



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Tatiane Souza de Oliveira

**Produção do conhecimento sobre *burnout* em trabalhadores de saúde
mental: revisão integrativa**

Rio de Janeiro

2020

Tatiane Souza de Oliveira

**Produção do conhecimento sobre *burnout* em trabalhadores de saúde mental:
revisão integrativa**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

O48 Oliveira, Tatiane Souza de.
Produção do conhecimento sobre *burnout* em trabalhadores de saúde mental: revisão integrativa / Tatiane Souza de Oliveira. - 2020.
110 f.

Orientador: Elias Barbosa de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Esgotamento psicológico. 2. Pessoal de saúde. 3. Saúde mental. 4. Saúde do trabalhador. I. Oliveira, Elias Barbosa de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Tatiane Souza de Oliveira

Produção do conhecimento sobre *burnout* em trabalhadores de saúde mental: revisão integrativa

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Mercedes de Oliveira Neto

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

A todos os trabalhadores que sustentam um cuidado justo, equânime e sem discriminação na Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, pela possibilidade de acesso à Educação e por me incentivarem sempre a investir na minha formação.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo eterno.

Ao meu orientador, Professor Dr. Elias Barbosa de Oliveira, pela escolha, orientações, disponibilidade, autonomia e confiança, mesmo diante de tantas adversidades ao longo desses dois anos.

À banca examinadora, Professora Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias, Professora Dra. Célia Caldeira Fonseca Kestenberg, Professora Dra. Joanir Pereira Passos, e Professora Dra. Mercedes de Oliveira Neto, pelas valiosas contribuições, concessões, rearranjos, amorosidade e empatia.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela compreensão das minhas especificidades e organização do curso.

A Alexandre Felipe Facuri Carneiro Dias, por todas as contribuições no projeto e pelo amor incondicional.

Às minhas coordenadoras da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Duque de Caxias, Flávia Alves da Costa e Gilvânia Corrêa, por me apoiarem durante a execução do mestrado. Agradeço pela flexibilidade, confiança e torcida. Vocês são especiais.

Aos colegas de trabalho Marcos Aurélio Cardoso Moraes, Fabiana Regina Rosas de Carvalho, Yraguacy Peixoto, Leonardo Passarelli, Ivone, Eduardo, Maria da Graça, Alexsandro Antunes e Juliane Loureiro, que sustentaram as demandas do trabalho quando estive ausente.

Aos queridos amigos da minha turma de mestrado, Patrícia Feitosa, Rosemary Ribeiro, Fernanda Chagas, Natália Victor e Davi Depret, pelos momentos compartilhados e suporte.

Às “veteranas” Laila Harbache e Bruna Martins pelos direcionamentos.

Aos professores, em especial Prof. Dra. Patrícia Lima, e funcionários da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial a Bibliotecária Adriana Caamaño, pelos ensinamentos e auxílio, e Diana Amado pela compreensão e conforto oportuno.

A Eduardo Peixoto, Edson Abas, Eliana Rosa, Aline Moreira e Celeste por compartilharem suas habilidades.

A todos os amigos que sempre torceram e me impulsionaram.

Obrigada.

E nesse silêncio profundo, se esconde a minha vontade de gritar.

Clarice Lispector

RESUMO

OLIVEIRA, Tatiane Souza de. **Produção do conhecimento sobre *burnout* em trabalhadores de saúde mental**: revisão integrativa. 2020. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A presente dissertação de mestrado tem como objeto “A síndrome de *burnout* em trabalhadores da saúde mental e os fatores de risco e preventivos envolvidos”. Os objetivos do estudo são: analisar a produção do conhecimento sobre a ocorrência da síndrome de *burnout* em trabalhadores da saúde mental e os fatores de risco e preventivos envolvidos. Optou-se pela revisão Integrativa tendo como fonte a Biblioteca Virtual em Saúde e os respectivos bancos de dados (LILACS; BDENF e IBECs); *Scientific Electronic Library Online*, Periódicos da Capes/MEC e Base de dados *MEDLINE* no período de 2 a 15 de dezembro de 2019. Definiu-se como limites de busca: artigos publicados de 2009 a 2019, em espanhol, inglês e português. Critérios de inclusão: abordar sobre a prevalência, fatores risco e preventivos correlacionados à Síndrome de *Burnout*. Foram excluídos teses, dissertações, monografias e estudos de casos. Os descritores utilizados foram: Esgotamento Psicológico; Pessoal de Saúde; Serviços de Saúde Mental. Os resultados apontaram que todos os estudos são quantitativos e o *Maslach Burnout Inventory* foi o questionário mais utilizado. Quanto à produção, inicialmente identificou-se 997 estudos, porém ao se aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foi obtido um total de 14 estudos, que após analisados evidenciaram que a prevalência da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores da saúde mental é baixa. Dentre os fatores de risco para a ocorrência da síndrome deve-se considerar os individuais, sociais e organizacionais. Entretanto os constructos organizacionais apresentaram uma associação mais direta com a síndrome, devido a fatores como suporte organizacional, controle, participação nas decisões, apoio social e falta de *feedback* e de recompensas. Quanto aos aspectos preventivos identificou-se intervenções que ao serem aplicados podem funcionar como protetores a saúde dos trabalhadores e dentre eles: intervenções na organização e no processo de trabalho; atividades educativas sobre a temática, estratégias de *Coping*, apoio social (gestão e pares) e recompensas/reconhecimento. Tais estratégias ao serem aplicadas trazem benefícios significativos para a qualidade do atendimento e a saúde do trabalhador em função da satisfação e motivação no trabalho. Conclui-se que a revisão integrativa contribuiu para a identificação e síntese de estudos contemporâneos sobre a síndrome de *burnout*. Tais estudos fundamentarão a análise e discussão de outras pesquisas, vislumbrando a ampliação do conhecimento acerca da temática. Novas pesquisas são necessárias, na medida em que se evidenciou a incipiência de estudos na saúde mental. Sugere-se que estes estudos utilizem outros campos da saúde mental e aprofundem a discussão sobre aspectos psicossociais e organizacionais. Há necessidade de ampliar a discussão sobre as intervenções no ambiente psicossocial do trabalho como estratégia de minimização da exaustão emocional e a síndrome de *burnout*.

