

BRUNA LAMY DE FREITAS

**ANÁLISE FATORIAL DO ESTADO DE SAÚDE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EMAD/EMAP: SÍNDROME DE BURNOUT**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo para obtenção do Título
de Mestra em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2026

BRUNA LAMY DE FREITAS

**ANÁLISE FATORIAL DO ESTADO DE SAÚDE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EMAD/EMAP: SÍNDROME DE BURNOUT**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Santa Casa de São Paulo para obtenção do
Título de Mestra em Enfermagem, área de
concentração: Ciências da Saúde; sob a
orientação da Profa. Dra. Ms. Livia Keismanas
de Avila

SÃO PAULO

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Freitas, Bruna Lamy de

Análise fatorial do estado de saúde da equipe multiprofissional
EMAD/EMAP: Síndrome de Burnout./ Bruna Lamy de Freitas. São
Paulo, 2026.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Livia Keismanas de Ávila

1. Esgotamento psicológico 2. Saúde mental 3. Equipe de
assistência ao paciente

BC-FCMSCSP/22-26

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus e à Nossa Senhora, por me abençoarem, guiarem meus passos e iluminarem meu caminho durante toda esta trajetória, permitindo que este sonho se tornasse realidade.

Aos meus pais, **Maria Célia Lamy de Freitas e José Ronaldo de Freitas**, por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidava, por me permitirem chegar até aqui e por me oferecerem a maior herança que alguém pode receber: a oportunidade de estudar, crescer e construir meu próprio caminho. Esta conquista também é de vocês.

À minha avó, **Odete Batista Lamy** (*in memoriam*), em homenagem eterna. Enquanto meus pais trabalhavam, foi você quem cuidou de mim, com carinho e dedicação silenciosa. Muito do que sou hoje nasceu do seu cuidado. Esta vitória também carrega sua presença.

À **Renata Lima Alcino**, amiga e colega de trabalho, por me ouvir, aconselhar e me fortalecer nos momentos difíceis enfrentados durante o mestrado. Sua presença tornou o caminho mais leve.

À **Maira Helena Maxwell**, por acreditar em mim e por fazer parte desta trajetória de maneira especial.

Ao meu melhor amigo, **Igor Ricardo da Silva Ferreira**, por mais de duas décadas de amizade, lealdade e companheirismo. Mesmo nos momentos de ausência, sua presença sempre foi sentida de forma genuína e constante, pois, como retratado no filme O Senhor dos Anéis: A Sociedade do Anel, há laços que não dependem da presença constante, mas da certeza de que, independentemente do tempo ou da distância, permanecem inabaláveis.

Aos meus alunos, que se tornaram amigos e, ao longo desta caminhada, foram fonte de motivação, apoio e aprendizado. Vocês deram sentido a cada etapa e me fortaleceram mais do que imaginam.

A todos que duvidaram, não acreditaram ou desejaram que este momento não chegasse: vocês igualmente fizeram parte do processo, pois fortaleceram minha determinação e resiliência.

Esta vitória não representa apenas um título, mas a concretização de uma história construída com fé, apoio, superação e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a Profa. Dra. Ms. Livia Keismanas de Avila, minha orientadora, pela valiosa orientação e por todos os ensinamentos transmitidos ao longo desses anos em que segui minha formação em Ciências da Saúde.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Profa. Dra. Elda de Oliveira, Profa. Dra. Andreia de Conto Garbin, Prof. Dr. Ricardo Sparapan Pena e Profa. Dra. Simone Ferreira da Silva Domingues, agradeço por aceitarem o convite e por dedicarem seu tempo à apreciação deste trabalho. Suas observações, questionamentos e críticas construtivas foram fundamentais para o aprimoramento desta pesquisa.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pela oportunidade de realização deste trabalho.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pelo apoio institucional.

À equipe de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em especial à Profa. Érika Tiemi Fukunaga, por todo o auxílio ao longo desse processo.

À equipe da Secretaria do Curso de Pós-Graduação, pelo suporte oferecido nas diferentes etapas do trabalho.

À equipe EMAD/EMAP, participante desta pesquisa, sem a qual nada seria possível.

“Quem tem um porquê enfrenta qualquer como.”

- Friedrich Nietzsche

"Se vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes."

- Isaac Newton

APRESENTAÇÃO

Entre plantões, salas de aula e silêncios que muitas vezes não cabem em palavras, nasce este trabalho.

Minha trajetória na enfermagem teve início em um momento singular. Concluí minha graduação em dezembro de 2020 e, poucos meses depois, em fevereiro de 2021, iniciei minha atuação profissional como enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto, em pleno contexto da pandemia de COVID-19. Foi nesse cenário que vivenciei meu primeiro emprego, enfrentando desafios que marcaram profundamente minha construção profissional e pessoal.

Com o fechamento dessa unidade, surgiu a oportunidade de integrar a equipe EMAD/EMAP, experiência que, embora breve, foi intensa e determinante. Inserida em uma rotina de trabalho exaustiva, no regime de 12x36, vivenciei não apenas as exigências próprias da assistência, mas também instabilidades relacionadas à gestão, como sucessivas trocas de chefia e fragilidades no processo de acolhimento profissional.

A ausência de uma liderança diretamente vinculada à área da enfermagem, somada à dificuldade de diálogo e aos conflitos cotidianos da equipe, tornaram essa experiência ainda mais desafiadora. Foram momentos que exigiram resiliência, adaptação e, sobretudo, reflexão sobre os caminhos que eu desejava trilhar dentro da profissão.

Foi nesse contexto que decidi redirecionar minha trajetória, migrando para a área da educação. No entanto, as vivências anteriores não ficaram para trás, ao contrário, tornaram-se a base das inquietações que hoje sustentam este estudo. Cada dificuldade enfrentada, cada sensação de desgaste e cada questionamento vivenciado contribuíram para a construção do olhar que orienta esta pesquisa.

Assim, este trabalho não se limita a uma produção acadêmica. Ele é atravessado por experiências reais, por desafios vividos na prática e pela busca de compreender fenômenos que impactam diretamente o cuidado, as relações de trabalho e a saúde dos profissionais.

Mais do que apresentar resultados, esta dissertação se configura como um convite à reflexão sobre o fazer profissional, sobre a importância de uma liderança qualificada e, sobretudo, sobre a necessidade de ambientes de trabalho mais acolhedores, éticos e humanizados.

Que este trabalho possa contribuir para ampliar o olhar sobre essas questões e inspirar transformações, ainda que pequenas, mas significativas, na realidade dos serviços de saúde e na vida daqueles que neles atuam.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CID-10 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – 10ª REVISÃO

CID-11 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – 11ª REVISÃO

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CRS – COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

DP – DESPERSONALIZAÇÃO

EE – EXAUSTÃO EMOCIONAL

EMAD – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

EMAP – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MBI – MASLACH BURNOUT INVENTORY

MBI-HSS – MASLACH BURNOUT INVENTORY – HUMAN SERVICES SURVEY

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RP – REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

SAD – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

SPSS – STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Revisão da literatura	5
1.1.1 O trabalho e o sofrimento psíquico	5
1.1.2 Saúde mental e esgotamento laboral	6
1.1.3 Conceito e evolução da Síndrome de <i>Burnout</i>	8
1.1.4 Dimensões e diagnóstico da Síndrome de <i>Burnout</i>	10
1.1.5 <i>Burnout</i> na enfermagem	11
1.1.6 Atenção domiciliar no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)	12
1.1.7 O Programa Melhor em Casa	13
1.1.7.1 Benefícios para a população	14
1.1.7.2 Público-alvo do programa	14
1.1.7.3 Equipes de atendimento	15
1.1.7.4 Modalidade de atenção domiciliar	15
1.1.7.5 Acesso ao serviço	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 MÉTODOS	19
3.1 Tipo de estudo e local da pesquisa	19
3.2 Participantes da pesquisa	21
3.3 Procedimentos de coleta de dados	22
3.4 Aspectos éticos	22
3.5 Análise dos dados	23

4 RESULTADOS	24
4.1 Caracterização da amostra	24
4.2 Análise das medidas descritivas do Burnout	28
4.3 Análise comparativa entre as categorias profissionais	32
5 DISCUSSÃO	35
5.1 Perfil sociodemográfico e implicações para o risco de Burnout	35
5.2 Burnout e diferenças entre categorias profissionais	37
5.3 Dimensões do Burnout segundo o MBI-HSS	39
5.4 Implicações para a gestão e para a atenção domiciliar.....	41
6 CONCLUSÃO	43
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	45
8 REFERÊNCIAS	46
9 RESUMO	57
10 ABSTRACT	59
11 ANEXOS	61
 ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	 61
ANEXO 2 – <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i>	65
ANEXO 3 – <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> – SUBESCALA.....	68
ANEXO 4 - APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA.....	62
 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.....	 69

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SMS/SP.....	74
---	----

1. INTRODUÇÃO

A palavra *burnout* é derivada do verbo inglês *to burn out* que traduzido para a língua portuguesa significa “queimar por completo” ou “consumir-se”, criado pelo psicanalista americano Freudenberger, o qual descreve o *Burnout* como um sentimento de fracasso e/ou exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos internos, em resposta ao estresse laboral crônico no qual não se caracteriza por uma única definição ⁽¹⁾.

O uso inicial da expressão *Burnout* foi utilizado na década de 50, em um estudo conhecido como “*Miss Jones*” publicado por Schwartz e Will que retrata a problemática de uma enfermeira psiquiátrica, desiludida com seu trabalho. Em 1960, foi realizada por Graham Greene a obra “*A burn out Case*”, na qual retrata a história de um arquiteto que abandona sua profissão após desenvolver um intenso sentimento de desilusão em relação ao serviço que prestava ⁽²⁾.

A Síndrome de *Burnout* (SB), também chamada de Síndrome do Esgotamento Profissional, corresponde a um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico, decorrente de situações de trabalho intensas e desgastantes, especialmente em atividades que envolvam alta competitividade ou níveis elevados de responsabilidade. É frequentemente associada a profissionais que lidam com pressão constante, como médicos, enfermeiros, professores, policiais, jornalistas, entre outros ⁽³⁾.

A Síndrome de *Burnout* é composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. A exaustão emocional diz respeito à sensação de esgotamento dos recursos físicos e psíquicos. A despersonalização, também chamada de cinismo, aparece como uma postura negativada ou excessivamente distante em relação às pessoas que recebem cuidado ou atendimento. Já a baixa realização pessoal ou profissional envolve sentimentos de incompetência e a percepção de redução da própria produtividade ⁽⁴⁾.

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir a exaustão relacionada ao trabalho na CID-10, classificando-a entre os “problemas relacionados à dificuldade de gestão de vida”. A preocupação com a saúde mental dos trabalhadores não é recente, pois o adoecimento psicológico afeta diretamente a produtividade e acarreta prejuízos expressivos, estimados em cerca de US\$ 1 trilhão por ano em escala global. Um estudo da Escola de Economia de Londres, publicado em 2016, reforça esse panorama ao apontar que o Brasil perde cerca de US\$ 63,3 bilhões anuais em razão de afastamentos por estresse e depressão, ocupando a segunda posição no ranking mundial, atrás apenas dos Estados Unidos (5).

Com o avanço das pesquisas, o *Burnout* passou a ter mais destaque tanto entre o público geral e no meio acadêmico norte-americano, especialmente em um cenário marcado por intensas mudanças econômicas, sociais e históricas. Nesse contexto, muitos trabalhadores migram em busca de melhores oportunidades profissionais, muitas vezes longe de suas comunidades de origem, na esperança de conquistar maior realização profissional. Porém, ao ingressarem a novos mercados, encontravam funções mais burocratizadas, ambientes isolados e processos cada vez mais rígidos. A combinação entre altas expectativas de recompensa e a falta de recursos para lidar com frustrações acabou favorecendo o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (2).

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Art. 2º, essa modalidade de cuidado é compreendida como substitutiva ou complementar às já existentes, sendo caracterizada por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação realizadas diretamente no domicílio, garantindo a continuidade do cuidado e a articulação com as redes de atenção à saúde. A normativa também estabelece o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização das Equipes Multiprofissionais

de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), atuando como alternativa à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial. Além disso, considera-se cuidador a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades cotidianas ⁽⁶⁾.

A demanda de cuidados ofertada ao usuário é organizada em três modalidades: a AD1, destinada a pessoas que necessitam de cuidados de menor complexidade e apresentam comorbidades controladas e/ou compensadas; a AD2, voltada a usuários com problemas de saúde associados à dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS), exigindo uma abordagem mais abrangente, com maior utilização de recursos, acompanhamento contínuo e cuidado holístico, podendo ser provenientes de diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e a AD3, que inclui usuários com características semelhantes às da AD2, mas que necessitam do uso contínuo de equipamentos específicos oriundos de distintos pontos da mesma rede ⁽⁷⁾.

A assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes da Atenção Básica à Saúde, enquanto as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) assumem os cuidados diretos nas modalidades AD2 e AD3. Para atender essa população, as equipes EMAD/EMAP devem contar, minimamente, com um ou dois médicos e um ou dois enfermeiros, ambos totalizando 40 horas semanais de carga horária; auxiliares ou técnicos de enfermagem somando 120 horas; além de fisioterapeuta e/ou assistente social com, no mínimo, 30 horas semanais. Já a EMAP, assim como as equipes de Atenção Básica (incluindo Estratégia Saúde da Família – ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), deve ser composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior entre as seguintes ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional ⁽⁷⁻⁸⁾.

