. Para a subamostra sem-DM, os índices RMSEA e o SRMR indicaram boa adequação do modelo.

Table 13 – Índices de boa adequação da análise fatorial confirmatória do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS)

	RMSEA (≤0,05)	NFI (≥0,9)	NNFI (≥0,9)	CFI (≥0,9)	SRMR (≤0,08)
AT	0,0557	0,8352	0,8675	0,8899	0,0602
Sem-DM	0,0498	0,8122	0,8755	0,8965	0,0523
Com-DM	0,0715	0,6498	0,7881	0,8120	0,0798

RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*; SRMR: *Standardized root mean square residual discretion*; CFI: *Comparative Fit index*; NNFI: *non-normed fit index ou Tucker-Lewis index*; NFI: *normed fit index or Bentler- Bonnett fit index*.

Intercorrelação Entre as Escalas

Ao se avaliar a intercorrelação entre as subescalas na amostra total (Tabela 15), a maior correlação ocorreu entre EE e DE (0,444, $p < 0,001$) quando comparada à RP e DE (-0,200, $p < 0,001$). Na mesma tabela se encontram os resultados nas análises das intercorrelações para

Tabela 15 – Intercorrelações entre as Subescalas do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) para a amostra total, subamostra sem-DM e com-DM

Subescalas	Amostra total			Sem-DM			Com-DM		
	EE	RP	DE	EE	RP	DE	EE	RP	DE
MBI-HSS									
EE		-,212	,444		-,149	,396		-,257	,492
RP			-,200		-,155				-,246
DE									

EE: subescala de Exaustão Emocional; RP: subescala de Realização Pessoal; DE: subescala de Despersonalização

Discussão

Investigamos a validade fatorial do MBI-HSS em uma amostra de 521 auxiliares de enfermagem do ICHC-FMUSP utilizando a Análise Fatorial Exploratória, Análise Fatorial Confirmatória e a consistência interna através do alfa de Cronbach. Para avaliar uma possível influência da depressão, investigamos a estrutura fatorial do MBI-HSS em duas subamostras, uma composta por indivíduos sem depressão maior (sem-DM) e outra composta por indivíduos com depressão maior (com-DM).

Divergências em relação ao número de fatores

Ao realizarmos a Análise Fatorial Exploratória com um número ilimitado de fatores para a amostra total, obtivemos 6, mas ao utilizar o *Scree plot test* obtivemos uma solução de 3 fatores como originalmente descrita por Maslach.

A solução de 3 fatores nos parece a mais indicada pois tem respaldo no *Scree plot test*, respaldo teórico das três dimensões que compõem a síndrome (esgotamento, despersonalização e realização pessoal) e o suporte da literatura. Entretanto, para efeito de conhecer melhor as peculiaridades dessa escala, dedicaremos alguns comentários sobre a solução de 6 fatores.

Alguns estudos prévios não replicaram os três fatores originalmente descritos. Densten e cols., por exemplo, relataram uma solução de 5 fatores (78). Esse fato pode ilustrar a possível influência das

características da amostra, tais como a depressão, as especificidades linguísticas e as diferenças de metodologia. Quando esta análise foi aplicada nas subamostras sem-DM e com-DM, também houve a formação de 6 fatores.

Nesta solução, considerando nossa amostra total, os fatores que se agruparam na subescala de EE foram os mesmos descritos na versão original de Maslach. A subescala de RP foi dividida em dois fatores: o fator 2 refletiu sentimentos positivos diretamente causados pelo trabalho e o fator 4 expressou uma boa capacidade em lidar com pessoas.

Os itens originalmente considerados indicativos de DE também se distribuíram em dois fatores. Um deles expressou sentimentos negativos causados diretamente pelo trabalho; o outro, sentimentos negativos causados pelos pacientes.