Palavras-chave: Esgotamento psicológico. Pessoal de saúde. Saúde mental. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Tatiane Souza de. **Knowledge production on burnout in mental health workers: an integrative review.** 2020. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This master's dissertation has as its object "The burnout syndrome in mental health workers and the risk and preventive factors involved". The objectives of the study are: to analyze the production of knowledge about burnout syndrome's occurrence in mental health workers and the risk and preventive factors involved. The Integrative review method was chosen, based on the Virtual Health Library and the respective databases (LILACS; BDNF and IBECs); Scientific Electronic Library Online, Capes/MEC Journals; and MEDLINE database, from December 2nd to 15th, 2019. The search limits were: papers published between 2009 and 2019, in Spanish, English and Portuguese. Inclusion criteria: addressing the prevalence, risk and preventive factors related to burnout syndrome. Theses, dissertations, monographs and case studies were excluded. The descriptors used were: Psychological Exhaustion; Health Personnel; Mental Health Services, their synonyms and their corresponding English counterparts. The results showed that all studies are quantitative, and the Maslach Burnout Inventory was the most used questionnaire. Regarding production, initially 997 studies were identified, however, when applying the inclusion and exclusion criteria, a total of 14 studies were obtained, which, after analyzed, showed that the prevalence of burnout syndrome in mental health workers is low. Among the risk factors for the occurrence of the syndrome, individual, social and organizational factors must be considered. Nevertheless, organizational constructs showed a more direct association with the syndrome, due to factors such as organizational support, control, participation in decisions, social support and lack of feedback and rewards. As for preventive aspects, the results showed that, when applied, interventions can work as protective measures to workers' health, among them: interventions in the organization and in the work process; educational activities on the theme; Coping strategies; social support (management and peers); and rewards/recognition. Such strategies, when applied, bring significant benefits to the quality of care and the health of the worker due to job satisfaction and motivation. It is concluded that the integrative review contributed to the identification and synthesis of contemporary studies on the burnout syndrome. Such studies will support analysis and discussion of other studies, envisioning the expansion of knowledge about the theme. Further research is needed because the incipience of studies in mental health has become evident. It is suggested that these studies use other mental health fields and deepen the discussion on psychosocial and organizational aspects. It is necessary to expand the discussion on interventions in the psychosocial work environment as a strategy to minimize emotional exhaustion and burnout syndrome.

Keywords: Psychological exhaustion. Health personnel. Mental health. Occupational health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Termos definidos para a busca DeCs e MeSH – Rio de Janeiro – 2020	50
Figura -	Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos investigados – Rio de Janeiro – 2020	54
Quadro 2 -	Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020	55
Quadro 3 -	Campos de desenvolvimento das pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro – 2020	67
Quadro 4 -	Medidas individuais de cunho preventivo abordadas nas pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro – 2020	78
Quadro 5 -	Medidas organizacionais de cunho preventivo abordadas nas pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro – 2020	79
Quadro 6 -	Estratégia de busca por portal e base de dados	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	– Número e proporção de pesquisas oriundas da busca sistematizada, de acordo com as bases de dados/portais – Rio de Janeiro – 2020 (n =13)	62
Tabela 2 -	Número e proporção das pesquisas, conforme o ano de publicação - Rio de Janeiro - 2020 (n =14)	63
Tabela 3 -	Número de artigos publicados por periódico - Rio de Janeiro - 2020 (n =14)	63
Tabela 4 -	Número e proporção de pesquisas selecionadas, segundo a localidade de desenvolvimento – Rio de Janeiro - 2020 (n =14)	64
Tabela 5 -	Número e proporção das pesquisas, de acordo com o idioma – Rio de Janeiro - 2019 (n =14)	65
Tabela 6 -	Número e proporção de pesquisas, conforme instrumentos utilizados para rastreamento da SB – Rio de Janeiro - 2020 (n =14)	66
Tabela 7 -	Participantes das pesquisas selecionadas – Rio de Janeiro – 2020 (n =14) – 2020	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
Cinahl	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatur</i>
Coren-BA	Conselho Regional de Enfermagem da Bahia
CT	Comunidades Terapêuticas
DE	Despersonalização
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
eAB	Equipes de Atenção Básica
EE	Exaustão emocional
EMTREE	<i>Embase Subject Headings</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fenf	Faculdade de Enfermagem
GESMT	Grupo de Estudos em Enfermagem, Saúde Mental e Trabalho
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde

NASF-AB	Núcleos de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RP	Realização profissional
rRP	Reduzida realização profissional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	SUPORTE TEÓRICO	21
1.1	A vertente Saúde do Trabalhador	21
1.2	Estresse ocupacional e <i>burnout</i>	26
1.3	Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial	33
2	METODOLOGIA	47
2.1	Definição da questão de pesquisa	48
2.2	Seleção dos termos para a busca	48
2.3	Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos	51
2.4	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos	53
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
3.1	Caracterização das pesquisas	62
3.2	Categoria 1: A ocorrência da Síndrome de <i>Burnout</i> e de suas dimensões em trabalhadores da área de Saúde Mental	68
3.3	Categoria 2: Fatores de risco, constructos e preditores associados à Síndrome de <i>Burnout</i>	70
3.4	Categoria 3: Medidas de cunho preventivo individuais e organizacionais ...	77
	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE – Estratégia de busca por portal e base de dados	104