Estudos recentes indicam que 54,7% dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam risco moderado a alto para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, estando esse quadro associado a fatores como sobrecarga e organização do trabalho, falta de motivação, baixa realização pessoal, indiferença em relação às atividades desempenhadas, características individuais e demandas emocionais decorrentes do contato constante com o sofrimento. ⁽⁹⁾.

Esses elementos evidenciam que a SB produz consequências significativas e indesejáveis não apenas para o profissional, mas também para os pacientes e para as instituições de saúde ⁽¹⁰⁾.

Diante desse cenário, torna-se indispensável a implementação de estratégias capazes de reduzir os problemas presentes no ambiente de trabalho, oferecendo suporte adequado e melhores condições de promoção e qualidade de vida aos trabalhadores ⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, este estudo surgiu a partir dos seguintes questionamentos: como as dimensões da Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) se manifestam entre os profissionais das equipes multiprofissionais EMAD/EMAP? E em que medida a Escala de Identificação da Síndrome de *Burnout* pode ser considerada uma ferramenta eficaz para o monitoramento e a promoção da saúde mental desses trabalhadores? Ao buscar respostas para essas questões, a pesquisa pretende ampliar a compreensão sobre os desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar na assistência direta ao paciente, contribuindo para o fortalecimento das práticas de cuidado e para a construção de ambientes laborais mais saudáveis.

1.1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1. O Trabalho e o Sofrimento Psíquico

Todo trabalho possui grande relevância, tanto por seu papel social quanto por seu significado pessoal ⁽¹¹⁾. É uma atividade que ocupa boa parte do tempo das pessoas e influencia diretamente a maneira como se relacionam com os outros. Contudo, nem sempre gera satisfação ou realização; em muitos casos, pode provocar sentimentos de descontentamento e até levar ao esgotamento ⁽¹²⁾.

A palavra “trabalho” tem origem em um termo antigo associado à ideia de tortura. No entanto, o trabalho faz parte da própria natureza humana, sendo um meio pelo qual a pessoa constrói sua identidade, atribui sentido às suas ações e transforma o ambiente em que vive. Embora trabalhar possa ser uma fonte de prazer, em diversas circunstâncias ainda é percebida como um sacrifício. Essa percepção não decorre do ato de trabalhar em si, mas das condições estruturais e emocionais presentes nos ambientes laborais, que podem desencadear processos de adoecimento ⁽¹³⁾.

As mudanças recentes no mercado de trabalho como o avanço da globalização, a rápida incorporação de tecnologias, o aumento da competitividade e a pressão por produtividade com redução de desperdícios têm provocado desgaste físico e emocional entre os trabalhadores. No contexto organizacional, passam a ser exigidos níveis cada vez mais elevados de qualificação e competências, o que contribui para o surgimento de novas formas de adoecimento relacionadas ao trabalho. Entre essas condições, os transtornos mentais ganham destaque, sendo a Síndrome de *Burnout* uma das mais frequentes ⁽¹²⁾.

O estresse ocupacional ocorre quando há um desequilíbrio entre as exigências do ambiente e a capacidade do indivíduo de lidar com essas demandas. Essa perspectiva se aproxima da abordagem de Jacques (2003, *apud* Ribeiro, 2018), que ressalta que o estresse não

deve ser visto como uma doença, mas como um esforço de adaptação, decorrente tanto das condições de trabalho quanto das experiências cotidianas do sujeito. Nesse cenário, o estresse ocupacional tem ganhado atenção na área da saúde por ser um dos principais fatores de risco para o comprometimento do bem-estar psicossocial dos trabalhadores. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), trata-se de um dos problemas de saúde mais relevantes ligados ao ambiente laboral, e estima-se que cerca de 25% da população mundial já tenha apresentado sintomas desse tipo de estresse em algum momento da vida⁽¹⁴⁾.

Embora exista uma ampla produção científica sobre o sofrimento relacionado ao trabalho, grande parte da literatura nacional ainda tende a associar o adoecimento a traços individuais, como fragilidade emocional ou dificuldade de adaptação. Essa perspectiva, porém, pode levar à responsabilização do trabalhador e ao afastamento de aspectos organizacionais e estruturais que sustentam o estresse crônico. Dessa forma, torna-se evidente uma distância entre o discurso sobre sofrimento laboral e a adoção efetiva de análises que considerem políticas de gestão, condições de trabalho, hierarquias institucionais e processos de precarização⁽¹⁵⁾.

Nesse cenário, torna-se necessário compreender como esses processos se articulam com os fundamentos conceituais da saúde mental, tema abordado no subitem seguinte.

1.1.2. Saúde Mental e Esgotamento Laboral

Há um debate constante sobre os limites entre o que é considerado normal e o que é visto como patológico, especialmente no campo do bem-estar mental. Isso se deve ao fato de que a saúde mental não se resume à ausência de transtornos, mas corresponde a um continuum complexo, vivido de forma singular por cada pessoa e marcado por diferentes manifestações de sofrimento, além de repercussões clínicas e sociais variadas. A saúde mental é reconhecida

como um direito humano fundamental e como elemento essencial para o desenvolvimento socioeconômico ⁽¹⁶⁾.

Apesar dos avanços conceituais e terapêuticos, estima-se que cerca de 80% das pessoas que precisam de cuidados em saúde mental, especialmente em países de baixa e média renda, não recebem atendimento adequado. Mesmo quando existe algum tipo de serviço disponível, ele tende a ser restrito, de baixa qualidade ou sem respaldo científico. Assim, embora haja tratamentos eficazes, as barreiras de acesso e as desigualdades estruturais permanecem como alguns dos principais entraves para um cuidado integral e efetivo ⁽¹⁷⁾.

Embora *Burnout*, estresse e depressão apresentem características clínicas semelhantes, são condições distintas, classificadas separadamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) devido às suas particularidades etiológicas e fenomenológicas ⁽¹⁸⁾. A OMS define saúde mental como um estado de bem-estar em que a pessoa consegue enfrentar as tensões do dia a dia, reconhecer suas habilidades, aprender, trabalhar de forma produtiva e contribuir para sua comunidade. Dessa maneira, a saúde mental constitui um elemento fundamental da vida individual e coletiva, sustentando a capacidade de tomar decisões, criar vínculos e interagir socialmente ⁽¹⁶⁾.

A Associação Internacional de Gestão de Estresse estima que aproximadamente 32% dos trabalhadores brasileiros apresentam sintomas relacionados ao esgotamento laboral, indicando um risco elevado de colapso físico e emocional. Esses dados evidenciam a crescente vulnerabilidade da força de trabalho frente às condições de estresse ocupacional no país ⁽¹⁹⁾.

Estudos epidemiológicos nacionais apontam que os transtornos mentais têm se tornado cada vez mais frequentes na população brasileira. De acordo com a World Health Organization (2017), 9,3% dos brasileiros apresentam algum transtorno de ansiedade e 5,8% convivem com algum transtorno depressivo ⁽²⁰⁾.

Embora a literatura tenha ampliado a compreensão sobre os fenômenos psíquicos, ainda se observa que grande parte das pesquisas continua focada nas classificações diagnósticas, dedicando menos atenção aos aspectos sociais, organizacionais e estruturais que influenciam o adoecimento. Assim, discutir a saúde mental como base para compreender o *Burnout* torna-se essencial, a fim de evitar interpretações reducionistas que atribuam a síndrome a fragilidades individuais ou exclusivamente emocionais, desconsiderando o papel decisivo das condições de trabalho.

1.1.3. Conceito e Evolução da Síndrome Burnout

Traduzindo do inglês, *burn* significa “queimar” e *out* remete à ideia de “por completo” ou “para fora”⁽³⁾.

O conceito de *Burnout* é entendido como um problema de ordem psicossocial que ganhou destaque a partir da crescente preocupação com o estresse ocupacional nos países desenvolvidos, especialmente a partir da década de 1960. Nessa época, o termo passou a ser utilizado para descrever uma reação de esgotamento físico e mental observada, inicialmente, entre profissionais da área da saúde que atuavam no cuidado de usuários de drogas⁽⁴⁾.

Em 1974, o médico e psicanalista Herbert Freudenberger descreveu a Síndrome de *Burnout* como uma forma de estresse vinculada ao trabalho intenso, marcada por cansaço extremo e exaustão física e emocional. Ele destacou que o esgotamento não se manifesta da mesma maneira em todas as pessoas e apontou dois grupos principais de sinais: os físicos, como fadiga, dores de cabeça, insônia, falta de ar e alterações gastrointestinais; e os comportamentais, expressos por irritabilidade, frustração, raiva e episódios de choro. Freudenberger também observou que alguns indivíduos podem apresentar traços paranoicos, como sensação de perseguição ou crença de superioridade em relação aos outros, o que favorece o isolamento social, o distanciamento de familiares e amigos e a permanência no trabalho apenas por obrigação, sem motivação. Embora inicialmente se acreditasse que o *burnout* atingisse apenas

profissionais que lidavam diretamente com o público, reconhece-se hoje que a síndrome pode afetar qualquer pessoa, incluindo estudantes, donas de casa e trabalhadores de diferentes áreas (21).

O *Burnout* foi reconhecido como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos (22). No Brasil, o Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social, onde o item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças – CID-10), que consta no Anexo II, lista a Síndrome de *Burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional) como doença profissional, atualizada periodicamente por atos normativos, discorre que a Doença: Síndrome de *Burnout* [Z73.0] (Sensação de estar acabado "*burn-out*"); Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional: Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) e Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6).

Atualmente, a Síndrome de *Burnout* é reconhecida como um importante problema de saúde pública, cujos efeitos vão além do sofrimento individual e alcançam impactos socioeconômicos, como o aumento do absenteísmo, a maior rotatividade de profissionais e o crescimento dos custos previdenciários. Alguns países têm avançado no reconhecimento institucional da condição: na Suécia, o *burnout* é classificado como um transtorno psiquiátrico, enquanto na França há reconhecimento parcial da síndrome em determinadas categorias profissionais, como a enfermagem. No Brasil, embora o *burnout* seja tratado como doença relacionada ao trabalho desde a década de 1990, seu reconhecimento ainda esbarra em entraves de natureza institucional e política (4).

Apesar dos avanços conceituais e do reconhecimento crescente da Síndrome de *Burnout* em diversos países, ainda não existe consenso na literatura sobre os limites que a diferenciam do estresse ocupacional e de outras formas de sofrimento psíquico. Enquanto

autores clássicos, como Freudenberger e Maslach, enfatizam seu caráter essencialmente ocupacional e multifatorial, parte da produção acadêmica alerta que o uso demasiadamente amplo do termo pode levar a uma “hiperexpansão diagnóstica”, prejudicando sua precisão conceitual. Além disso, muitos estudos permanecem centrados na descrição do fenômeno, dedicando pouca atenção aos aspectos estruturais e organizacionais que contribuem para o adoecimento, o que evidencia uma lacuna relevante na compreensão dos determinantes sociais do *Burnout* ⁽²³⁾.

1.1.4. Dimensões e Diagnóstico da Síndrome Burnout

O *Burnout* refere-se exclusivamente a fenômenos vinculados ao contexto ocupacional, não devendo ser utilizado para descrever experiências em outras áreas da vida. A síndrome é compreendida como resultado do estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi administrado de maneira eficaz ⁽²⁴⁾.

A escala diagnóstica *Maslach Burnout Inventory* (MBI) é amplamente reconhecida como o padrão-ouro para a identificação da síndrome, contribuindo para o avanço das pesquisas epidemiológicas e para a ampliação dos estudos em diferentes países e populações. Dessa forma, compreende-se que os principais fatores associados ao desenvolvimento do *Burnout* estão ligados à organização e às condições laborais, e não apenas às atividades desempenhadas. Tradicionalmente, a síndrome é definida por três dimensões: exaustão emocional, que representa a sensação de desgaste físico e mental; despersonalização ou cinismo, expressa por atitudes negativas ou distanciadas em relação às pessoas atendidas; e baixa realização pessoal, relacionada à percepção de incompetência e à diminuição da produtividade ⁽⁴⁾.

Embora o MBI seja amplamente reconhecido como o principal instrumento para a avaliação do *Burnout*, diferentes pesquisadores têm destacado limitações relevantes, sobretudo por se tratar de uma medida de autorrelato, sensível às percepções subjetivas e às variações do

contexto. Soma-se a isso o debate sobre a aplicabilidade integral da CID-11 ao cenário brasileiro, marcado por desigualdades sociais e por diferenças regionais que influenciam diretamente as condições de trabalho. Assim, ainda que as três dimensões descritas sejam essenciais para a padronização diagnóstica, permanece o desafio de compreender como elas se expressam em ambientes laborais complexos e, por vezes, precarizados.

1.1.5. O Burnout na Enfermagem

No campo da enfermagem, essa realidade se torna ainda mais evidente. Em uma sociedade capitalista e em constante mudança, muitos profissionais atuam em mais de uma instituição, somando jornadas longas e exaustivas. Essa sobrecarga afeta diretamente o bem-estar físico, psicológico e social, comprometendo tanto a qualidade de vida desses trabalhadores quanto a assistência oferecida aos pacientes ⁽²¹⁾.