O fator 6 foi composto pelo item DE15 e item PA21. Esses dois itens ilustram peculiaridades de nossa amostra. O item 15 corresponde à afirmativa “Eu realmente não me importo com o que acontece com alguns pacientes”. Esta apresentou pontuação zero em 71% da amostra e pontuação 1 em 8,8% da amostra, totalizando aproximadamente 80% do total de participantes. Isso sugere que, independentemente de os sujeitos estarem ou não com *burnout*, esta afirmativa apresentou elevada porcentagem de indivíduos que nunca sentiram isso ou que sentiram algumas vezes ao ano ou menos. Poderíamos levantar várias justificativas para estes escores: caso o participante tivesse uma pontuação maior, ele poderia ser considerado cruel pelos outros e por si

mesmo, com deficiências de caráter, distanciando-se dos ideais intrínsecos a esta profissão. Também poderia não ter *insight* deste comportamento e caso tivesse, ele o esconderia ao máximo. Outra possibilidade seria realmente que ele não tivesse este sentimento e/ou comportamento; mesmo estando esgotado, conseguia se preocupar com seus pacientes. O item 21 da RP diz “No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente”. Poderíamos pensar que, na nossa amostra, esta afirmativa não foi bem entendida ou que o participante não tinha *insight* de que não conseguia lidar de forma tranquila com os problemas dos seus pacientes; ou ainda, que mesmo esgotado e/ou com despersonalização, conseguia superar isto.

A solução de três fatores

O *Scree plot test* indicou uma solução de 3 fatores tanto para a amostra total como para as subamostras com e sem-DM. Para a amostra total, na análise fixada em 3 fatores, os itens correspondentes às subescalas de EE, RP e DE com cargas fatoriais $>0,4$ se distribuíram de acordo com os itens do MBI-HSS original, incluindo algumas inconsistências que tem sido descritas na literatura. A análise das subamostras com-DM e sem-DM evidenciou diferenças que podem ilustrar a possível influência da presença da depressão nas características psicométricas da MBI-SS.

Na amostra total, dois itens, ambos pertencentes à RP, mostraram sobreposição com outras subescalas. O item RP12 (“Eu me sinto muito

disposto”), além de estar no seu próprio fator, também apresentou carga fatorial $>0,4$ no fator de EE. Entretanto, a carga maior foi na própria RP e esse aspecto vem sendo encontrado em vários outros estudos (58, 64, 79). Essa sobreposição não se repetiu nas subamostras com-DM e sem-DM.

O segundo item a apresentar sobreposição na amostra total foi o item RP4 (“Eu consigo compreender facilmente como meus pacientes se sentem a respeito das coisas”). Além de estar no seu próprio fator, também apresentou carga fatorial $>0,4$ em DE. Observando-se a subamostra com-DM, este item apresentou carga fatorial significativa em DE ao invés de RP. Observando-se a subamostra sem-DM, pode-se notar que este item só teve carga fatorial $>0,4$ no fator correspondente à própria subescala de RP. Isso levanta a possibilidade de que seu comportamento de sobreposição na amostra total se deve à interferência das respostas dadas pelos indivíduos com-DM.

Cabe ressaltar que, mesmo com as sobreposições, os itens 4 e 12 tiveram maior carga fatorial no fator correspondente à subescala de RP tanto para a amostra total quanto para as subamostras.

De peculiar relevância são os resultados relativos à subescala EE em indivíduos com-DM e indivíduos sem-DM. Na subamostra sem-DM, os itens correspondentes às subescalas de EE, de RP e de DE com cargas fatoriais $>0,4$, de modo geral, se distribuíram de acordo com os itens do MBI-HSS original. Entretanto, os itens EE6 (“...trabalhar com pessoas põe muito estresse...”) e EE16 (“...trabalhar com os pacientes é uma grande

tensão...”) também apresentaram carga fatorial $>0,4$ no fator de DE e essa foi maior do que a carga no próprio fator EE. Essas inversões não foram observadas em paciente com-DM. Esses resultados sugerem que a presença de depressão pode interferir na expressão dos itens EE6 e EE16 promovendo um agrupamento mais intenso destes com os outros itens de EE. Por outro lado, na ausência de depressão, esses itens parecem refletir mais aspectos de despersonalização e não de esgotamento.

Consistente com nossos resultados, Poghosyan (77) avaliou estudos sobre as análises da estrutura fatorial do MBI-HSS em 8 países, a saber Canadá, Reino Unido, Alemanha, Nova Zelândia, Japão e Rússia. Em todos eles, os itens 6 e 16 não tiveram cargas fatoriais $>0,4$ na sua própria subescala (EE), mas se alocaram em DE. Estes itens descrevem sentimentos de tensão e estresse na relação com os pacientes e isso é consistente com o encontrado na subescala de DE avaliado por outras afirmativas. Poghosyan e cols. sugerem para que diante de uma situação como esta, considerar esses 2 itens como pertencentes à subescala de DE e proceder a realização de uma nova análise fatorial, com posterior comparação de qual seria o melhor modelo (77).