INTRODUÇÃO

Por muitos anos, o modelo de atenção à saúde de pessoas em sofrimento mental no Brasil caracterizou-se por seu caráter asilar, centrado nos hospitais psiquiátricos e no modelo biomédico. Os indivíduos, em função da sua condição social ou devido à própria doença, eram segregados da sociedade e enclausurados nos manicômios, de modo que perdiam a autonomia e cidadania, afastavam-se da família e demais vínculos sociais, sendo-lhes negado o acesso a bens e serviços como saúde, educação, trabalho, moradia e lazer.

Como nos mostra Amarante (2007), até pouco tempo, “trabalhar na saúde mental” significava apenas atuar em hospícios, manicômios, ambulatórios especializados e emergências de crise psiquiátrica, cujos ambientes eram carcerários, desumanos, coercitivos, disciplinares, de isolamento e habitados por “loucos agressivos” (Grifos do autor).

Entretanto, com os movimentos da Reforma Psiquiátrica no país, posteriormente, implementada através da Lei nº 10.216/2001, ocorreram profundas transformações nesse cenário com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, sendo criados serviços substitutivos de base territorial e/ou comunitária com ênfase na autonomia e protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001a).

Assim, para ampliar o acesso das pessoas à atenção psicossocial em diferentes pontos de atenção e garantir uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva, foi organizada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída pelos seguintes serviços: atenção básica em saúde; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – em suas diferentes modalidades; unidades de acolhimento (adulto e infanto-juvenil); enfermarias especializadas em hospitais gerais; hospital psiquiátrico; hospital-dia; urgência e emergência; comunidades terapêuticas e ambulatórios multiprofissionais de saúde mental (BRASIL, 2019).

Esta reestruturação requer novas demandas, relacionadas com o modo de se pensar e lidar com a doença mental e, conseqüentemente, com a assistência aos usuários. Dessa forma, é exigido dos profissionais de saúde mental um cuidado diferenciado e o desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências compatíveis com o modelo psicossocial de atenção (SANTOS; CARDOSO, 2010).

A atuação na saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde em geral. Mas é preconizado que esses trabalhadores incorporem ou aprimorem competências de cuidado, de modo que as intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo

do usuário no processo de cuidado integral à saúde, na habilitação social e na (re)apropriação das relações com a cidade e a cidadania. Dessa forma, o princípio norteador é zelar para que as ações de delineamento de linhas de cuidado estejam fundamentadas na defesa dos direitos dos usuários, a partir do estímulo ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da responsabilização (AMARANTE, 2007).

Para garantir esse tipo de assistência é necessária a atuação de uma equipe interdisciplinar com diversas categorias profissionais: assistentes sociais, auxiliares/técnicos de enfermagem, cuidadores, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Além de outras profissões consideradas “externas” à área da saúde, dentre elas: artesãos, artistas plásticos, educadores físicos, músicos, musicoterapeutas e pedagogos. Há também a equipe de apoio que não pode ser desconsiderada, já que muitas vezes está implicada no cuidado realizado pelos profissionais de saúde, tais como auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, copeiros e vigilantes (BRASIL, 2015a).

É relevante destacar que o cuidado de saúde mental é desenvolvido em equipe, em uma dinâmica interdisciplinar e mais horizontal, na qual se prima pela construção coletiva dos processos de trabalho, onde o profissional não atua apenas na sua área de formação, mas para além das “caixinhas” e dos modos de produção fabril/taylorista e especializado. Assim, deve-se romper com a fragmentação dos saberes e a hierarquização das relações – para alguns isso mobiliza e torna-se um desconforto (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Diante do exposto, o presente estudo possui como objeto “*burnout* e suas manifestações em trabalhadores de saúde mental”, tendo contribuído para o interesse o fato de em minha vivência como enfermeira de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) do município do Rio de Janeiro e na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Duque de Caxias. Entendo que atuar na Saúde Mental, consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes das legislações vigentes, é um desafio, independentemente do ponto de atenção. Além disso, a aproximação com o Grupo de Estudos em Enfermagem, Saúde Mental e Trabalho (GESMT), sediado Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) motivou-me a aprofundar meu conhecimento sobre o sofrimento psíquico em trabalhadores da psiquiátrica, tendo em vista as inúmeras exigências de cunho técnico e relacional com usuários e equipe, que podem provocar o desgaste e/ou sofrimento desta parcela de trabalhadores.

Outro aspecto a ser considerado em relação ao sofrimento dos trabalhadores é a instabilidade empregatícia, pois desde a década de 1990 tem ocorrido a terceirização dos serviços de saúde, incluídos os de Saúde Mental, nos diferentes pontos da RAPS. Esse

processo tem sido acompanhado de práticas de intensificação do trabalho, através do aumento das jornadas de trabalho, acúmulo de funções, maior exposição a fatores de risco psicossocial para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego (BRASIL, 2001b).

Por atuar nessas instituições, tenho convivido com as dificuldades enfrentadas e referidas pelos profissionais, no que diz respeito ao trabalho e ao desgaste a que ficam expostos em sua atuação cotidiana. Durante as reuniões de equipe e em conversas informais, ocasionalmente, os profissionais referem sobrecarga, angústia, temor, tristeza, cansaço, desvalorização, insatisfação, desmotivação e desejo de abandonar o trabalho.