Um estudo realizado por Jodas e Haddad no Pronto-Socorro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) investigou os sinais e sintomas da Síndrome de *Burnout* entre trabalhadores de enfermagem e os fatores associados. Os resultados mostraram que 8,2% dos profissionais apresentavam o quadro de *burnout*, ou seja, já manifestavam os sinais e sintomas da síndrome, enquanto 54,1% demonstravam predisposição para desenvolvê-la. Evidenciando que grande parte dos profissionais da área da saúde está vulnerável à SB, o que pode ser explicado pela elevada carga de estresse à qual estão expostos em função das características de suas atividades ⁽²⁵⁾.

Segundo Sousa (2018), o estudo desenvolvido por Puerto *et al.* (2017, *apud* Sousa, 2018), realizado com profissionais de saúde atuantes em hospitais privados em Portugal, identificou diversos fatores desencadeadores de estresse, como a dupla jornada de trabalho, a pressão do tempo na execução das atividades, a baixa remuneração e a fragilidade no relacionamento interpessoal entre a equipe e a gestão. O autor também menciona que pesquisas conduzidas por

Costa e Guilam (2013, *apud* Sousa, 2018) e por Worm (2016, *apud* Sousa, 2018), baseadas na teoria de Karasek e realizadas com enfermeiros de hospitais públicos, apresentam resultados semelhantes ao apontarem como principais fatores estressantes a falta ou o baixo controle sobre o trabalho, o tempo reduzido para a realização das demandas, a insatisfação com o ambiente laboral, a baixa remuneração e o escasso apoio social ⁽²¹⁾.

Embora haja consenso sobre a alta vulnerabilidade da equipe de enfermagem ao *Burnout*, ainda são escassos os estudos que investigam intervenções efetivas no ambiente de trabalho, especialmente em setores críticos como urgência, emergência e atenção domiciliar. A maioria das pesquisas concentra-se na identificação de fatores estressores, enquanto aspectos como modelos de gestão, relações hierárquicas, subdimensionamento das equipes e impactos das políticas institucionais recebem menor atenção. Essa lacuna dificulta a tradução do conhecimento científico em estratégias práticas de cuidado laboral, evidenciando a necessidade de pesquisas que avancem para propostas concretas de intervenção.

1.1.6. Atenção Domiciliar no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Atenção Domiciliar consiste em uma modalidade de cuidado à saúde realizada diretamente na residência do paciente, caracterizada por um conjunto de ações que envolvem promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de processos de reabilitação. Seu principal objetivo é garantir a continuidade do cuidado e integrar o atendimento à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse modelo de atenção, disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), é direcionado conforme a necessidade de cada paciente e pode envolver diferentes equipes. Quando o indivíduo apresenta estabilidade clínica e necessita de visitas menos frequentes, como uma vez ao mês, o acompanhamento pode ser feito pela equipe de Saúde da Família ou pela Atenção Básica da sua área de referência. Nos casos que demandam maior complexidade, o

acompanhamento é realizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), vinculadas ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), dentro do programa Melhor em Casa⁽²⁶⁾.

No âmbito da Atenção Domiciliar, especialmente em programas como o Melhor em Casa, a produção científica ainda é limitada no que se refere à relação entre condições de trabalho e *Burnout*. Embora exista reconhecimento sobre a complexidade da assistência prestada no domicílio, poucos estudos analisam aspectos como deslocamento, sobrecarga burocrática, falta de equipes completas e demandas emocionais específicas própria do cenário de cuidado. A falta de investigações mais aprofundadas sobre esses elementos dificulta a compreensão integral dos fatores que podem intensificar o adoecimento psíquico desses profissionais e reforça a necessidade de pesquisas que considerem as particularidades da Atenção Domiciliar oferecida no SUS.

1.1.7. O Programa Melhor em Casa

Criado em 2011, o Programa Melhor em Casa integra a Rede de Atenção à Saúde do SUS e tem como foco o cuidado multiprofissional, incluindo tratamento de doenças, prevenção de sequelas, reabilitação intensiva e cuidados paliativos. O programa oferece uma alternativa segura e humanizada ao atendimento hospitalar prolongado, permitindo que o paciente receba assistência qualificada no próprio lar⁽²⁶⁻²⁷⁾.

O serviço é destinado a pessoas em processo de agravamento de alguma condição de saúde que, devido a limitações físicas temporárias ou permanentes, não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde. Assim, o programa ajuda a evitar internações desnecessárias e a agilizar altas hospitalares, favorecendo a recuperação no ambiente domiciliar⁽²⁶⁻²⁷⁾.

1.1.7.1. Benefícios para a população

O atendimento domiciliar proporciona diversas vantagens tanto para o paciente quanto para sua família, entre as quais se destacam:

- **Conforto e bem-estar:** a permanência em casa oferece tranquilidade e segurança emocional ao paciente.
- **Acompanhamento personalizado:** o monitoramento contínuo por equipes especializadas permite ajustar o plano de cuidados conforme a evolução clínica.
- **Redução de riscos:** há menor exposição a infecções hospitalares e complicações decorrentes de internações prolongadas.
- **Apoio contínuo:** as equipes do SAD prestam suporte constante, orientando familiares e cuidadores sobre o manejo adequado do paciente ⁽²⁶⁾.

1.1.7.2. Público-alvo do programa

Têm direito ao atendimento domiciliar:

- Pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e necessitam de acompanhamento diário especializado;
- Pessoas em recuperação pós-cirúrgica que demandam cuidados contínuos;
- Indivíduos com necessidade de curativos complexos ou uso diário de medicação venosa;
- Pacientes com doenças crônicas que exigem atenção frequente para controle de sintomas;
- Pessoas em fase terminal que optam por cuidados paliativos em seu domicílio ⁽²⁸⁾.

1.1.7.3. Equipes de Atendimento

O atendimento é realizado por equipes multiprofissionais organizadas dentro do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que se dividem em três categorias principais:

- **Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD):** responsáveis pela prestação direta de cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais na residência do paciente.
- **Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP):** fornecem suporte adicional às EMAD, garantindo a integração das ações de cuidado e a qualidade da assistência.
- **Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R):** voltadas à reabilitação intensiva, atuam em municípios com até 20 mil habitantes, oferecendo terapias personalizadas para recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida ⁽²⁵⁾.

1.1.7.4. Modalidade de Atenção Domiciliar

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) adota três modalidades de atendimento, classificadas de acordo com a complexidade do cuidado ⁽²⁵⁾:

- **Modalidade AD1:** realizada pela Unidade Básica de Saúde (UBS), direcionada a pacientes clinicamente estáveis, com doenças controladas e dificuldade de locomoção. Envolve visitas menos frequentes e menor demanda de recursos assistenciais.
- **Modalidade AD2:** voltada a pacientes com limitações físicas e condições clínicas que exigem acompanhamento contínuo e cuidados mais frequentes, como aqueles com doenças crônicas, em agravamento ou em cuidados paliativos.
- **Modalidade AD3:** destinada a pacientes de maior complexidade, geralmente dependentes de equipamentos específicos, que necessitam de cuidados permanentes e raramente recebem alta do atendimento domiciliar.

1.1.7.5. Acesso ao serviço

O encaminhamento para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/EMAD) pode ser realizado durante a internação hospitalar ou por meio de solicitação das equipes de Saúde da Família, da Atenção Básica ou das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ⁽²⁹⁾.

Considerando os elementos apresentados, estudos e observações realizadas em setores que exijam ritmo acelerado e a necessidade de decisões imediatas, muitas vezes tomadas sem tempo hábil para reflexão como no setor de urgência e emergência, destacam a ocorrência de queixas frequentes de cansaço físico e dificuldades para lidar com as emoções tornando-se um tema de grande interesse, uma vez que esses sintomas podem afetar diretamente a qualidade da assistência de enfermagem oferecida aos pacientes ⁽²¹⁾. Diante do exposto, foram elaborados os objetivos (geral e específico) que serão descritos na próxima seção.

1.1.7.6. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

A composição das equipes EMAD e EMAP, no âmbito da Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS), segue diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Portaria SAES/MS nº 1.619, de 22 de abril de 2024, variando de acordo com o porte populacional do município. Ressalta-se que a composição das equipes não é definida por um número fixo de profissionais, mas pela carga horária mínima exigida para cada categoria, podendo variar conforme a organização dos serviços. Essa flexibilidade permite a adequação das equipes às demandas locais e às especificidades do território ⁽⁷⁻⁸⁾.

- **EMAD Tipo 1:** destinada a municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, deve dispor de profissionais médicos com carga horária semanal (CHS) total mínima de 40 (quarenta) horas; profissionais enfermeiros com CHS mínima de 60 (sessenta) horas; profissionais fisioterapeutas ou assistentes sociais com CHS mínima

de 30 (trinta) horas; e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem com CHS mínima de 120 (cento e vinte) horas semanais por equipe.

- **EMAD Tipo 2:** voltada a municípios com população entre 20 mil e 39.999 habitantes, deve contar com 1 (um) profissional médico com CHS mínima de 20 (vinte) horas semanais; 1 (um) profissional enfermeiro com CHS mínima de 30 (trinta) horas semanais; 1 (um) profissional fisioterapeuta ou assistente social com CHS mínima de 30 (trinta) horas semanais; e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem com CHS total mínima de 120 (cento e vinte) horas semanais.

A EMAP deve ser composta por, no mínimo, 3 (três) profissionais de nível superior, dentre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional, cuja soma das cargas horárias semanais deve atingir, no mínimo, 90 (noventa) horas, não sendo permitida a atuação de profissionais com carga horária inferior a 20 (vinte) horas semanais.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar as dimensões da Síndrome de *Burnout* na equipe multiprofissional EMAD/EMAP.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais participantes do estudo.
- Verificar possíveis associações entre as dimensões do *burnout* e as variáveis sociodemográficas e laborais da amostra.
- Propor ações de promoção da saúde e estratégias preventivas voltadas à redução do *Burnout* na equipe EMAD/EMAP.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e caráter exploratório, realizado com profissionais de saúde integrantes das oito Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), vinculadas à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste, localizadas no município de São Paulo – capital. A coleta de dados foi conduzida entre julho e outubro de 2025.

O campo de pesquisa foi definido por conveniência, considerando a viabilidade de acesso às equipes participantes. Esse acesso foi possibilitado a partir do contato com a Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, por meio de interlocução com a gestão regional, o que permitiu a aproximação com os serviços e a realização da coleta de dados.

Esse cenário, além de acessível, apresenta características que o tornam relevante para o estudo, especialmente por seu perfil socioeconômico marcado pela presença de populações de média e baixa renda. Parte dessa área é contemplada no Caderno de Propostas da Macrorregião Leste 1, o qual descreve regiões com padrão intermediário de urbanização, presença de desigualdades na oferta de serviços e infraestrutura, além de vulnerabilidades socioambientais⁽³⁰⁾.

Dados do município de São Paulo evidenciam desigualdades socioeconômicas entre diferentes regiões da cidade, com concentração de populações em situação de maior vulnerabilidade social, especialmente em territórios periféricos⁽³¹⁾.

Nesse contexto, destaca-se a importância da Atenção Primária à Saúde, especialmente no âmbito da atenção domiciliar, diante da maior demanda por cuidados contínuos em