Outra possibilidade, seguindo a orientação da própria autora da escala original, seria omitir itens que não estivessem com a carga nos próprios fatores. Maslach propôs excluir os itens 12 e 16 das análises exploratórias e confirmatórias para avaliar uma melhor adequação dos dados. Entretanto, um impasse surge ao se manter ou não os itens 12 e

16 para a realização da soma total dos escores e posterior comparabilidade entre vários estudos.

Outro aspecto interessante na subamostra com-DM diz respeito aos itens DE10 (“Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu peguei esse emprego”) e o DE11 (“Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente). Eles apresentaram carga fatorial $> 0,4$ em EE, o que não ocorreu na amostra total e na subamostra sem-DM.

Com exceção aos itens EE6 e EE16 que transmitem sentimentos negativos relacionados diretamente aos pacientes, os outros sete itens de EE (1, 2, 3, 8, 13, 14 e 20) dizem respeito a sentimentos negativos diretamente relacionados ao trabalho, assim como os itens DE10 e DE11. Esses itens apresentaram porcentagens diferentes para suas pontuações conforme o grupo.

Para a afirmativa 10, na amostra total, sem-DM e com-DM, responderam 0 e 1, respectivamente: 72%, 76% e 64% dos participantes. Para a afirmativa 11, na amostra total, sem-DM e com-DM, responderam 0 e 1, respectivamente: 66%, 71% e 51%. Cabe ressaltar que foram altas as porcentagens das respostas 0 e 1 comparadas a 5 (algumas vezes na semana) e 6 (todos os dias). Entretanto, os indivíduos deprimidos tiveram maiores pontuações do que os não deprimidos. Possivelmente em pacientes com-DM, os itens DE10 e DE11 passaram a funcionar como indicadores de EE e não mais de DE.

Desta forma, na subamostra com-DM, houve um aumento do número de itens no fator EE que passou de 9 itens para 11 itens considerando o DE10 e DE11. O fator DE, por sua vez, teve uma diminuição de itens em relação ao proposto originalmente, permanecendo juntos os itens 5, 15 e 22, além do item 4 de RP. Os itens 5, 15 e 22 se relacionam entre si, transmitindo sentimentos causados pelo contato com os pacientes: “...trato alguns pacientes como objetos” (5), “...não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes...” (15), “...sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas...” (22).

Análise confirmatória

A análise fatorial confirmatória para a solução de três fatores indicou adequação dos dados ao modelo original do MBI-HSS em alguns indicadores, embora não em todos. De interesse, a subamostra sem-DM, além do SRMR que está presente tanto na amostra total, quanto na com-DM, também apresentou valor aceitável do RMSEA. Esse resultado sugere que a depressão maior pode interferir nos resultados dos indicadores da adequação da amostra ao modelo, além de interferir no agrupamento dos itens como comentado acima para a análise fatorial exploratória.

Poghosyan e cols. relataram inadequação ao modelo do MBI-HSS original em 7 de 8 países considerando o RMSEA, e em 8 de 8 países considerando o CFI (9, 77). Cabe citar que a avaliação da adequação dos dados ao modelo deve ser baseada em critérios múltiplos que levam em

conta considerações teóricas, estatísticas e práticas (79). Falhas nestas esferas podem levar a vieses como: visualização incompleta dos índices de bom ajuste; seleção dos índices baseada exclusivamente nos seus valores e não na teoria e origem; surgimento de obstáculos para outros estudos validarem o resultado devido a algumas indesejáveis características destes índices.

Consistência Interna

Passando-se à confiabilidade das subescalas no modelo de três fatores, o alfa de Cronbach foi satisfatório para a subescala de EE na amostra total, sem-DM e com-DM. Este fato está de acordo com vários estudos, independentemente da língua em que é traduzido ou da população em que é aplicado (76, 77, 80). Para as subescalas de RP e DE, os valores do alfa de Cronbach foram moderados. O valor do alfa de Cronbach na subescala de DE é relativamente menor do que nas duas outras subescalas, o que tem sido relatado em vários estudos (78).