Inúmeros problemas ou estressores têm sido mencionados pelos trabalhadores que se relacionam com os seguintes fatores: organização e relações trabalhistas; formação; ambiente de trabalho; relacionamento interpessoal e clientela.

Quanto à organização do trabalho e suas exigências, deve-se considerar a exposição a diversos estressores, dentre eles:

- a) Carga horária de trabalho extensa, devendo-se considerar que para determinadas categorias profissionais a atuação ocorre através de regime de turnos (diurno e/ou noturno);
- b) Polivalência ou acúmulo de atividades;
- c) Instabilidade e fragilidade do vínculo empregatício, no caso dos trabalhadores terceirizados;
- d) Baixa perspectiva de crescimento profissional, devido à fragilidade do vínculo;
- e) Acumulação de mais de um vínculo empregatício, culminando em dupla e/ou tripla jornadas.

Em relação à formação, deve-se considerar que:

- a) Apesar de os profissionais realizarem um trabalho que exige conhecimentos e habilidades específicas, alguns trabalhadores não possuem formação na área de Saúde Mental, uma vez que não é uma exigência para determinadas profissões, como ocorre com a equipe de enfermagem, assistentes sociais e cuidadores. Além disso, alguns trabalhadores, durante a graduação e ou curso técnico, não tiveram a oportunidade de ter uma

formação congruente com o atual modelo de saúde mental e atenção psicossocial;

- b) Escassez de atividades de educação continuada e/ou permanente durante o horário de trabalho, mais especificamente para aqueles que atuam exclusivamente no período noturno.

No que se refere ao ambiente físico e social do trabalho:

- a) Exposição a riscos ocupacionais, tais como: biológico, químico, ergonômico e, principalmente, os psicossociais;
- b) Infraestrutura, mobiliário e recursos materiais inadequados e algumas vezes insuficientes;
- c) Violência no território – situação comum a quase todos os serviços comunitários (CAPS, ESF, Consultório na Rua, etc).

No que tange às relações interpessoais com a chefia e entre pares, é preconizado que as ações ocorram de forma coletiva, transversais e horizontais, porém nem sempre tais processos são harmônicos.

Sobre o atendimento e/ou cuidado em saúde mental e mais especificamente em relação à clientela:

- a) Elevada exigência, devido às necessidades individuais e psicossociais, correlacionadas com a doença e a desproteção social;
- b) Usuários com realidades de vida muito duras e de sofrimento, devido ao preconceito, estigmatização, fragilidade e abandono;
- c) Imprevisibilidade e baixo controle por parte dos profissionais em relação ao processo de trabalho, devido à possibilidade de ocorrência de conflitos e crises psiquiátricas ou clínicas;
- d) Vinculação e longitudinalidade do cuidado.

Athayde e Hennington (2012) referem que a atuação cotidiana dos profissionais de saúde mental, por se caracterizar pelo envolvimento subjetivo, mostra-se desgastante, gerando sofrimento e o risco de adoecimento. Ademais, as condições de trabalho insatisfatórias têm repercussões no serviço prestado e na saúde dos trabalhadores.

Neste sentido, deve-se considerar o desgaste a que se encontram expostos esses trabalhadores, uma vez que pode ocasionar diversas repercussões para a saúde do trabalhador dentre elas o estresse. Lipp (2017) o define como uma reação complexa e global do organismo a um excesso de fatores estressantes, que são capazes de interferir na resistência física e emocional de qualquer indivíduo.

Quando ocorre a cronificação do estresse, o profissional fica em risco de desenvolver *burnout*. Essa síndrome trata-se de uma forma particular de estresse, desenvolvida especialmente no contexto do trabalho de profissões assistenciais expostas de forma continuada, ao impacto de uma relação interpessoal de dependência em condições frequentemente problemáticas, conflituosas, crônicas ou prolongadas (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Pode ocorrer uma discrepância entre os esforços realizados pelo indivíduo e os resultados alcançados em seu trabalho. Há três dimensões características do *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Justificativa/Relevância do Estudo

Embora o estresse e o esgotamento dos profissionais de saúde tenham sido largamente explorados na literatura mundial, no Brasil os estudos ainda são escassos. O trabalhador com *burnout* pode apresentar diversas sintomatologias, dentre elas: fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores, transtornos cardiovasculares, falta de atenção, alterações de memória, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, depressão, paranoia, negligência, irritabilidade, agressividade, dificuldade de aceitação de mudanças, aumento do consumo de substâncias psicotrópicas, tendência ao isolamento, perda do interesse pelo trabalho, absenteísmo, ironia, cinismo e risco de suicídio (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no país, o processo de desinstitucionalização e a implantação de Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088 de 12 de dezembro de 2011) constataram-se avanços, investimentos e transformações notáveis e indiscutivelmente relevantes no resgate da cidadania, da subjetividade e qualidade de vida dos sujeitos com transtornos mentais. Entretanto, é necessário que também se investigue e invista em projetos e ações que contribuam para o bem-estar e a saúde dos trabalhadores.

A Síndrome de *Burnout* (SB) é um processo que traz consequências negativas em nível individual (adoecimento físico e mental), profissional (atendimento negligente, lentidão e cinismo), organizacional (conflito com os demais membros da equipe; rotatividade; absenteísmo; diminuição na qualidade dos serviços; baixa produtividade; aumento de custos no tratamento de saúde dos trabalhadores, na contratação e treinamento de novos profissionais), familiar e social (conflito e ruptura de laços) (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Zanelli (2010) afirma que devido à exigência contínua pela resolução de problemas e obtenção de produtividade, trabalhadores de diversas áreas apresentam dificuldades para perceber, refletir e agir em benefício da própria saúde e do bem-estar coletivo.