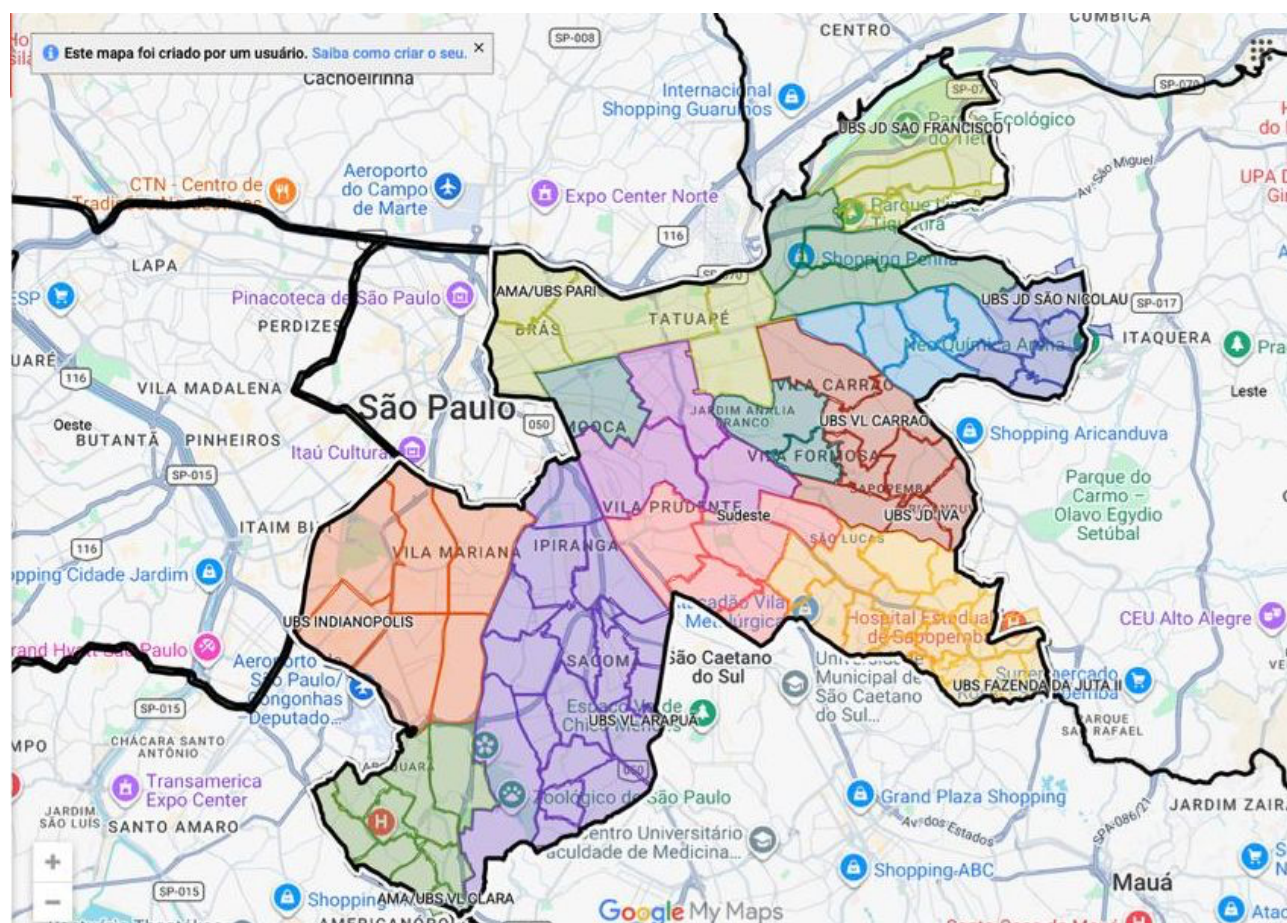
populações com condições socioeconômicas mais vulneráveis. Assim, o cenário mostra-se pertinente para a análise do contexto de trabalho dos profissionais de saúde, considerando que as características do território podem influenciar a organização do processo de trabalho e a carga assistencial das equipes.

Participaram do estudo profissionais vinculados às oito equipes de Atenção Domiciliar, sendo equipes EMAD e EMAP, distribuídas em diferentes áreas de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste. Essas equipes encontram-se inseridas em territórios com características sociodemográficas distintas, incluindo regiões de maior vulnerabilidade social, o que pode influenciar a organização do processo de trabalho, a demanda assistencial e as condições de atuação dos profissionais.

A investigação possibilitou, ainda, a realização de uma análise fatorial exploratória, com o objetivo de identificar dimensões latentes associadas à Síndrome de Burnout, contribuindo para uma compreensão mais ampla dos fatores que influenciam o bem-estar e o desempenho desses profissionais.

A Figura 1 ilustra a delimitação territorial da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste no município de São Paulo, destacando a organização espacial das áreas de abrangência das equipes EMAD e EMAP incluídas na pesquisa. A representação geográfica permite visualizar a distribuição dos serviços no território, evidenciando a complexidade e heterogeneidade da região estudada. A caracterização territorial apresentada é relevante, considerando que as condições socioespaciais podem influenciar diretamente o processo de trabalho e a exposição dos profissionais a fatores associados à Síndrome de Burnout.

Figura 1 – Delimitação territorial da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, município de São Paulo, Brasil.



Fonte: Prefeitura de São Paulo – Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/busca-emaad-territorios-cobertos-descubra-sua-unidade-e-equipe-de-referencia-em-segundos-3-pdf>

3.2 Participantes da pesquisa

A amostra foi composta por 70 profissionais de saúde, selecionados por conveniência, todos atuantes na assistência direta aos pacientes.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, estabeleceu-se contato, por e-mail ou telefone, com a administração pública do município de São Paulo, com o objetivo de confirmar os horários habituais de funcionamento das unidades e agendar possíveis datas para a presença do pesquisador nos locais de atuação das equipes. Posteriormente, foi elaborado um cronograma de visitas, estruturado conforme os horários de atendimento das equipes no município.

A coleta de dados ocorreu presencialmente, mediante a aplicação de um formulário estruturado, composto por quatro seções: Dados demográficos, Informações profissionais, Características do cargo e Avaliação da Síndrome de *Burnout*, utilizando o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (ANEXO 2), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981)⁽³²⁾.

O MBI é um instrumento autoaplicável composto por 22 itens, avaliados em uma escala *Likert* de sete pontos (0 = nunca; 1 = uma vez por mês ou menos; 2 = algumas vezes por mês; 3 = uma vez por semana; 4 = algumas vezes por semana; 5 = quase todos os dias; 6 = todos os dias). O inventário mensura a Síndrome de *Burnout* em três dimensões: Exaustão Emocional (EE) - itens 1 a 9, Realização Profissional (RP) - itens 10 a 14 e Despersonalização (DP) - itens 15 a 22.

Altos escores em EE e DP e baixos escores em RP indicam níveis elevados de *Burnout*. O instrumento avalia a síndrome de maneira tridimensional, o que reforça a necessidade de considerar as três dimensões em conjunto para manter sua coerência teórica (ANEXO 3).

3.4 Aspectos éticos

A participação dos profissionais foi voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), garantindo seu aceite, em conformidade

com as normas éticas vigentes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de afiliação dos pesquisadores, atendendo aos princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos³³.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. Foram aplicados os seguintes testes estatísticos: Correlação de Pearson (r), para verificar a relação entre variáveis quantitativas; Teste Qui-quadrado (χ^2), para análise de associações entre variáveis categóricas; e Análise de Regressão (R^2), para avaliar a influência de variáveis independentes sobre as dimensões do *Burnout*.

A avaliação da Síndrome de *Burnout* foi realizada a partir das três dimensões propostas pelo *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS)³⁰, analisadas de forma independente, conforme orientação do manual do instrumento. Considerou-se indicativo de *Burnout* a combinação de altos escores nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, associada a baixos escores em Realização Pessoal, subescala de interpretação inversa⁽³⁴⁾ (ANEXO 3).

As análises permitiram examinar a dinâmica das variáveis sociodemográficas e laborais e sua relação com os níveis de *Burnout* identificados entre os participantes.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram inicialmente recebidos 73 questionários, entretanto, três foram invalidados, dois por ausência de informações essenciais e um por não se enquadrar nos critérios de inclusão. Assim, a amostra final foi composta por 70 profissionais da saúde, selecionados por conveniência, todos envolvidos na assistência direta aos usuários do serviço.

A distribuição dos participantes por categoria profissional foi a seguinte: 12 (17,1%) enfermeiros, 28 (40%) auxiliares e técnicos de enfermagem, 11 (15,7%) médicos, 4 (5,7%) assistentes sociais, 10 (14,3%) fisioterapeutas, 3 (4,3%) nutricionistas e 2 (2,9%) fonoaudiólogos. Nota-se, portanto, uma predominância da equipe de enfermagem, que, somada, representa quase metade dos profissionais participantes do estudo.

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes, no qual se observa a predominância do sexo feminino (91,4%), enquanto 8,6% se identificaram como do sexo masculino, o que reflete a realidade da composição de gênero nas profissões da área da saúde, especialmente na enfermagem. A faixa etária mais prevalente foi de 30 a 49 anos (78,6%), seguida pelos grupos de 18 a 29 anos (11,4%), 50 a 59 anos (8,6%) e 60 anos ou mais (1,4%).

Quanto ao estado civil, a maioria declarou ser casada (47,1%) ou viver em união estável (12,9%), enquanto 28,6% relataram ser solteiros e 10% divorciados. Apenas 1,4% foram classificados em outras categorias.

A presença de filhos foi relatada por 62,9% dos participantes, enquanto 37,1% afirmaram não ter filhos. Entre aqueles que têm filhos, a maior parte relatou ter um (25,7%) ou dois (22,9%), o que corresponde a 48,6% desse grupo. Números que refletem o perfil familiar de profissionais com rotina de trabalho estável e jornada regular⁽³⁵⁾.

No que se refere à carga horária semanal, observou-se que a maior parte atua em regime de 5x2 (70%), seguida pelo 12x36 (10%) e outras modalidades (20%). Essa configuração reforça a predominância de jornadas fixas de segunda a sexta-feira, embora uma parte expressiva ainda exerça atividades em escala de plantão, o que é comum nos serviços de atenção domiciliar.

Em relação ao tempo de atuação na função, 62,9% dos profissionais relataram ter quatro anos ou mais de experiência, enquanto 21,4% estão há um ano, 7,1% há dois anos e 8,6% há três anos. Esses resultados indicam uma amostra composta por trabalhadores com trajetória consolidada, o que pode contribuir positivamente para a qualidade do cuidado prestado.

Quanto à rotatividade de chefia, metade da amostra (50%) informou não ter vivenciado trocas de liderança, 27,1% relataram uma mudança, e 15,7% referiram outras situações, como substituições temporárias, alterações institucionais ou promoções internas.

No que se refere ao vínculo empregatício, a maioria (81,4%) afirmou possuir apenas um vínculo profissional, enquanto 18,6% declararam manter mais de um, o que pode indicar algum nível de sobrecarga, ainda que restrito a uma parcela menor dos participantes.

De modo geral, os resultados apontam um perfil predominantemente feminino, adulto, com predominância das categorias da enfermagem, jornadas regulares de trabalho e baixa rotatividade de chefia, características que reforçam a maturidade profissional e o vínculo estável das equipes multiprofissionais atuantes nos serviços de atenção domiciliar (EMAD/EMAP).

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo pertencentes a equipe multiprofissional EMAD/EMAP da Região Sudeste da Cidade de São Paulo. São Paulo, 2026.

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Faixa etária</i>	18 a 29 anos	8	11,4
	30 a 49 anos	55	78,6
	50 a 59 anos	6	8,6
	60 anos ou mais	1	1,4
<i>Gênero</i>	Feminino	64	91,4
	Masculino	6	8,6
<i>Estado civil</i>	Solteiro	20	28,6
	Casado	33	47,1
	União estável	9	12,9
	Divorciado	7	10,0
	Outros	1	1,4
<i>Filhos</i>	Sim	44	62,9
	Não	26	37,1
<i>Número de filhos (n = 44)</i>	1	18	25,7
	2	16	22,9
	3	7	10,0
	4	2	2,9
	5	1	1,4
<i>Função desempenhada</i>	Auxiliar de enfermagem	13	18,6

<i>Carga horária</i>	Técnico de enfermagem	15	21,4
	Enfermeiro	12	17,1
	Médico	11	15,7
	Fisioterapeuta	10	14,3
	Fonoaudiólogo	2	2,9
	Assistente social	4	5,7
	Nutricionista	3	4,3
	12x36	7	10,0
	5x2	49	70,0
	Outros	14	20,0
<i>Tempo na função</i>	1 ano	15	21,4
	2 anos	5	7,1
	3 anos	6	8,6
	4 anos ou mais	44	62,9
	Não houve	35	50,0
<i>Troca de chefia</i>	1 vez	19	27,1
	2 vezes	3	4,3
	3 vezes	2	2,9
	Outros	11	15,7
	Sim	13	18,6
<i>Mais de um vínculo profissional</i>	Não	57	81,4

Fonte: Autor.

4.2. ANÁLISE DAS MEDIDAS DESCRITIVAS DO BURNOUT

Do total de 70 (100%) profissionais, 30 (42,9%) atenderam simultaneamente aos critérios estabelecidos pelo *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), sendo, portanto, classificados com Síndrome de *Burnout*.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos escores obtidos nos domínios avaliados pelo MBI-HSS entre esses profissionais. Observa-se que, no domínio Exaustão Emocional, os escores variaram de 28 a 48 pontos, com maior concentração entre 30 e 34 pontos.

Tabela 2. Distribuição dos escores do domínio Exaustão Emocional entre os profissionais participantes do estudo classificados com *Burnout*, segundo o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). São Paulo, 2026.

<i>Escore de Exaustão Emocional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
28	3	10,0	10,0
30	5	16,7	26,7
31	3	10,0	36,7
32	4	13,3	50,0
33	1	3,3	53,3
34	3	10,0	63,3
35	1	3,3	66,7
36	1	3,3	70,0

37	2	6,7	76,7
38	1	3,3	80,0
39	1	3,3	83,3
41	1	3,3	86,7
42	1	3,3	90,0
46	1	3,3	93,3
47	1	3,3	96,7
48	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	—

Fonte: Autor.

No domínio Despersonalização (Tabela 3), os escores oscilaram entre 11 e 24 pontos, com predominância de valores acima do ponto de corte mínimo, evidenciando tendência consistente ao distanciamento emocional e à redução da empatia no exercício profissional.

Tabela 3. Distribuição dos escores do domínio Despersonalização entre os profissionais participantes do estudo classificados com *Burnout*, segundo o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). São Paulo, 2026.

<i>Escore de Despersonalização</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
11	4	13,3	13,3
12	5	16,7	30,0
13	1	3,3	33,3
14	1	3,3	36,7
15	2	6,7	43,3
16	3	10,0	53,3
17	3	10,0	63,3
18	3	10,0	73,3
19	2	6,7	80,0
20	3	10,0	90,0
21	1	3,3	93,3
23	1	3,3	96,7
24	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	—

Fonte: Autor.