Intercorrelações entre as subescalas

Na avaliação das intercorrelações, as subescalas EE e DE apresentaram maior intercorrelação, tanto na amostra total, como nas subamostras sem-DM e com-DM. Esse resultado é semelhante ao que tem sido relatado na literatura (77, 79, 81). As correlações com RP foram menores tanto para a subescala EE como para DE. Isto se repetiu no

Japão (77) e sugere que há uma percepção diferente, por parte destes participantes, das suas próprias conquistas no trabalho.

Conclusões

Nossos dados oferecem suporte para a estrutura latente do construto tridimensional da MBI-HSS, sendo o modelo de três fatores o mais adequado para nossa amostra.

Nossa abordagem e nossos resultados indicam que a estrutura fatorial do MBI-HSS em profissionais com-DM pode diferir da estrutura fatorial do MBI-HSS em profissionais sem-DM. Em tal circunstância, ao invés de se modificar a estrutura do MBI-HSS, sugerimos que os autores considerem a análise dos indivíduos com e sem-DM separadamente e que, anteriormente ao uso do instrumento como medidor do *burnout*, seja avaliada sua validade (estrutura fatorial, confiabilidade das subescalas) para a amostra a ser estudada. Dessa forma, evitar-se-á conclusões equivocadas sobre as pontuações das subescalas como já tem sido sugerido (32).

Considerações Finais

As pressões na saúde mental mundial estão se intensificando. De acordo com as Nações Unidas, o mundo será mais velho, mais populoso e mais pobre ao redor de 2050. Como as condições ao seu redor criam tensão (estresse) e ansiedade, mais pessoas estarão suscetíveis a transtornos mentais como a Síndrome de *Burnout*.

Segundo a OMS, “Nossa saúde mental tem um impacto opressivo em nossas habilidades para funcionar e participar na sociedade. Temos de começar a colocar mais de nossos recursos a favor dela”.

Para mudanças positivas, as decisões nas instituições têm de ser baseadas em evidências científicas sobre a abordagem e tratamento que mantenham a saúde mental do trabalhador, para só assim então, alterarem as políticas de benefícios e os recursos humanos direcionados(2). Mais pesquisas sobre a síndrome de *burnout* devem ser realizadas. Nesse particular, nossos dados indicam a validade da versão de três fatores do MBI-HSS como instrumento para se avaliar o *burnout* entre os profissionais de saúde. Além disso, indicam que estudos que utilizem esse instrumento devem considerar as possíveis interferências da depressão maior em suas características psicométricas.

ANEXOS

ANEXO 1

Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) versão em Português

Por favor, É MUITO IMPORTANTE que você preencha este questionário SEM INTERRUPÇÃO!

Por favor, ANOTE QUE HORAS SÃO AGORA: _____ horas

Christina Maslach • Susan E. Jackson

MBI Pesquisa em Serviço Humanos

O propósito desta pesquisa é descobrir como várias pessoas nos serviços humanos ou profissionais da saúde vêem seus trabalhos e as pessoas com quem trabalham de perto, incluindo seus . Já que pessoas em uma ampla variedade de ocupações responderão à esta pesquisa, usa-se o termo **pacientes para se referir às pessoas para quem é dirigido seu serviço, cuidado, tratamento ou instrução**. Ao responder esta pesquisa, por favor, pense nessas pessoas como receptores do serviço provido por você, mesmo que use outro termo no seu trabalho.

Na página a seguir existem 22 itens de **sentimentos relacionados** ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez já se sentiu desta maneira **sobre seu trabalho**.

Se você **nunca** teve este sentimento, escreva **0 (zero)** antes da afirmação.

Se você **já teve** este sentimento, indique **com que frequência** você o sentiu escrevendo o número (de 1 a 6) que melhor descreva a frequência com que você se sente desta forma. Um exemplo é mostrado abaixo.

Exemplo

Com que frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

EXEMPLO

Com que frequência

0-6

Afirmação

Eu me sinto deprimido no trabalho.

Se você nunca se sentiu deprimido no trabalho, você escreveria o número "0" (zero) abaixo do título "COM QUE FREQUÊNCIA".

Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes ao ano ou menos), você escreveria o número "1".

Se os seus sentimentos de depressão são bastante frequentes (poucas vezes por semana, mas não diariamente) você escreveria "5".

"Modified and reproduced by special permission of the Publisher, CPP, Inc., Mountain View, 94043 from Maslach Burnout Inventory-HSS by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1986 by CPP, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent."