No que tange ao debate científico, o Ministério da Saúde (MS) vem, ao longo dos anos, incentivando a realização de pesquisas na área de saúde mental e atenção psicossocial, de modo que se produzam análises sobre os novos serviços e modelos de atenção à saúde mental de base territorial. O objetivo é buscar atravessar este fosso profundo que parece afastar o debate científico da psiquiatria no país. Assim, considera-se que a temática é de grande relevância para as instituições de formação e de pesquisa. O distanciamento entre estas instituições e os serviços de saúde agrava a insuficiência de formação e qualificação de profissionais, podendo comprometer a qualidade do atendimento (BRASIL, 2005).

Acrescenta-se que no catálogo de teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da ENF/UERJ, haver apenas quatro estudos com participação de trabalhadores da área de saúde mental, sendo uma tese e três dissertações cujas temáticas versam sobre cuidado, estresse ocupacional, violência como risco psicossocial à saúde mental dos trabalhadores, cargas de trabalho e repercussões para o processo saúde doença na enfermagem e a contribuição da residência de enfermagem psiquiátrica para a formação de especialistas.

Através da revisão integrativa é possível ter acesso às publicações científicas nacionais e internacionais, que contribuem para o esclarecimento e fornecimento de subsídios para a análise e discussões acerca da ocorrência da SB em trabalhadores de saúde mental e suas manifestações, os fatores de risco envolvidos e as estratégias de enfrentamento individual, coletiva e organizacional.

Estudos apontam que a SB responde por dias de trabalho, atrasos, absenteísmo e doenças profissionais, acarretando inúmeros encargos ao indivíduo, às organizações e à qualidade dos serviços prestados à população (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Contribuições do estudo

É necessário identificar, analisar e intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, com o intuito de eliminá-los, atenuá-los ou controlá-los. E ainda, avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle ou atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar a tomada de decisões pelos órgãos competentes (BRASIL, 2014a).

O conhecimento sobre *burnout* é imprescindível e de especial relevância para trabalhadores, tanto na identificação do adoecimento, como em relação às estratégias de prevenção e intervenção, sobretudo no mundo atual onde as exigências por lucratividade, produtividade, qualidade, competitividade, associadas à recessão, vêm gerando problemas psicossociais. Sem o conhecimento sobre o estresse e seus desdobramentos, muitos trabalhadores se culpabilizam pela situação de adoecimento a qual se encontram, podendo agravá-la (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Delgado (2015) refere que há uma importante barreira da produção do conhecimento em atenção psicossocial. Dessa forma, a realização do estudo irá contribuir com a ampliação do acervo de dissertações e teses da Faculdade de Enfermagem/UERJ e nas bases de dados científicas, como também no que diz respeito a apresentação dos resultados em eventos científicos e produção de artigos. Acrescenta-se a inclusão da temática nos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem e áreas afins, considerando que o enfermeiro tem importante atuação no campo da saúde mental.

Espera-se que a realização deste estudo contribua para o conhecimento, debate e reflexão acerca da SB em trabalhadores de saúde mental, tanto para os próprios trabalhadores, como para os gestores, demais profissionais de saúde, pesquisadores, usuários e a sociedade. É necessário dar atenção e visibilidade a esta problemática diante do risco de adoecimento desses profissionais. Vislumbra-se que, dessa forma, possa ser fomentada a discussão sobre a importância do suporte aos profissionais, de modo que sejam realizados projetos institucionais voltados para o grupo no intuito de identificar e prevenir os riscos correlacionados ao processo de trabalho na área saúde mental.

Neste sentido, na medida em que se investe em projetos, programas e ações voltados para esta parcela de trabalhadores, espera-se que esse profissional esteja mais habilitado para lidar com as adversidades do ambiente social do trabalho. E dessa forma, seja proporcionado um impacto na qualidade dos serviços prestados, cuja população assistida e instituição, também se beneficiarão deste investimento.

O estudo contribuirá com as discussões nas reuniões de equipe e atividades de educação permanente no contexto do trabalho em Saúde Mental, de modo que boas práticas e projetos de intervenção relativos à promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho sejam incorporados no cotidiano das organizações e na formação desses profissionais.

A partir da reunião e síntese dos principais estudos sobre a SB em trabalhadores de saúde mental, almeja-se disponibilizar, interpretar e analisar o panorama do conhecimento atual, a fim de apresentar as produções e estratégias de enfrentamento já consolidadas. Além de evidenciar as lacunas de conhecimento existentes, sugerindo caminhos ou outras pautas para futuras pesquisas na saúde mental e atenção psicossocial.

Diante do exposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual a ocorrência da Síndrome de *Burnout* e das dimensões envolvidas em trabalhadores da área de saúde mental?
- b) Quais os fatores de risco desencadeantes da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde mental?
- c) Quais as estratégias de cunho preventivo adotadas por parte do indivíduo e da organização?

Dessa forma, foram traçados os seguintes objetivos:

- a) Objetivo Geral: analisar a produção do conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout* e suas manifestações em trabalhadores da saúde mental, os fatores de risco e preventivos envolvidos;
- b) Objetivos Específicos:
 - Analisar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores da área de saúde mental e as dimensões envolvidas,
 - Discutir os fatores de risco envolvidos na ocorrência da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde mental,
 - Descrever as medidas de cunho preventivo por parte do indivíduo e organização em decorrência da exaustão e/ou Síndrome de *Burnout* no ambiente de trabalho.