Quanto à Realização Profissional (Tabela 4), verificaram-se escores entre 9 e 32 pontos, todos inferiores ao valor de referência para alta realização, o que demonstra redução generalizada da percepção de competência, satisfação e eficácia profissional entre os participantes acometidos.

Tabela 4. Distribuição dos escores do domínio Realização Profissional entre os profissionais participantes do estudo classificados com *Burnout*, segundo o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). São Paulo, 2026.

<i>Escore de Realização Profissional</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
9	1	3,3	3,3
10	1	3,3	6,7
12	1	3,3	10,0
14	2	6,7	16,7
15	4	13,3	30,0
18	2	6,7	36,7
19	2	6,7	43,3
20	3	10,0	53,3
21	1	3,3	56,7
22	1	3,3	60,0
23	1	3,3	63,3

24	1	3,3	66,7
25	1	3,3	70,0
26	1	3,3	73,3
27	1	3,3	76,7
28	2	6,7	83,3
29	1	3,3	86,7
30	2	6,7	93,3
32	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	—

Fonte: Autor.

De forma integrada, os resultados indicam que os profissionais com *Burnout* apresentam padrões elevados de exaustão emocional e despersonalização, associados a baixa realização profissional, caracterizando a manifestação consistente da síndrome no grupo analisado.

4.3. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

A análise comparativa entre as categorias profissionais evidenciou diferenças na distribuição da Síndrome de Burnout entre os participantes, considerando o total da amostra (n = 70).

Ao analisar a equipe de enfermagem, composta por auxiliares, técnicos e enfermeiros (n = 40), observou-se que 19 profissionais apresentaram Burnout, correspondendo a 47,5%

dessa categoria. Dentre esses, os auxiliares de enfermagem registraram 6 casos, os técnicos de enfermagem 10 casos e os enfermeiros 3 casos.

Entre as demais categorias profissionais, foram identificados 5 médicos com Burnout, o que corresponde a 45,5% dos profissionais dessa categoria. Na sequência, verificou-se a ocorrência de 3 fisioterapeutas (30,0%), 2 nutricionistas (66,7%) e 1 fonoaudiólogo (50,0%). Não foram identificados casos entre os assistentes sociais (0,0%).

Esses resultados demonstram que, embora a síndrome esteja presente em diferentes áreas da equipe multiprofissional, observa-se maior proporção entre os profissionais da equipe de enfermagem e médicos. Destaca-se, contudo, que algumas categorias apresentam número reduzido de participantes, o que deve ser considerado na interpretação dos achados.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das categorias profissionais segundo a ocorrência de Burnout, permitindo visualizar de forma comparativa a proporção de trabalhadores afetados em cada área. Observa-se que a ocorrência da síndrome varia entre as categorias, sugerindo possível influência das características do processo de trabalho e das demandas assistenciais específicas de cada função.

Tabela 5. Distribuição das categorias profissionais dos participantes do estudo segundo ocorrência de burnout. São Paulo, 2026.

CATEGORIA	SEM BURNOUT	COM BURNOUT	TOTAL N
PROFISSIONAL	N (%)	N (%)	(%)
ENFERMAGEM (AUX./TÉC./ENF.)	21 (52,5)	19 (47,5)	40 (100,0)
MÉDICO	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100,0)
FISIOTERAPEUTA	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)

FONOAUDIÓLOGO	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)
ASSISTENTE SOCIAL	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (100,0)
NUTRICIONISTA	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)
TOTAL	40 (57,1)	30 (42,9)	70 (100,0)

Fonte: Autor.

5. DISCUSSÃO

5.1. Perfil sociodemográfico e implicações para o risco de Burnout

Os resultados do presente estudo evidenciam um perfil sociodemográfico predominantemente feminino, com elevada concentração de profissionais da equipe de enfermagem, o que é observado nos serviços de saúde brasileiros, especialmente na atenção domiciliar. A predominância do sexo feminino (91,4%) reflete a histórica feminização das profissões da área da saúde, particularmente da enfermagem, característica amplamente documentada na literatura e associada a múltiplas demandas ocupacionais e familiares⁽³⁶⁾.

A elevada proporção de profissionais na faixa etária de 30 a 49 anos (78,6%) sugere um grupo marcado pela sobreposição de responsabilidades profissionais, familiares e sociais. Estudos apontam que essa fase da vida pode representar maior vulnerabilidade ao estresse ocupacional, sobretudo quando associada a contextos de alta exigência emocional, como o cuidado direto ao paciente, característica central dos serviços de atenção domiciliar⁽³⁷⁾. Evidências atuais reforçam que fatores organizacionais e modelos de gestão influenciam diretamente o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde, evidenciando que o adoecimento não pode ser compreendido apenas sob uma perspectiva individual⁽³⁸⁾.

A maioria dos participantes declarou possuir filhos (62,9%) e manter vínculo conjugal estável, configuração que evidencia a coexistência de demandas familiares e profissionais no cotidiano desses trabalhadores. Conforme observado nos resultados, a interferência família–trabalho esteve associada a situações como a necessidade de reorganizar atividades laborais em função de compromissos familiares, interrupções no planejamento do trabalho e dificuldades na gestão das tarefas profissionais. Embora a presença de filhos e de um vínculo conjugal estável possa representar importante fonte de apoio social, esses fatores também podem intensificar a sobrecarga quando combinados a jornadas de trabalho exigentes e às

especificidades da atenção domiciliar. A literatura aponta que a dificuldade de conciliação entre trabalho e vida familiar constitui um determinante relevante do estresse ocupacional, podendo repercutir negativamente na saúde mental dos profissionais, especialmente quando há desequilíbrio entre essas esferas ⁽³⁹⁾.

No que se refere à carga horária, a predominância do regime 5x2 (70%) sugere relativa estabilidade organizacional, sobretudo quando comparada a outros cenários assistenciais marcados por escalas extensas e turnos irregulares. Entretanto, mesmo em jornadas consideradas regulares, os resultados devem ser analisados à luz das especificidades do trabalho na atenção domiciliar. A literatura aponta que a enfermagem em cuidados domiciliares vem ganhando importância diante do aumento da demanda por esse tipo de assistência, ao mesmo tempo em que expõe os profissionais a elevadas exigências organizacionais e laborais, com potenciais repercussões adversas à saúde. As características do trabalho na enfermagem domiciliar diferem significativamente de outros contextos assistenciais, como o hospitalar, especialmente em função da estrutura organizacional, do trabalho realizado de forma isolada, do contato intenso e contínuo com pacientes e familiares e da necessidade constante de adaptação a diferentes ambientes domiciliares. Além disso, a realização de múltiplas visitas por turno implica elevada mobilidade, deslocamentos frequentes e tomada de decisões autônomas, fatores que, mesmo em regimes de trabalho regulares, podem contribuir para o desgaste físico e emocional dos profissionais ⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Nesse sentido, ainda que a organização da jornada no regime 5x2 possa representar um elemento de estabilidade formal, a natureza do trabalho na atenção domiciliar (marcada por demandas emocionais, físicas e organizacionais específicas) pode intensificar a sobrecarga e o cansaço emocional. Conforme a exposição prolongada a altas demandas, quando não equilibrada por recursos adequados, tende a impactar negativamente a saúde dos trabalhadores, reforçando a necessidade de considerar não apenas a carga horária formal, mas também as

condições e características concretas do processo de trabalho na análise do desgaste ocupacional na enfermagem domiciliar ⁽⁴⁰⁾.

Além disso, a maioria dos profissionais apresentou tempo de atuação igual ou superior a quatro anos (62,9%), indicando experiência consolidada. Embora a experiência profissional seja frequentemente associada a maior segurança técnica, estudos apontam que o acúmulo prolongado de exposição a fatores estressores, sem estratégias institucionais adequadas de suporte, pode aumentar o risco de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* ⁽⁴²⁾.

5.2 Burnout e diferenças entre categorias profissionais

A prevalência de Síndrome de Burnout observada neste estudo (42,9%) é expressiva e evidencia a magnitude do problema entre profissionais de saúde atuantes na atenção domiciliar. Esse achado é consistente com investigações que apontam elevada incidência da síndrome entre profissionais expostos a demandas emocionais contínuas e alta responsabilidade assistencial ⁽⁴³⁾.

A análise comparativa entre as categorias profissionais revelou maior ocorrência de Burnout na equipe de enfermagem, composta por auxiliares, técnicos e enfermeiros, com 47,5% dos profissionais dessa categoria acometidos pela síndrome. Esse resultado está em consonância com estudos que identificam a enfermagem como uma das categorias mais vulneráveis à Síndrome de *Burnout*, em função de sua centralidade no cuidado direto, da elevada carga emocional e da responsabilidade contínua pela assistência ⁽²¹⁻²⁵⁾.

A enfermagem caracteriza-se como uma profissão voltada à prestação de assistência e ao cuidado contínuo e intenso aos pacientes, o que coloca esses profissionais em contato direto e diário não apenas com os usuários, mas também com seus familiares ⁽⁴⁴⁾. No cotidiano de trabalho, a enfermagem assume funções essenciais de amparo à vida, proteção e promoção do

bem-estar físico e emocional dos indivíduos atendidos, desempenhando papel central na garantia da qualidade dos serviços de saúde⁽⁴⁵⁾. Achados consistentes na literatura sugerem que a satisfação no trabalho apresenta relação inversa com os níveis de *Burnout*, sendo fatores como reconhecimento profissional, condições organizacionais e suporte institucional determinantes relevantes nesse processo⁽⁴⁶⁾.

Entretanto, fatores como a falta de autonomia, a sobrecarga de trabalho e a indefinição do papel profissional contribuem para que a enfermagem figure entre as profissões com maiores índices de Síndrome de *Burnout*. A necessidade de assumir duplas jornadas de trabalho, frequentemente associada a baixas remunerações, pode intensificar o desgaste físico e emocional, favorecendo o sofrimento psíquico desses profissionais. Embora busquem reconhecimento social, valorização profissional e melhores condições salariais, muitos enfermeiros enfrentam obstáculos que comprometem o exercício de suas funções e favorecem a desmotivação. O profissional acometido pelo *Burnout* pode ser percebido por usuários e colegas como uma pessoa fria ou pouco empática diante do sofrimento e da morte, o que pode repercutir negativamente na assistência prestada, especialmente considerando que a humanização do cuidado constitui, atualmente, um princípio fundamental nos serviços de saúde⁽⁴⁷⁾.

Entre os médicos, observou-se que 45,5% dos profissionais apresentaram *Burnout*, indicando que essa categoria também está suscetível ao adoecimento psíquico. A atuação na atenção domiciliar exige tomada de decisões clínicas autônomas, frequentemente em contextos de recursos limitados, o que pode contribuir para a exaustão emocional. Da mesma forma, fisioterapeutas (30,0%), nutricionistas (66,7%) e fonoaudiólogos (50,0%) também apresentaram ocorrência de *Burnout*, reforçando o caráter transversal da síndrome no contexto da equipe multiprofissional. Destaca-se que não foram identificados casos entre os assistentes sociais na presente amostra.

Esses achados confirmam que, embora a equipe de enfermagem apresente elevada ocorrência de *Burnout*, a síndrome não se restringe a uma única categoria profissional, refletindo a complexidade e as exigências inerentes ao trabalho multiprofissional em saúde. Ressalta-se que categorias com menor número de participantes devem ser interpretadas com cautela.

5.3 Dimensões do Burnout segundo o MBI-HSS

A análise das dimensões do *Burnout*, conforme avaliadas pelo *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS), evidenciou comprometimento significativo nos três domínios entre os profissionais classificados com a síndrome.

No domínio da Exaustão Emocional, observaram-se escores elevados, variando entre 28 e 48 pontos, indicando intenso desgaste emocional, sensação persistente de esgotamento e redução da energia psíquica frente às exigências do trabalho. A concentração de escores elevados nessa dimensão reforça o entendimento de que a exaustão emocional constitui o núcleo central do *Burnout*, sendo, frequentemente, o primeiro componente a se manifestar no processo de adoecimento ocupacional. Esse achado aponta a exaustão como resultado da exposição prolongada a demandas emocionais intensas e à sobrecarga de responsabilidades ⁽⁴⁸⁾.

No contexto da atenção domiciliar, a exaustão emocional pode ser potencializada por características específicas do processo de trabalho da enfermagem, tais como o envolvimento emocional contínuo com pacientes e familiares, a necessidade de adaptação a diferentes realidades socioculturais e ambientais e a responsabilidade ampliada pelo cuidado prestado no domicílio. A atuação do enfermeiro em ambientes diversos, frequentemente marcados por vulnerabilidades sociais, conflitos familiares e limitações de recursos, exige elevada capacidade de adaptação e disponibilidade emocional, o que tende a intensificar o desgaste psíquico ao

longo do tempo. Ademais, a construção de vínculos prolongados com os usuários e suas famílias, embora fundamental para a qualidade do cuidado de enfermagem, pode ampliar a carga emocional do trabalho, especialmente na ausência de estratégias institucionais adequadas de suporte e cuidado ao trabalhador ⁽⁴⁹⁾.