ANEXO 1 continuação – Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) versão em Português

MBI Pesquisa em Serviço Humanos							
Com que frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

Com que frequência

0-6	Afirmação
1. ____	Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho.
2. ____	Eu me sinto consumido no fim de um dia de trabalho.
3. ____	Eu me sinto fatigado quando levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia neste emprego.
4. ____	Eu consigo compreender facilmente como meus pacientes se sentem a respeito das coisas.
5. ____	Eu sinto que eu trato alguns pacientes como se eles fossem objetos.
6. ____	Trabalhar com pessoas o dia inteiro, é realmente uma grande tensão para mim.
7. ____	Eu lido de forma efetiva com os problemas dos meus beneficiários.
8. ____	Eu me sinto esgotado pelo meu trabalho.
9. ____	Eu sinto que eu influencio de forma positiva as outras pessoas através do meu trabalho.
10. ____	Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu peguei esse emprego.
11. ____	Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente.
12. ____	Eu me sinto muito disposto.
13. ____	Eu me sinto frustrado pelo meu emprego.
14. ____	Eu sinto que eu estou trabalhando duro demais no meu emprego.
15. ____	Eu realmente não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes.
16. ____	Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim.
17. ____	Eu posso facilmente criar um clima descontraído com meus pacientes.
18. ____	Eu me sinto animado depois de trabalhar bem próximo aos meus pacientes.
19. ____	Eu tenho realizado muitas coisas que valem à pena neste emprego.
20. ____	Eu sinto como se estivesse no fim da linha.
21. ____	No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente.
22. ____	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas.

Somente uso administrativo EE: _____ DP: _____ PA: _____

AO TERMINAR AS QUESTÕES DE 1 A 22, Por favor, ANOTE QUE HORAS SÃO AGORA: _____ horas

*Modified and reproduced by special permission of the Publisher, CPP, Inc., Mountain View, 94043 from Maslach Burnout Inventory-HSS by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1986 by CPP, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent.

ANEXO 2

Consentimento formal da editora que detém os direitos autorais
(*Consulting Psychologists Press*) para o uso do *Maslach Burnout
Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS)

Dr. Telma Ramos Trigo
Hospital das Clínicas
University of Sao Paulo
Rua Capote Valente, 234, Apartment 32
Sao Paulo, SP 05409-000
BRAZIL

**PERMISSION AGREEMENT TO INCLUDE
SAMPLE ITEMS IN A RESEARCH PUBLICATION**
Agreement Issued: **January 7, 2008**
Customer Number:
Product Code: **3463IT / 3467IT**
Permission Number: **16517**

In response to your request of March 30, 2007, upon concurrent receipt by CPP, Inc., of this signed Permission Agreement and payment of the Permission Fee, permission is hereby granted to you to include sample items, selected and provided by CPP, Inc. from the *Maslach Burnout Inventory-HSS* (MBI-HSS) in your Thesis entitled "TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO *MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY* (MBI-HSS)". These sample items may remain in your Thesis for microfilming and individual copies may be distributed upon demand. This Permission Agreement shall automatically terminate upon violation of this Permission Agreement including, but not limited to, failure to pay the Permission Fee of \$WAIVED processing fee \$WAIVED = TOTAL DUE \$WAIVED or by failure to sign and return this Permission Agreement within 45 days from January 7, 2008.

**The permission granted hereunder is limited to this one-time use only.
The permission granted hereunder is specifically limited as specified in this agreement.**

This Permission Agreement shall be subject to the following conditions:

- (a) Any material reproduced must be used in accordance with the guidelines of the American Psychological Association.
- (b) **Any material reproduced must contain the following credit lines:**

"Modified and reproduced by special permission of the Publisher, CPP, Inc., Mountain View, 94043 from *Maslach Burnout Inventory-HSS* by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1986 by CPP, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent."

- (c) None of the materials may be sold or used for purposes other than those mentioned above, including, but not limited to, any commercial or for-profit use. Commercial and/or for-profit use of the (MBI-HSS) and/or any modification of the (MBI-HSS) is specifically excluded from the permission granted herein.
- (d) CPP subscribes to the general principles of test use as set forth in the *Standards for Educational and Psychological Testing* by the American Psychological Association. The customer's/user's attention is drawn to the following statements:

"The test user, in selecting or interpreting a test, should know the purposes of the testing and the probable consequences. The user should know the procedures necessary to facilitate effectiveness and to reduce bias in test use. Although the test developer and publisher should provide information on the strengths and weaknesses of the test, the ultimate responsibility for appropriate test use lies with the test user. The user should become knowledgeable about the test and its appropriate use and also communicate this information, as appropriate, to others.