1 SUPORTE TEÓRICO

1.1 A vertente Saúde do Trabalhador

Para Carvalho (2014), o trabalho, em seu processo histórico, configura-se como uma necessidade e um direito do indivíduo, sendo regulamentado por leis e diretrizes no intuito de assegurar a saúde e a segurança no trabalho. Apesar de o trabalho ter surgido juntamente com a humanidade, daí a sua relevância na construção da identidade e inserção social do sujeito, a relação trabalho-saúde, foi pouco explorada durante séculos. Somente a partir do século XVIII, na Itália, por volta de 1700, com a publicação do livro *De Morbis Artificum Triabata*, de autoria de Bernardino Ramazzini, se iniciou uma preocupação acerca do processo saúde-doença-trabalho.

No período compreendido entre 1760 e 1840 ocorreu a Revolução Industrial que se iniciou na Inglaterra e em poucas décadas espalhou-se para a Europa Ocidental e os Estados Unidos, provocando profundas transformações no processo de trabalho e a transição de métodos de produção artesanais para a produção por máquinas através da energia a vapor. Tais fatores geraram uma mudança econômica e social consolidando o modo de produção capitalista, que dentre outros fenômenos, se caracteriza pela perda do domínio dos meios de produção pelos trabalhadores, pela mecanização e consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção (MENDES; DIAIS, 1991; TEIXEIRA, 2012).

A Revolução Industrial provocou inúmeras transformações de ordem social e econômica à época em detrimento do bem-estar coletivo e, dentre elas: aumento das jornadas de trabalho, incorporação das mulheres e crianças à força de trabalho industrial, expulsão dos trabalhadores de suas terras, imposição de condições inadequadas de trabalho, trabalho noturno e em regime de turnos de revezamento. Os trabalhadores, além de sofrerem todo tipo de exploração, trabalhavam sem nenhum tipo de proteção e/ou direito trabalhista (SILVA, 2013).

Foi neste contexto de intensa exploração da força de trabalho pelo capital que surge o primeiro serviço de Medicina do Trabalho, quando o industrial *Robert Dernham* admite o médico *Robert Baker* para trabalhar em sua fábrica, a fim de analisar o processo de trabalho e os efeitos das atividades sobre as pessoas. Visava também prevenir as causas de adoecimento

no desempenho da função. O serviço de saúde era centrado na figura do médico e voltado para atender aos interesses da empresa, cabendo à medicina prevenir danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho e se responsabilizar pela ocorrência dos problemas de saúde dos trabalhadores. Conseqüentemente, a preocupação com o processo saúde doença dos trabalhadores era restrita ao interior das fábricas e voltada para a adaptação física e mental dos trabalhadores com o intuito de manter a produtividade (MENDES; DIAS, 1991).

Com as mudanças ocorridas na primeira metade do século XX, no período de guerra e pós-guerra e ao longo dos anos que se seguiram, a Medicina do Trabalho não correspondia mais aos anseios da classe trabalhadora e nem mesmo dos empresários devido a problemas como: mão-de-obra doente em decorrência do trabalho penoso, custos elevados para indenizar esses trabalhadores; rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho; insatisfação e questionamento dos trabalhadores quanto a sua eficácia e interesses corporativos (MENDES; DIAS, 1991).

Ademais, a Medicina do Trabalho orientava-se pela teoria da unicausalidade (para cada doença, um agente etiológico) e acreditava-se que os elementos causais podiam ser controlados através de medidas coletivas simples e baratas. Suplantando esta teoria, surgem neste período teorias nas quais a multicausalidade passa a ser considerada e em que a interação do agente com o hospedeiro ocorre em um ambiente composto por elementos físicos, biológicos e sociais (PIGNATTI, 2004).

Visando responder a esses impasses e necessidades, surge a Saúde Ocupacional, sendo incorporados na nova vertente outras disciplinas e outras profissões. A Saúde Ocupacional passa a dar especial atenção ao controle dos riscos ambientais (físicos, biológicos e químicos) que poderiam interferir na saúde do trabalhador com ênfase na higiene do trabalho (conjunto de medidas aplicadas no ambiente de trabalho para prevenir doenças profissionais) e na segurança do trabalho (conjunto de verificações e medidas práticas que visam prevenir ou atenuar os acidentes do trabalho) (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde Ocupacional se propõe a correlacionar as causas e os efeitos do adoecimento de forma positivista, sem considerar a subjetividade e a complexidade da dimensão social amplamente envolvidas nas questões de saúde. Destinava-se ainda a analisar as circunstâncias e agravos referentes aos acidentes de trabalho, a investigação de agentes etiológicos de patologias laborais e a implementação de medidas de proteção aos trabalhadores (SILVA, 2011).

Contudo, a Saúde Ocupacional não concretiza o apelo à interdisciplinaridade e cuja produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo das

transformações sociais e dos processos de trabalho. O modelo, apesar de focar as ações no coletivo de trabalhadores, mantém a abordagem do trabalhador como "objeto" das ações de saúde; distanciando-se das questões macrosociais. Acrescido a todas essas fragilidades, emergem lutas trabalhistas, movimentos sociais e organizações coletivas, que dão possibilidades de mudanças na legislação trabalhista, assegurando alguns direitos aos trabalhadores. Diante de todos esses determinantes, a Saúde Ocupacional torna-se também um modelo limitado (MENDES; DIAS, 1991).