Dessa forma, os elevados níveis de exaustão emocional identificados neste estudo refletem não apenas as demandas inerentes à prática da enfermagem, mas também as especificidades do cuidado domiciliar, configurando um cenário propício ao esgotamento emocional e ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

A dimensão da Despersonalização apresentou escores consistentemente acima do ponto de corte mínimo, evidenciando atitudes de distanciamento emocional, frieza e redução da empatia no relacionamento com os usuários. Esse achado é particularmente relevante, uma vez que a atenção domiciliar pressupõe vínculo, proximidade e cuidado humanizado. Nesse contexto, a despersonalização pode ser interpretada como um mecanismo defensivo frente ao sofrimento psíquico, funcionando como estratégia de autoproteção emocional ⁽⁵⁰⁾.

No que se refere à Realização Profissional, os resultados demonstraram escores baixos em todos os participantes com *Burnout*, indicando redução da percepção de competência, eficácia e satisfação com o trabalho. Essa dimensão configura-se como um importante indicador do impacto subjetivo da síndrome, por refletir a perda de sentido e de reconhecimento do valor do próprio trabalho. A baixa realização profissional pode estar associada à limitação de recursos, à baixa valorização institucional e à invisibilidade do trabalho desenvolvido na atenção domiciliar ⁽⁵¹⁾.

A combinação de altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, associada à baixa realização profissional, confirma a presença do quadro clássico da Síndrome de *Burnout*, conforme descrito no modelo tridimensional proposto por *Maslach*.

5.4 Implicações para a gestão e para a atenção domiciliar

Os achados deste estudo apresentam implicações significativas para a gestão dos serviços de atenção domiciliar. A elevada prevalência de Burnout, especialmente entre profissionais da enfermagem, não apenas evidencia a magnitude do problema, mas também aponta para fragilidades estruturais que demandam respostas institucionais consistentes. Nesse sentido, torna-se fundamental a adoção de estratégias voltadas à promoção da saúde mental e à prevenção do adoecimento ocupacional, contemplando o fortalecimento organizacional, a comunicação clara de protocolos, a adequada disponibilidade de equipamentos e a criação de espaços de escuta ativa. Além disso, o estímulo à resiliência e ao autocuidado deve ser compreendido como parte integrante das políticas institucionais de cuidado ao trabalhador, e não como responsabilidade exclusivamente individual. O suporte externo (social e familiar) também se configura como importante fator de proteção, embora frequentemente seja negligenciado em contextos marcados por elevada sobrecarga laboral ⁽⁵²⁻⁵³⁾.

A literatura tem demonstrado que estilos de liderança influenciam diretamente o desempenho, a eficiência e a permanência dos trabalhadores nas equipes. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem constituem recurso estratégico para as instituições de saúde, sendo fundamentais tanto para a organização dos processos assistenciais quanto para a garantia da qualidade do cuidado prestado ao paciente. A baixa rotatividade de chefia observada na amostra pode, portanto, representar um fator protetor, desde que associada a práticas de liderança participativa e à oferta contínua de suporte emocional aos trabalhadores, contribuindo para a construção de ambientes laborais mais estáveis e saudáveis ⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾. Por outro lado, a presença de múltiplos vínculos profissionais, ainda que restrita a uma parcela menor dos participantes, merece atenção, pois pode intensificar a carga de trabalho e ampliar o desgaste físico e

emocional, com possíveis repercussões tanto para o bem-estar dos profissionais quanto para a qualidade da assistência prestada.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as dimensões da Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde atuantes na atenção domiciliar, bem como investigar sua relação com características sociodemográficas, laborais e com as dimensões avaliadas pelo Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). Os resultados evidenciaram uma prevalência de 42,9% de Burnout, confirmando a relevância do adoecimento ocupacional nesse contexto assistencial e apontando para a necessidade de atenção sistemática à saúde mental dos trabalhadores envolvidos nesse modelo de cuidado.

O perfil sociodemográfico dos participantes foi predominantemente feminino, com elevada concentração de profissionais da enfermagem, faixa etária intermediária e presença significativa de responsabilidades familiares, como filhos e vínculo conjugal estável. Esses fatores, quando associados às exigências do trabalho na atenção domiciliar, configuram um cenário de sobreposição de demandas profissionais e pessoais, que pode aumentar a vulnerabilidade ao estresse ocupacional e ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Ainda que a predominância do regime de trabalho 5x2 sugira certa estabilidade organizacional, os achados demonstram que a natureza do trabalho domiciliar, marcada por elevada demanda emocional, autonomia decisória, deslocamentos frequentes e necessidade constante de adaptação a diferentes contextos, pode intensificar o desgaste físico e psíquico dos profissionais.

A análise entre as categorias profissionais indicou maior ocorrência de Burnout na equipe de enfermagem, corroborando evidências da literatura que apontam essa categoria como particularmente vulnerável ao adoecimento psíquico, em razão da centralidade no cuidado direto, do envolvimento emocional contínuo e da responsabilidade permanente pela assistência. Entretanto, a presença da síndrome em outras categorias da equipe multiprofissional reforça o

caráter transversal do Burnout no contexto da atenção domiciliar, evidenciando que o sofrimento ocupacional não se restringe a uma única profissão.

No que se refere às dimensões do Burnout, os resultados demonstraram comprometimento significativo nos três domínios avaliados pelo MBI-HSS. A exaustão emocional apresentou-se como a dimensão mais intensamente afetada, confirmando seu papel central no desenvolvimento da síndrome. A despersonalização, caracterizada por atitudes de distanciamento emocional e redução da empatia, emergiu como possível mecanismo defensivo frente ao sofrimento psíquico, especialmente relevante em um contexto que pressupõe vínculo e cuidado humanizado. A baixa realização profissional, por sua vez, refletiu a perda de sentido, reconhecimento e satisfação com o trabalho, indicando impacto subjetivo importante do Burnout na vivência profissional desses trabalhadores.

Os achados deste estudo têm implicações relevantes para a gestão dos serviços de atenção domiciliar, ao evidenciar a necessidade de estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde mental, ao fortalecimento do suporte organizacional e à valorização dos profissionais. A adoção de práticas de liderança participativa, a oferta de suporte emocional, a melhoria das condições de trabalho e o reconhecimento do papel da enfermagem e da equipe multiprofissional configuram medidas fundamentais para a prevenção do Burnout e para a qualificação da assistência prestada.

Conclui-se, portanto, que a Síndrome de Burnout constitui um problema relevante entre profissionais de saúde atuantes na atenção domiciliar, especialmente na equipe de enfermagem, exigindo atenção contínua das instituições, gestores e formuladores de políticas públicas, com vistas à proteção da saúde mental dos trabalhadores e à garantia da qualidade e da humanização do cuidado em saúde.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Inicialmente, destaca-se o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas, restringindo as inferências a associações observadas no momento da coleta de dados.

Além disso, a pesquisa foi realizada em um contexto específico, restrito à Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do município de São Paulo, o que pode limitar a generalização dos achados para outras realidades e contextos assistenciais.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao número reduzido de participantes em algumas categorias profissionais, o que pode influenciar a estabilidade das estimativas e requer cautela na comparação entre os grupos.

Destaca-se, ainda, a ausência de análise de variáveis relacionadas à raça/cor dos participantes, o que limita a compreensão de possíveis desigualdades estruturais e sociais que podem influenciar o adoecimento psíquico no contexto do trabalho em saúde.

Por fim, por se tratar de um instrumento de autorrelato, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) está sujeito a vieses de percepção individual, o que pode influenciar as respostas dos participantes.

REFERÊNCIAS

1. Corbal BS. Síndrome de burnout: síndrome do esgotamento profissional. Rev Enferm UFPE Online. 2014 out. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/apresentacoes-em-eventos/eventos-2015/APRESENTAOMBETYNASndromedeBurnout.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2024.
2. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil. Psico. 2008;39(2):152-8. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035>. Acesso em: 29 nov. 2024.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Síndrome de burnout. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 23 nov. 2023.
4. Vieira I, Russo JA. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. Physis. 2019;29(2):e290206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290206>. Acesso em: 13 nov. 2025.
5. Cury S. Síndrome de burnout: o que é e como tratar. São Paulo: Hospital do Coração; 2020. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/hcor-explica/outras/sindrome-de-burnout/>. Acesso em: 23 nov. 2024.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2013

- maio 28; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 23 nov. 2023.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar: modalidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades>. Acesso em: 8 abr. 2026.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.619, de 22 de abril de 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt1619_30_04_2024.html. Acesso em: 8 abr. 2026.
9. Grasel J, et al. Prevalência de síndrome de burnout em profissionais da atenção primária à saúde: revisão sistemática. In: Congresso Internacional em Saúde; 2023. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/22997/21559>. Acesso em: 29 nov. 2023.
10. Bischof T, Pechefist L. Síndrome de burnout entre os profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: <http://200.150.122.211:8080/jspui/handle/23102004/99>. Acesso em: 29 nov. 2024.
11. Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. Bol Psicol. 2012;62(137). Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-

- [59432012000200005.](#) Acesso em: 06 nov. 2025.
12. Pêgo FPL, Pêgo DR. Síndrome de burnout. Rev Bras Med Trab. 2015;13(1). Disponível em: <https://rbmt.org.br/details/46/pt-BR>. Acesso em: 06 nov. 2025.
 13. Soares AS. Mobbing: relações com a síndrome de burnout e a qualidade de vida [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2008. Disponível em: <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp059298.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2026.
 14. Ribeiro AC, Rocha RPS, Rocha RAS. Fatores do estresse ocupacional na equipe de enfermagem: revisão integrativa. Connection Line. 2018;(19):98-105. Disponível em: <https://doi.org/10.18312/connectionline.v0i19.1198>. Acesso em: 06 nov. 2025.
 15. Brant LC, Minayo-Gomez C. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet. 2004;9(1):213-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SgPP3VNzNprFXRKQjr9gqWD/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2026.
 16. Organização Mundial da Saúde. Mental health: strengthening our response. Geneva: World Health Organization; 2022 jun 17. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 24 nov. 2023.
 17. Ribeiro MO. Monitoramento do atendimento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Eusébio: Fundação Oswaldo Cruz; 2021. Disponível

- em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/dissertacao_-_maximilo_ribeiro.pdf. Acesso em: 05 fev. 2026.
18. Governo do Estado de Mato Grosso do Sul. Diferenças entre burnout, estresse e depressão. Campo Grande; 2021 fev 23. Disponível em: <https://www.sad.ms.gov.br/entenda-diferencas-entre-burnout-estresse-e-depressao/>. Acesso em: 24 nov. 2023.
19. Conselho Federal de Enfermagem. Burnout: síndrome passa a integrar lista de doenças ocupacionais pela OMS. Brasília; 2025 jan 20. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/burnout-sindrome-passa-a-integrar-lista-de-doencas-ocupacionais-pela-oms/>. Acesso em: 10 mar. 2025.
20. Zhang Y, et al. Job burnout and its association with mental health among healthcare workers. Front Psychol. 2021;12:625191. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.625191/full>. Acesso em: 12 nov. 2025.
21. Sousa HRO. Síndrome de burnout em equipe de enfermagem que atua na urgência e emergência. Tempus Actas Saúde Colet. 2018;11(4):185-96. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2315>. Acesso em: 06 nov. 2025.
22. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiquiatr Clin. 2007;34(5):223-33. Disponível

- em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>. Acesso em: 06 nov. 2025.
23. Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicol Cienc Prof*. 2002;22(2):22-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nHqtFfWQX4h3yHBdrmmSbBN/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2025.
24. Organização Mundial da Saúde. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: 06 nov. 2025.
25. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):192-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Cwm4H8Sf63h4nMHc6HMwZGs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2025.
26. Prefeitura do Município de São Paulo. Modalidades da atenção domiciliar. São Paulo; 2024 jan 23. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/350244. Acesso em: 26 fev. 2024.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar: Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 06 nov. 2025.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa>. Acesso em: 08 abr. 2026.

29. Prefeitura Municipal de Catanduva. Protocolo de serviço de atenção domiciliar – EMAD/EMAP. Catanduva; 2021. Disponível em: <https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Protocolo-de-Servico-de-Atencao-Domiciliar-%E2%80%93-EMAD-EMAP-do-Municipio-de-Catanduva-PROTEGIDO.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2026.

30. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento. Caderno de propostas dos planos regionais das subprefeituras – Macrorregião Leste 1. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2016. Disponível em: <https://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/QA-LESTE-1.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2026.

31. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Desigualdade de renda em São Paulo evidencia diferenças entre regiões da cidade. São Paulo; 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=278124>. Acesso em: 08 abr. 2026.

32. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>. Acesso em: 12 nov. 2025.

33. Hutz CS, Spink MJP. Orientações éticas para psicólogos envolvidos em pesquisas com seres humanos. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 1996. Disponível em: <https://tep2010unb.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/10/hutz-etica-na-avaliacao-psicologica1.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2026.

34. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. Lanham: Scarecrow Press; 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual. Acesso em: 03 nov. 2025.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Famílias e filhos no Brasil: fatos e números. Brasília: Ministério da Saúde; [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/familias-e-filhos-no-brasil.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

36. Oliveira JK, Ceballos AGC. A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. Res Soc Dev. 2022;11(10):e219111032645. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32645>. Acesso em: 12 nov. 2025.