6.1 Test users should evaluate the available written documentation on the validity and reliability of tests for the specific use intended.



ANEXO 3

Resposta da autora do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) concordando com a tradução do MBI-HSS para o português

From: "Christina Maslach" <maslach@berkeley.edu>

Date: July 1, 2008 5:15:29 PM GMT-03:00

To: <trtrigo@yahoo.com.br>

Subject: RE: MBI portuguese translation

Dear Telma,

Thank you for sending me the Portuguese translation and back-translation of the MBI-HSS, via CPP. I think you did a very fine job with the translation, and I hope your research project will go well. I had not realized that you wanted a specific reply from me, so I apologize for this late answer to your query.

I would be interested in hearing about the results of your research.

Best wishes,

Christina Maslach

ANEXO 4

Entrevista para Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária (Prime-MD)

MÓDULO HUMOR (17 ou 18)		NÃO ^U	SIM ^T
DEPRESSÃO MAIOR			
Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas quase todos os dias ?			
1a. Dificuldade para começar a dormir?	1a		
1b. ou continuar dormindo ?	1b		
1c. ou dormido demais ?	1c		
2a. se sentia cansado ou tendo pouca energia?	2a		
2b. era pior em algum momento do dia ? (manhã, tarde, noite)	2b		
3a. teve pouco apetite?	3a		
3b. ou comia demais?	3b		
4. pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?			
5. sentindo-se "para baixo", deprimido ou sem esperanças?			
6. sentindo-se mal em relação a você mesmo OU que você é um fracasso OU tem estado ou deixado sua família "para baixo"?			
7. dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?			
8a. estar mais inquieto ou irrequieto do que você era, movimentando-se além do usual?	8a		
8b. E/OU - movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? (SIM = uma das questões ou na entrevista: retardo ou agitação psicomotora).	8b		
9. Tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira?			
Se Sim: Fale-me a respeito			
10. 5 ou mais SIM de #1 a #9 (presente #4 ou #5)			
			T. Depr. > vá 12
Há quanto tempo vem tendo esses problemas ?			
Acha que foram causados por algum motivo?			
Está em uso de algum medicamento neurológico, psiquiátrico ou para depressão ou ansiedade			
Quais		Dose	
Já sentiu isso antes ?			
Quantas vezes na vida ? N=			
Qual era sua idade na primeira vez ?			
Quanto tempo duraram os episódios ? (cada um)			
Qual foi o mais forte e por que foi o mais forte ?			
Identifica alguma causa ?			
Fez algum tratamento neurológico ou psiquiátrico ou para depressão ou para ansiedade ?			
Quais (com doses se lembrar)?			
REMISSÃO PARCIAL DE DEPRESSÃO MAIOR			
11. Houve uma época que você era ou era muito mais "para baixo" ou deprimido (a), ou ainda tinha menos interesse ou prazer em fazer as coisas?			
Se SIM : Naquela época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, pouco apetite, pouco interesse pelas coisas?			
SIM = no passado, 5 de 1 a 9 + atualidade: #4 ou 5#			
DISTIMIA – Durante os últimos 2 anos ...			
		vá 14	
12. ...você frequentemente tem se sentido "para baixo" ou deprimido, ou teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?			
SIM: apenas se também for SIM para: Foi assim mais da metade dos dias nos últimos 2 anos?			
			Distímia, vá 16
13. ... isso frequentemente tem trazido dificuldades para você fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas?			
DEPRESSÃO MENOR			
14. Foi diagnosticado Depressão Maior (incluindo remissão parcial) em #10 ou #11?			
			vá 16
15. SIM em 2 ou mais de 1 a 9 (presente 4 ou 5)?			
		saída	T. Depr.<
DEPRESSÃO DEVIDO A UMA DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRAS DROGAS			
17. Os sintomas depressivos atuais decorrem provavelmente de efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?			
		saída	SIM ou ? Adicione R/O T. Depr. < devido a doença física, medicação ou outras drogas