Daldon (2012) afirmam que a Saúde do Trabalhador (ST) emerge como uma nova forma de intervenção nos ambientes de trabalho e tem buscado ampliar os enfoques anteriores, que se concentravam na causa-efeito e na determinação social do processo saúde-doença. É composta por diferentes abordagens que estudam o trabalho e suas relações com os indivíduos e com sua saúde, dentre elas: epidemiologia, saúde coletiva, psicologia social, psicodinâmica do trabalho e outras concepções da ergonomia.

A ST visa compreender como e porque ocorre o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho. Propõe-se a desenvolver alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho (MENDES; WUNSCH, 2011).

Essa abordagem tem seus alicerces na saúde pública, sendo as equipes compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento. Deste modo, ampliou-se o olhar sobre as questões psicossociais que envolvem o processo saúde-trabalho-doença e favoreceu uma melhor contextualização, interpretação e compreensão, não só das diversas relações sociais, como também das técnicas que conformam a produção, assim como da complexidade e subjetividade dos diversos atores envolvidos (DALDON, 2012).

Para tornar os ambientes de trabalho mais "saudáveis", os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho. Além disso, visam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde (MENDES; WUNSCH, 2011). A ST parte do princípio de que o modo como os indivíduos são inseridos nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2002).

Deste modo, a ST é uma vertente que se apresenta de modo mais integralizado, pois engloba tanto a visão positivista correlacionada ao ambiente e às doenças, como a subjetividade e os aspectos psicossociais Quanto a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), deve-se considerar que a subjetividade do indivíduo também pode ser prejudicada

em função dos riscos de doenças profissionais, de acidentes de trabalho, sequelas e limitações decorrentes desses eventos (SILVA, 2011).

Atualmente, a gestão do trabalho adotou formas enxutas/flexíveis de gerenciamento e organização do trabalho, imputando crescimento das metas de produção; aceleração dos ritmos de trabalho; aumento de horas extras; incremento nas responsabilidades das funções e das tarefas, expresso na polivalência. O intuito deste modelo produtivo e o de diminuir os custos, o tempo e o contingente de trabalhadores, cujas demandas diminuem cada vez mais o tempo destinadas às relações sociais e familiares (COSTA *et al.*, 2013).

Além disso, a precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, que ocorre através das terceirizações e das precárias condições inadequadas de trabalho, a rotatividade da força de trabalho, o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho (COSTA *et al.*, 2013; KREIN, 2009).

Diante do neoliberalismo e da forma atual gestão do trabalho (vigente inclusive nas próprias instituições do Estado, onde houve a penetração da lógica privada no Aparelho de Estado), a prevenção de agravos ocupacionais mostra-se contraditória. Por um lado, dispõe-se de tecnologias para a prevenção, crescentemente acessível e de domínio público. Por outro, no polo social das relações humanas, da cultura e da ideologia, observa-se uma deterioração das relações de trabalho e conseqüente agravamento dos riscos de adoecer e de acidentarse. Soma-se a isso uma redução dos espaços coletivos de organização, diminuição da cobertura sindical, um declínio do poder dos trabalhadores, culminando no enfraquecimento da luta por melhores condições de trabalho (COSTA *et al.*, 2013; PAULA, 2005), na desvalorização profissional e em maiores chances de adoecimento (LACAZ, 2007).

No Brasil, para a atenção à saúde do trabalhador, há diferentes espaços institucionais, que possuem objetivos e práticas assistenciais diferenciadas, sendo elas: as empresas, através dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); as organizações de trabalhadores, sindicatos e outros; o Estado, através das políticas sociais públicas; os planos de saúde, seguros suplementares e outras formas de prestação de serviços, custeados pelos próprios trabalhadores; os serviços especializados organizados nos hospitais universitários (BRASIL, 2001b).

Acrescidas a esses espaços há outras instituições governamentais atuantes como: o Ministério do Trabalho e do Emprego, que realiza a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional; Ministério da Previdência e Assistência Social, que responde pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de

benefícios; Ministério da Saúde, que atende aos trabalhadores considerando os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença; Ministério do Meio Ambiente, que atua em situações em que os riscos ambientais originam-se dos processos de trabalho e articula e integra a prática de saúde do trabalhador à questão ambiental (BRASIL, 2001b).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada em 2002, por meio da Portaria nº 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações em Saúde do Trabalhador articuladas às demais redes do SUS. Ela dissemina informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção de doenças e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. Integra a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CEREST promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Promovem a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da ST em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade, para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2009).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. Constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e intersetorialmente. A especificidade de seu campo de ação é definida por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, realizada com a participação e o saber dos trabalhadores em todas as suas etapas. As intervenções da VISAT estão articuladas em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa. Traz como objetivos: identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde; intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los; avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para

subsidiar a tomada de decisões das instâncias do Sistema Único de Saúde e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo; utilizar os diversos sistemas de informação (BRASIL, 2009; MENDES; DIAS, 1991).

Esforços precisam ser destinados aos trabalhadores da saúde, pois esses se deparam em seu cotidiano com situações complexas envolvendo o adoecimento e a dor do outro. Lidar com a dor não é fácil e torna-se ambíguo, já que tem um caráter prazeroso, mas algo que, muitas vezes, angustia e pode sensibilizar aquele que cuida, gerando também a dor e o sofrimento. Algumas doenças podem ser influenciadas pela forma de vida das pessoas ou estar relacionadas com suas experiências, valores, estilos de vida, precariedade do trabalho e dificuldade de comunicação; o que exige que se pense nesse “ser” que sofre (BRASIL, 2010a).