37. Carvalho CRG, et al. Avaliação da síndrome de burnout nos profissionais que prestam atendimento domiciliar. [S.l.]: [s.n.]; [s.d.]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24298/1/S%C3%ADndromeBurnout>

- [Profissionais.pdf](#). Acesso em: 12 nov. 2025.
38. Carniato EP, et al. Sofrimento mental dos trabalhadores dos CAPS: um olhar da gestão. Saude Debate. 2024;48(143):e9170. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48n143/e9170/>. Acesso em: 13 nov. 2025.
 39. Paschoal T, Tamayo A. Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. Psicol Teor Pesq. 2005;21(2):173-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722005000200007>. Acesso em: 12 nov. 2025.
 40. Ma P, et al. Workload and emotional exhaustion among older assistant care workers in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2025;25:273-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.15058>. Acesso em: 13 nov. 2025.
 41. Petersen J, Müller H, Melzer M. Job demands and resources in relation to nurses' health in home care. Health Soc Care Community. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/hsc/7605478>. Acesso em: 13 nov. 2025.
 42. Silva JC, et al. Saúde mental, adoecimento e trabalho docente. Psicol Esc Educ. 2023;27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/pnKjTfs7s9VrzJGMhTsMPSG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2025.
 43. Santos BL, et al. Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem. Enferm Foco. 2022;13(esp 1). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e->

- [202240ESP1.](#) Acesso em: 06 nov. 2025.
44. Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP, Lima LL, Silva MEP, Freitas JG. Fatores associados à síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03235. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016023403235>. Acesso em: 26 fev. 2026.
45. Silva TD, Carlotto MS. Síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. Psicol Teor Pesq. 2008;24(1):41-8. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100009. Acesso em: 12 nov. 2025.
46. Rosa C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais hospitalares. Rev SBPH. 2005;8(2):1-15. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002. Acesso em: 12 nov. 2025.
47. Oliveira RF, Lima GG, Vilela GS. Incidência da síndrome de burnout nos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2017;7. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1383>. Acesso em: 06 nov. 2025.
48. Brady KJS, et al. Describing the emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment constructs of burnout: relationships with outcomes in a community sample. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(9):1-18. Disponível

- em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7266903/>. Acesso em: 12 nov. 2025.
49. Ramos AP, et al. Síndrome de burnout e qualidade de vida em enfermeiros. *Enferm Bras.* 2021;20(5). Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i5.4855>. Acesso em: 12 nov. 2025.
50. Soares HLR, Cunha CEC. A síndrome do burnout: sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. *Rev Dep Psicol UFF.* 2007;19(2):481-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-80232007000200021>. Acesso em: 12 nov. 2025.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidados em terapia domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf. Acesso em: 06 nov. 2025.
52. Marques RGA, et al. Saúde mental e síndrome de burnout entre trabalhadores da saúde: panorama atual e repercussões assistenciais. *Braz J Implantol Health Sci.* 2025;7(11):1260-74. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p1260-1274>. Acesso em: 13 nov. 2025.
53. Cohen C, et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout: a review. *Ind Health.* 2023;61(3):239-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10314589/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

54. Santos JLG, De Pin SB, Guanilo MEE, Balsanelli AP, Erdmann AL, Ross R. Liderança em enfermagem e qualidade do cuidado em ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. Rev Rene. 2018;19:e3289. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31648>. Acesso em: 06 nov. 2025.
55. Pattali S, et al. Effect of leadership styles on turnover intention among staff nurses in private hospitals. BMC Health Serv Res. 2024;24. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10674-0>. Acesso em: 13 nov. 2025.

RESUMO

ANÁLISE FATORIAL DO ESTADO DE SAÚDE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EMAD/EMAP: SÍNDROME DE BURNOUT

Bruna Lamy de Freitas – Dissertação – 2025

A Síndrome de Burnout (SB) tem se mostrado um problema crescente na saúde pública, especialmente entre profissionais expostos a demandas emocionais intensas, como aqueles que atuam na atenção domiciliar. Este estudo teve como objetivo analisar as dimensões do burnout entre trabalhadores das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste do município de São Paulo. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e exploratório, realizado com 70 profissionais de diferentes categorias. Os dados foram coletados por meio de formulário estruturado contendo informações sociodemográficas, características laborais e o instrumento Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). A análise estatística foi conduzida no SPSS, utilizando estatística descritiva e o teste de Kruskal-Wallis para comparação entre categorias profissionais. Resultados: Foram observados níveis elevados em todas as dimensões avaliadas: 57,1% dos participantes apresentaram altos índices de exaustão emocional, 91,4% exibiram escores elevados de despersonalização e 78,6% demonstraram redução da realização profissional. A comparação entre categorias profissionais não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), indicando que o desgaste emocional atravessa toda a equipe, independentemente da função exercida, ainda que médicos e nutricionistas tenham mostrado tendência a maior despersonalização. Conclusão: Os achados evidenciam expressiva vulnerabilidade psicossocial entre os profissionais da atenção domiciliar, resultante de fatores emocionais, organizacionais e estruturais que permeiam o trabalho. Os resultados reforçam a

necessidade de estratégias institucionais voltadas ao cuidado psicológico, à valorização profissional e ao fortalecimento das condições de trabalho, destacando a importância de políticas voltadas à prevenção do esgotamento ocupacional no âmbito das equipes EMAD/EMAP.

Descritores: Esgotamento Psicológico; Saúde Mental; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT**FACTORIAL ANALYSIS OF THE HEALTH STATUS OF EMAD/EMAP
MULTIPROFESSIONAL TEAMS: BURNOUT SYNDROME****Bruna Lamy de Freitas – Dissertation – 2025**

Burnout Syndrome has become a growing concern in public health, particularly among professionals exposed to intense emotional demands, such as those working in home care services. This study aimed to analyze the dimensions of burnout among workers of the Home Care Multidisciplinary Teams (EMAD) and the Support Multidisciplinary Teams (EMAP) linked to the Southeast Regional Health Coordination of São Paulo. **Methods:** This descriptive, quantitative, and exploratory study was conducted with 70 professionals from different health categories. Data were collected through a structured questionnaire including sociodemographic information, work characteristics, and the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). Statistical analyses were performed using SPSS, applying descriptive statistics and the Kruskal–Wallis test to compare professional categories. **Results:** High prevalence rates were observed in all burnout dimensions: 57.1% of participants presented high emotional exhaustion, 91.4% showed elevated depersonalization, and 78.6% demonstrated reduced professional accomplishment. No statistically significant differences were found between professional categories ($p > 0.05$), indicating that emotional strain affects the entire team regardless of professional role, although physicians and nutritionists showed a tendency toward higher depersonalization. **Conclusion:** The findings reveal substantial psychosocial vulnerability among home care professionals, shaped by emotional, organizational, and structural aspects of their work context. The results highlight the need for institutional strategies aimed at psychological support, professional recognition, and improved working conditions,

reinforcing the importance of policies focused on preventing occupational exhaustion within EMAD/EMAP teams.

Keywords: Burnout, Psychological; Mental Health; Patient Care Team.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



ISANTACASA
INSTITUTO SANTA CASA
DE EDUCAÇÃO, PESQUISA
E INOVAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de te convidar para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Gestão e Monitoramento do estado de saúde da equipe multiprofissional: Síndrome de Burnout” que se refere a um projeto de Trabalho de Mestrado do(s) participante(s) Bruna Lamy de Freitas, sob a orientação de Lívia Keismanas de Ávila, o qual pertence a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo analisar o estado de saúde da equipe multiprofissional com ênfase para ações de prevenção da Síndrome de *BURNOUT*.

A sua forma de participação consistirá em preencher um questionário online via *redcap*, onde lhe será entregue o iPad/tablet terá acesso ao questionário online através do iPad/tablet do pesquisador que será totalmente autoaplicável, para que o mesmo possa assinalar vinte e duas alternativas que melhor corresponde ao estado de saúde mental atual do trabalhador. O tempo médio estimado para a resposta por questão é de dez segundos, totalizando, três minutos e quarenta segundos para o preenchimento completo do questionário.

O participante será conduzido a uma sala privativa, garantindo um ambiente calmo e confortável, evitando sua exposição no ambiente de pesquisa.

Os riscos decorrentes da pesquisa são mínimos e podem incluir: desconforto, irritação, lembranças e vivências indesejadas no decorrer da carreira. No entanto, caso você se sinta

cansado (a), desconfortável ou não apresente condições físicas ou mentais para prosseguir, poderá suspender momentaneamente, pelo tempo que achar necessário podendo retomar em outro horário a ser definido. Caso você sinta que não está em condições de continuar inserido na pesquisa, será retirado e/ou excluído do estudo sem qualquer dano e/ou prejuízo.

Este estudo contribuirá para análise dos entraves que aflige a equipe multidisciplinar na assistência direta ao paciente, desenvolvimento de metodologias; conhecimento da realidade local para desenvolvimento de ações; compreensão da doença e sua forma de propagação; evidências para apoiar a incorporação de ações; desenvolvimento de estratégias; desenvolvimento de material para conscientização do profissional da saúde.

De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, ao participar de uma pesquisa científica indireta pode trazer diversos benefícios, para os voluntários envolvidos um dos principais é a contribuição para o avanço do conhecimento científico, que pode resultar em melhorias futuras na saúde pública e na qualidade de vida da sociedade como um todo. Embora os participantes possam não se beneficiar imediatamente, suas contribuições podem levar ao desenvolvimento de novos tratamentos, políticas de saúde mais eficazes e maior compreensão sobre diversas condições e doenças.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

A condução de pesquisas que envolvem o uso de ferramentas eletrônicas exige uma consideração cuidadosa de diversos aspectos éticos para garantir a proteção e o respeito aos participantes. Privacidade e Proteção de Dados: É confidencial quaisquer informações coletadas, garantindo que dados pessoais não sejam compartilhados indevidamente com terceiros. Além disso, após a coleta, os dados serão transferidos para dispositivos locais seguros

e removidos de plataformas virtuais ou serviços em nuvem, minimizando riscos de acesso não autorizado, garantindo a Segurança na Transferência e Armazenamento de Dados.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, pois o estudo envolve somente um questionário e nenhum procedimento ou intervenção será realizado no senhor(a) ou outra razão.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Caso aceite participar voluntariamente do estudo o senhor(a) ficará com uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em qualquer etapa do estudo, o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. Que pode ser encontrado(a) na Rua Dr. Cesário Mota Júnior 112, Telefone (11) 2176-7000 - na Diretoria de Enfermagem da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Vila Buarque - Cep: 01221-010 – E-mail bruhh.lamy@hotmail.com, Cel. (11) 93003-4621.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP SMSSP), Rua Dr. Siqueira Campos, 176 - Liberdade - São Paulo / SP - CEP: 01509-020 e-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br / telefone: (11) 5461-5693.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo GESTÃO E MONITORAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: SÍNDROME DE BURNOUT. Eu discuti com Bruna Lamy de Freitas, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os

procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do participante. Data _____ / _____ / _____

Assinatura da testemunha. Data _____ / _____ / _____

ANEXO 2 – MASLACH BURNOUT INVENTORY

QUESTIONÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI - ED)						
IDENTIFICAÇÃO						
FAIXA ETÁRIA	De 18 a 29 ()	GÊNERO	()	()	FEMINI NO	MASCULINO
	De 30 a 49 ()					
	De 50 a 59 ()					
	Acima de 60 anos ()					
RELAÇÕES PESSOAIS						
() SOLTEIRO	() CASADO	() UNIÃO O ESTÁVEL	() VIÚVO	() DIVORCIADO	OUTROS () DESCREVA:	
FILHOS	() NÃO	() SIM	Quantos?			
GRAU DE FORMAÇÃO						
FUNÇÃO	() ENFERMEIRO	() MÉDICO	() FISIOTERAPEUTA	() NUTRICIONISTA	() ASSISTENTE SOCIAL	() FONOAUDIOLÓGO

				() OUTROS - DESCREVA: _____				
CARGA HORÁRIA SEMANAL	12X36 ()	() 6X1	() 5X2	() OUTROS _____				
TEMPO DE FUNÇÃO	1 ANO ()	2 ANOS ()	3 ANOS ()	DESCREVA _____				
TROCA DE CHEFIA	1X ()	2X ()	3 ()	() NÃO HOUVE				
POSSUI MAIS DE UM VÍNCULO EMPREGATÍCIO	SIM ()	NÃO ()	SE SIM, QUAL CARGO?	DESCREVA _____				
Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda 0 (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição:								
0 = nunca	1 = Uma vez por semana	2 = Uma vez ao mês ou menos	3 = Algumas vezes ao mês					
4 = Uma vez por semana	5 = Algumas vezes por semana	6 = Todos os dias						
1	Sinto-me esgotado emocionalmente no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6

3	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado	0	1	2	3	4	5	6
4	Posso entender com facilidade o que sentem meus colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
5	Creio que trato alguns colegas como se fossem objetos impessoais	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabalhar com pessoas o dia todo exige me exige um grande esforço	0	1	2	3	4	5	6
7	Lido de forma eficaz com os problemas do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
8	Meu trabalho deixa-me exausto	0	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que influencio positivamente a vida de outros através de meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho	0	1	2	3	4	5	6
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me com muita vitalidade	0	1	2	3	4	5	6
13	Sinto-me frustrado com meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
14	Sinto que estou trabalhando demais	0	1	2	3	4	5	6
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre com meu ambiente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse	0	1	2	3	4	5	6
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para meus colegas de trabalho	0	1	2	3	4	5	6