Referências bibliográficas

1. Dejours C. A loucura de trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
2. Moreno-Jiménez B. Olvido y recuperación de los factores psicosociais en la salud laboral. Editorial dos Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 2000;3:3-4.
3. Schaufeli W. Burnout. In: Payne JF-CR, editor. Stress in Health Professionals. West Sussex: John Woley & Sons; 1999.
4. Freudenberger H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974;30:159-165.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001;52:397-422.
6. Sharkey J, Chong SCK. Physycian Healthself: workplace burnout among psychiatrists. In: Annual Meeting; 2006; Toronto, Canada; 2006.
7. Gesensway D. Avoiding common scheduling and staffing mistakes. In: ACP-Observer; 2006; Washington; 2006.
8. Martin E. Write this down: ways to overcome burnout. In: ACP-ASIM Observer; 1999; New Orleans; 1999.
9. Aiken LHC, S.P.; Sloane, D.M.; Sochalski, J.; Silber, J.H.;. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. The Journal of the American Medical Association 2002;288(16):1987-1993.
10. Grady ML, Makulowich G. Adequate nurse staffing and managerial support foster better patient care and reduce nurse dissatisfaction and burnout. Research Activities 22003;272.
11. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout Companion to study & practice. London: Taylor & Francis; 1998.
12. Bibeau G, Dussault G, Larouche L. Certain aspects culturels, diagnostiques et juridiques de burnout. MOntreal: Confédération des Syndicats Nationaux; 1989.
13. Burnished or burn out: the delights and dangers of working in health. Lancet 1994:1583-1584.
14. Ministério da Previdência Social. Artigo 20, Lei 8.213 de 1991- Agentes Patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho. In: Regulamento da Previdência Social - Anexo II; 2007.
15. Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human service. CA: Sage; 1980.
16. World Health Organization. Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial disorders: Staff Burnout. Germany: Division of Mental Health World Health Organization (WHO); 1998.
17. Cherniss C. Professional Burnout in Human Service Organizations. New York: Praeger; 1980.
18. Golembiewsk RT. Next stage of burnout research and application. Psychol Rep 1999;84:443-446.
19. Maslach C. Prevention of burnout: new perspectives. Applied Preventive Psychology 1998;7:63-74.

20. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleao AA. [Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing.]. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005;13(2):255-61.
21. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Working conditions in the European Union. In: *Second European Survey on Working Conditions; 1995/6; Luxembourg: Office for official Publications of the European Communities; 1995/6.*
22. Goetzel RZ, Jacobson BH, Aldana SG, Vardell K, Yee L. Health care costs of worksite health promotion participants and non-participants. *J Occup Environ Med* 1998;40(4):341-6.
23. Reime B, Steiner I. [Burned-out or depressive? An empirical study regarding the construct validity of burnout in contrast to depression]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;51(8):304-7.
24. Glass DC, Mcknight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the. *Psychology and Health* 1996;11:23-48.
25. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005;88(1):55-62.
26. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 2003;75(3):209-21.
27. Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health* 2001;90(11):1765-70.
28. Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord* 2005;88(1):63-8.
29. Nadaoka T, Kashiwakura M, Oiji A, Morioka Y, Totsuka S. Stress and psychiatric disorders in local government officials in Japan, in relation to their employment level. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(3):176-83.
30. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust* 2004;181(7):357-60.
31. Rada RE, Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc* 2004;135(6):788-94.
32. Samuelsson M, Gustavsson JP, Petterson IL, Arnetz B, Asberg M. Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32(7):391-7.
33. Tomas-Sabado J, Maynegre-Santaularia M, Perez-Bartolome M, Alsina-Rodriguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. [Burnout syndrome and suicide risk among primary care nurses]. *Enferm Clin*;20(3):173-8.
34. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aarimaa M, Strid L, Kauttu K. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *Bmj* 1988;297(6654):951-4.