18	Sinto-me estimulado depois de trabalhar em contato com pessoas	0	1	2	3	4	5	6
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto que atingi o limite das minhas possibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que os superiores me culpam por alguns de seus problemas	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3 – MASLACH BURNOUT INVENTORY – SUBESCALA

MBI - SUBESCALA	VALORES DE REFERÊNCIAS		
DESCRIÇÃO	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Exaustão Emocional (EE)	< 16	17 - 27	> 28
Despersonalização (DP)	< 5	6 - 10	> 11
Realização Profissional (RP)	> 40	39 -40	< 33

ANEXO 4 - APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO - SCMSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO E MONITORAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: SÍNDROME DE BURNOUT

Pesquisador: BRUNA LAMY DE FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81268923.0.0000.5479

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.187.800

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A Síndrome de Burnout (SB) ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico, decorrente de situações de trabalho desgastante, que exigem muita competitividade ou responsabilidade. Está relacionada a profissionais que atuam diariamente sob pressão, como: médicos, enfermeiros, professores, policiais, jornalistas, dentre outros (Brasil, s/d). E é composta por 3 (três) pilares: exaustão emocional, despersonalização ou cinismo e baixa realização pessoal. No Brasil, os estudos sobre a prevalência de transtornos mentais na população apontam taxas que variam entre 20% a 56%. Os transtornos ansiosos e a depressão são as principais causas de adoecimento mental no país, afetando entre 5,8 a 9,3% da população (Ribeiro, 2021). A SB desencadeia várias consequências indesejáveis para o profissional, cliente e instituição. (Bischof et al., 2018) Em estudos recentes sobre a prevalência SB, destaca-se que 54,7% dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam nível moderado a alto para desenvolvimento da SB. Entre os fatores envolvidos, destacam-se: sobrecarga no trabalho, organização do trabalho, motivações, baixa realização pessoal no trabalho, indiferença com as atividades realizadas, características únicas e pessoais, além das demandas emocionais que decorrem do convívio com o sofrimento. (Grasel et al., 2023). Dessa forma torna-se imprescindível que sejam desenvolvidas maneiras eficazes com o

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SCMSP



Continuação do Parecer: 7.187.800

intuito de minimizar os problemas existentes no ambiente de trabalho, oferecer apoio e proporcionar melhores condições de promoção e qualidade de vida aos colaboradores. (Bischof et al., 2018). Desta maneira, este estudo foi realizado a partir de vários questionamentos importantes: Os profissionais da equipe EMAD/EMAP conseguem realizar algum diagnóstico inicial em saúde mental? Quais características os profissionais que apresentam a Síndrome de Burnout? Os profissionais de saúde ao identificar os primeiros sinais da Síndrome de Burnout, procuram atendimento? Como é a prática de trabalho da equipe EMAD? A tabela de identificação de Síndrome de Burnout pode ser uma ferramenta eficaz para monitorar o atendimento de saúde mental?

Objetivo: Analisar o estado de saúde da equipe multiprofissional com ênfase para ações de prevenção da Síndrome de Burnout. **Métodos:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, desenvolvido a partir dos atendimentos realizados na atenção primária à saúde através da Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD/EMAP). Os dados serão coletados, na região Sudeste do município de São Paulo Capital.

Metodologia Proposta:

Os dados serão coletados, na região Sudeste do município de São Paulo, Capital. A escolha deste local se deu pelo fato de ser uma região de classe média/baixa e em territórios com esse perfil, a atenção primária à saúde necessita atuar de modo a dar suporte para parte importante da demanda de saúde a população adscrita. O que se configurou também em uma oportunidade para a reflexão sobre o contexto laboral do trabalhador de saúde. A Coordenadoria Regional em Saúde (CRS) Sudeste dispõe das seguintes unidades: AA-USB e EMAD - CRS Sudeste: UBS VL MATILDE - DR. RUBENS DO VAL, UBS VL ARICANDUVA, UBS VL ESPERANAA - DR. CASSIO BITENCOURT FILHO, UBS VL ESPERANAA - DR. EMILIO SANTIAGO DE OLIVEIRA, UBS ENGENHEIRO GOULART - DR. JOSÉ PIRES, UBS JD SÃO FRANCISCO, UBS ENGENHEIRO TRINDADE, UBS JD SÃO NICOLAU, UBS PQ ARTHUR ALVIM, UBS CIDADE PATRIARCA, UBS VL GRANADA - DR. ALFREDO FERREIRA PAULINO FILHO, UBS VL GUILHERMINA - DR. AMERICO RASPA NETO, UBS ANTONIO PIRES F VILLA LOBO, UBS PADRE JOSE DE ANCHIETA, AMA/UBS PADRE MANOEL DA NÓBREGA, UBS ANTONIO ESTEVÃO DE CARVALHO, AMA/UBS VL SILVIA, AMA/UBS CANGAÍBA - DR. CARLOS GENTILE DE MELLO e AMA/UBS CHACARA CRUZEIRO DO SUL, para a pesquisa. Para a coleta de dados, ofereceu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) para obtenção da assinatura dos integrantes da equipe

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SCMSP



Continuação do Parecer: 7.187.800

multiprofissional e se dará através de um questionário desenhado para analisar o estado de saúde da equipe multiprofissional

EMAD/EMAP com ênfase para ações de prevenção da Síndrome de Burnout (ANEXO 2) acrescidos de 22 questões do instrumento Maslach Burnout Inventory - Modificada, que identifica as dimensões sintomatológicas do Burnout. As questões foram de 1 a 9 (exaustão emocional), de 10 a 17 (realização profissional) e de 18 a 22 (despersonalização). O diagnóstico para a Síndrome de Burnout é dado pela obtenção de nível alto para exaustão emocional e despersonalização e, nível baixo para realização profissional. A coleta de dados será realizada, de março a maio de 2024, por meio de contato direto no local de trabalho dos pesquisados.

Critério de Inclusão:

- Atuação como profissional do EMAD/EMAP (enfermeiros, auxiliar/técnico em enfermagem, médicos, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo*, odontólogo*), na assistência direta ao paciente.

Critério de Exclusão:

- Atuação no serviço administrativo EMAD/EMAP.
- Profissionais que estejam de licença médica

Metodologia de Análise de Dados:

A análise de dados ocorrerá nos meses subsequentes ao encerramento da coleta de dados. Os dados serão organizados e alimentados no programa Microsoft Office Excel, e posteriormente encaminhados para o programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS) Statistics 25 para análise estatística.

Desfecho Primário:

o estudo pretende contribuir para a implementação de ações na prevenção a síndrome de burnout.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa permanecem sem alterações.

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SCMSP



Continuação do Parecer: 7.187.800

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios permanecem sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não será considerado uma pendência, mas a numeração de páginas na formatação do documento TCLE é obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2252813.pdf	10/10/2024 13:01:24		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	10/10/2024 13:01:07	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_BRUNA_LAMY.pdf	10/10/2024 12:54:46	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Cronograma	projetoorcamentoalterado.pdf	12/08/2024 17:24:55	Livia Keismanas de Ávila	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/06/2024 09:09:32	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	21/06/2024 16:30:19	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	21/06/2024 16:29:34	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_20231220_025025.pdf	20/12/2023 14:08:41	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2023 13:03:26	Livia Keismanas de Ávila	Aceito

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO - SCMSP



Continuação do Parecer: 7.187.800

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

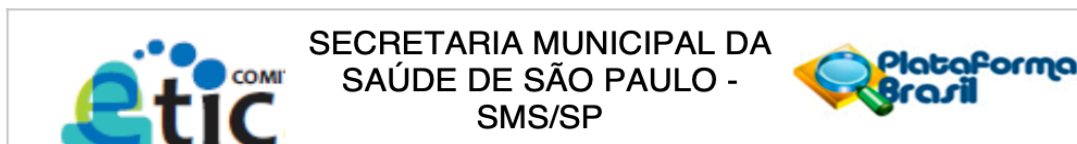
Não

SAO PAULO, 27 de Outubro de 2024

Assinado por:
Guilherme do Val Sella
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO
COPARTICIPANTE – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO –
SMS/SP**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO E MONITORAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: SÍNDROME DE BURNOUT

Pesquisador: BRUNA LAMY DE FREITAS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 81268923.0.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.526.871

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para obtenção do título de mestre.

Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória.

Tem como público alvo os profissionais de Saúde da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar na região Sudeste de São Paulo.

Serão selecionados profissionais que atuam no EMAD/EMAP (enfermeiros, auxiliar/técnico em enfermagem, médicos, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, odontólogo) e na assistência direta ao paciente. Os profissionais que atuam na área administrativa não serão participantes, bem como aqueles que estejam em licença médica.

Os profissionais serão convidados por meio de convite a ser distribuído no local de trabalho. Estima-se a participação de 110 profissionais.

A coleta de dados será realizada por meio de um questionário elaborado para analisar o estado de saúde da equipe multiprofissional do EMAD/EMAP, com ênfase nas ações de prevenção da Síndrome de Burnout. O questionário inclui questões de identificação e caracterização do participante, além de 22 questões do instrumento Maslach Burnout Inventory - Modificado, que avalia as dimensões sintomatológicas do Burnout. Para a participação, será oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção da assinatura dos integrantes da equipe

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5461-5693

CEP: 01.509-020

E-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 7.526.871

multiprofissional.

As variáveis contidas no questionário estão relacionadas a idade, gênero, estado civil, ter ou não filhos, profissão, carga horaria semanal de trabalho e sensações já vivenciadas em relação ao trabalho.

A condução de pesquisas que envolvem o uso de ferramentas eletrônicas exige uma consideração cuidadosa de diversos aspectos éticos para garantir a proteção e o respeito aos participantes. Privacidade e Proteção de Dados sendo confidencial quaisquer informações coletadas, garantindo que dados pessoais não sejam compartilhados indevidamente com terceiros. Além disso, após a coleta, os dados serão transferidos para dispositivos locais seguros e removidos de plataformas virtuais ou serviços em nuvem, minimizando riscos de acesso não autorizado, garantindo a Segurança na transferência e armazenamento de dados.

A coleta de dados ocorrerá somente após a aprovação do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRINCIPAL

Analisar o estado de saúde da equipe multiprofissional EMAD e EMAD/EMAP com ênfase para ações de prevenção da Síndrome de Burnout.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de risco para o desencadeamento da Síndrome de Burnout e as medidas de prevenção da doença.
- Identificar ações de melhorias das condições de trabalho e saúde da equipe multiprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Psicológico, intelectual e emocional, devido a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder as perguntas e quebra do anonimato.

Benefícios:

Ao participar de uma pesquisa científica indireta pode trazer diversos benefícios, para os voluntários envolvidos um dos principais é a contribuição para o avanço do conhecimento científico, que pode resultar em melhorias futuras na saúde pública e na qualidade de vida da sociedade como um todo. Embora os participantes possam não se beneficiar imediatamente, suas contribuições podem levar ao desenvolvimento de novos tratamentos, políticas de saúde

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

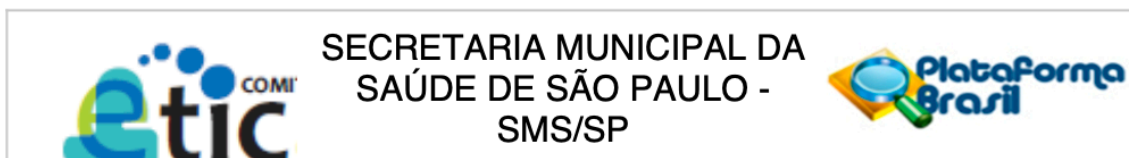
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5461-5693

CEP: 01.509-020

E-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.526.871

mais eficazes e maior compreensão sobre diversas condições e doenças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme "conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este parecer foi elaborado a partir dos documentos PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO, Pendencias_02_2025 e TCLE_Atualizado_02_2025 todos submetidos na plataforma Brasil em 07/04/2025.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos. Foram identificadas na carta de resposta às pendencias (arquivo pendencias_02_2025.pdf) e na atualização do TCLE atualizado (arquivo TCLE_Atualizado_02_2025.pdf) a contemplação das inadequações apontadas no parecer consubstanciado de 26/03/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, etc). Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas adicionais ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP da instituição proponente, que a posteriori será encaminhado ao CEP coparticipante, se houver, pela PB, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento. Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos, após o envio do relatório final via PB; justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, logo que esse estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto.

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5461-5693

CEP: 01.509-020

E-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br



**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP**



Continuação do Parecer: 7.526.871

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2446894.pdf	07/04/2025 11:27:32		Aceito
Outros	PENDENCIAS_02_2025.pdf	07/04/2025 11:27:16	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADO_02_2025.pdf	07/04/2025 11:24:23	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	PARECER_SMS.pdf	25/02/2025 19:29:14	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA_BRUNA_LAMY_SMS.pdf	29/01/2025 07:56:37	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	10/10/2024 13:01:07	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_BRUNA_LAMY.pdf	10/10/2024 12:54:46	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	21/06/2024 16:30:19	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	21/06/2024 16:29:34	BRUNA LAMY DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2023 13:03:26	Lívia Keismanas de Ávila	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Abril de 2025

**Assinado por:
BRENO SOUZA DE AGUIAR
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.509-020

Telefone: (11)5461-5693

E-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br