35. Schifferdecker M, Schmidt R, Loevenich A, Krahl A. [Drug dependence among physicians]. *Z Arztl Fortbild (Jena)* 1996;90(4):295-300.
36. Schifferdecker M, Schmidt R, Loevenich A, Krahl A. Is drug dependence an occupational risk for physicians? *Fortschr Med* 1996;114:372-376.
37. Blair DT, Ramones VA. Understanding vicarious traumatization. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996;34(11):24-30.
38. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. *Presse Med* 2004;33(22):1569-74.
39. Anderberg UM. [Stress-related syndromes--contemporary illnesses]. *Lakartidningen* 2001;98(51-52):5860-3.
40. Venturi P, Dell'Erba G, Rizzo F. [Mental distress, psychoactive drug use and psychosomatic disorders in two groups of subjects at high risk for the burnout syndrome]. *Minerva Psichiatr* 1994;35(3):155-67.
41. Duran A, Extremera N, Rey L. Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychol Rep* 2004;95(2):386-90.
42. Hastings RP, Horne S, Mitchell G. Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *J Intellect Disabil Res* 2004;48(Pt 3):268-73.
43. Gil-Monte PAP. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. In: Sintesis, editor. Madrid; 1997.
44. Maslach C. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste. Campinas: Papirus; 1997.
45. Corrigan P, McCracken S, Blaser B. Disseminating evidence-based mental health practices. *Evid Based Ment Health* 2003;6(1):4-5.
46. Araújo TS, Reis E, Kavalkievcz C. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino. Salvador, BA: Sindicato dos Professores do Estado da Bahia; 1998.
47. Donatelle RJ, Hicks LL, Harmony BH. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J Infect Dis* 1992;165:224-228.
48. Goetzel RZ, Anderson DR, Whitmer RW, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. *J Occup Environ Med* 1998;40(10):843-54.
49. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Sederer LI, Mark TL. The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *J Occup Environ Med* 2002;44:320-330.
50. Silvano AA, Dutra F, Azi G, Alves R, Kavalkievcz C. The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, Burnout and psychological stress indicators. *Work & Stress* 2000;14:1-15.
51. Benevides-Pereira A. MBI-Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: XXXII Reunião Anual de Psicologia; 2001; Rio de Janeiro; 2001. p. 84-85.

52. Donatelle RJ, Hawkins MJ. Employee stress claims: Increasing implications for promotion programs. *Am J Health Promot* 1989;3:19-25.
53. Constable JF, Russel DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Human Stress* 1986;12:20-26.
54. Ross RA, Russel DW. Job stress, social support and Burnout among counseling center staff. *Journal of Counseling Psychology* 1989;36:464-470.
55. Establishing therapeutic relationships. National Guideline Clearinghouse 2006.
56. Establishing Therapeutic relationships. Registered Nurses Association of Ontario 2002:54.
57. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory, Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1999.
58. Schaufeli WB, van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. *J. Organ Behav* 1993;14:631-647.
59. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990;75(6):743-7.
60. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996;81(2):123-33.
61. Leiter MP, Schaufeli W. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, stress and coping* 1996;9:229-243.
62. World Health Organization. Statement on the burnout syndrome among physicians. In: European Forum of Medical Associations; 2003; Germany; 2003.
63. Viana HB, Madruga VA. Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. In; 2008.
64. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression. A confirmatory factor analitic study. *Anxiety, Stress & Coping* 1994;7:357-373.
65. Burns N, Grove S. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2001.
66. Carlotto MS, Câmara SG. Análise Fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em estudo* 2004;9(3):499-505.
67. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico* 2008;39(2):152-158.
68. Moreira DS, Magnagno R.F., Sakae TM, Magajewski FR. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in large hospital in south of Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25(7):1559-1568.
69. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos (masters). Brasília: Universidade de Brasília.
70. Tucunduva LT, Garcia AP, Prudente FV, Centofanti G, de Souza CM, Monteiro TA, et al. [Incidence of the burnout syndrome among Brazilian cancer physicians]. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(2):108-12.
71. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis* 1988;176(5):257-63.

72. Jorge M. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 53-58.
73. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama* 1999;282(18):1737-44.
74. Fraguas R, Jr., Henriques SG, Jr., De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord* 2006;91(1):11-7.
75. Cresswell SL. Possible early signs of athlete burnout: a prospective study. *J Sci Med Sport* 2009;12(3):393-8.
76. Beckstead JW. Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *Int J Nurs Stud* 2002;39(8):785-92.
77. Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM. Factor structure of the Maslach burnout inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *Int J Nurs Stud* 2009;46(7):894-902.
78. Densten IL. Re-thinking burnout. *J Organizational Behavior* 2001;22(8):833-847.
79. Byrne BM. Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal* 1994;31:645-673.
80. Kanste O, Miettunen J, Kyngas H. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nurs Health Sci* 2006;8(4):201-7.
81. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2:99-113.