1.2 Estresse ocupacional e *burnout*

Oriunda do latim, a palavra estresse é conhecida popularmente como fadiga ou cansaço (BENEVIDES-PEREIRA, 2014). Lipp (2014) define estresse como um estado de tensão que causa a ruptura na homeostase ou equilíbrio interno do organismo. É um processo gradual de resposta a experiências e acontecimentos vividos, portanto não aparece subitamente. No estresse emocional, diversos componentes estão envolvidos, quer sejam: físicos, psicológicos, mentais e hormonais.

Tudo aquilo que gera estresse, ou eventos que causam tensão emocional e ou mental, se denomina estressor ou fonte de estresse. Os estressores dividem-se em externos e internos. Os externos se constituem por tudo aquilo que ocorre na vida e que vem de fora do organismo, como a profissão, conflitos, perdas, falecimento, violência. Os internos são o modo de ser e de agir do indivíduo, suas crenças e valores. Lipp (2018) cita, como exemplos, o negativismo, perfeccionismo, pressa, conflitos e o modo de ver o mundo.

Em outra classificação proposta por Benevides-Pereira (2014), os estressores são subdivididos em físicos, cognitivos e emocionais. Os estressores físicos são oriundos do meio externo ou que interferem no corpo do indivíduo, tais como: ruídos; frio ou calor intenso e/ou persistente; acidentes; fome; dor; exercícios físicos; alimentação pesada; e uso de drogas. Os estressores cognitivos são avaliados como ameaçadores à integridade do sujeito ou a seu patrimônio, tais como: ameaça ou a ocorrência de assalto; envolvimento em discussão; processo seletivo para emprego; etc.

Os estressores emocionais manifestam-se através de sentimentos como perda, medo, ira e acontecimentos como, por exemplo, casamento, divórcio e mudanças. O componente afetivo está vinculado a esse estressor. Diante de um estressor, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio e, para isso, algumas vezes é exigido um considerável desgaste e utilização de reservas de energia física e mental (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Segundo Lipp (2014), o tempo necessário para conseguir o equilíbrio varia individualmente, dependendo da resistência natural ao estresse, resiliência e das estratégias de enfrentamento para lidar com os problemas. Benevides-Pereira (2014) acrescenta que diante do mesmo estressor, em momentos diferentes, a pessoa pode responder de forma heterogênea ao estresse em função das experiências prévias, características da personalidade, predisposições genéticas, condições atuais de vida, dentre outros.

Lipp (2014) considera que o estresse se desenvolve em quatro fases - modelo quadrifásico: alerta; resistência; quase-exaustão e exaustão.

A fase de Alerta é a etapa positiva do estresse. Em resposta aos estressores, alterações bioquímicas ocorrem no organismo, dentre elas a produção de adrenalina, a fim de gerar energia para reagir ou evitar os estressores, de modo a garantir a sobrevivência e a preservação da vida. Nessa fase, alguns sintomas podem ser evidenciados, tais como tensão muscular, taquicardia e insônia (LIPP, 2014). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) complementa com seguintes sintomas: mãos e/ou pés frios; boca seca; epigastralgia; suor; dor muscular, por exemplo, na região dos ombros; aperto na mandíbula, ranger os dentes ou roer unhas/ponta da caneta; diarreia passageira; respiração ofegante; aumento súbito e passageiro da pressão sanguínea; e agitação.

Em relação à fase de Resistência, diante a persistência dos estressores o organismo tenta suportá-los e para isso faz uso da energia adaptativa para recuperar a homeostase. Essa energia dispensada para o reequilíbrio é desviada de outras funções e alguns sintomas podem ser percebidos, tais como dificuldade de memorização, desgaste e cansaço (LIPP, 2014). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) refere ainda: mal-estar generalizado; formigamento nas extremidades (mãos e/ou pés); sensação de desgaste físico constante; mudança no apetite; aparecimento de problemas de pele; hipertensão arterial; gastrite prolongada; tontura; sensibilidade emotiva excessiva; obsessão com o agente estressor; irritabilidade excessiva; desejo sexual diminuído.

A fase de quase-exaustão se desenvolve com a continuidade dos estressores em frequência ou intensidade, ocorrendo uma ruptura da resistência do indivíduo, ou inadaptação, e o processo de adoecimento se inicia, diante de uma forte alteração emocional. Os órgãos

mais vulneráveis passam a dar sinais de degradação, seja por propensão genética ou adquirida. As doenças começam a surgir e as pré-existentes se agravam. Nessa fase, ainda que haja desgaste, o trabalhador mantém sua capacidade laborativa e social de um certo modo. Alguns sintomas podem surgir: dificuldade em tomar decisões, alteração do humor, inabilidade de lidar com a tensão emocional, ansiedade e sintomas depressivos (LIPP, 2014).

A exaustão é a fase final e mais acentuada do estresse, na qual ocorre uma exaustão física e psicológica. Dessa forma, o indivíduo fica disfuncional, não sendo capaz, na maioria das vezes, de concentrar-se ou trabalhar. Nos órgãos mais vulneráveis, doenças graves podem se manifestar, tais como infarto, úlceras, psoríase e depressão (LIPP, 2014). Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), podem ocorrer outros sintomas: diarreias frequentes; dificuldades sexuais; formigamento nas extremidades; insônia; “tiques” nervosos; hipertensão arterial; problemas de pele prolongados; mudança extrema de apetite; batimentos cardíacos acelerados; tontura frequente; impossibilidade de trabalhar; pesadelos; apatia; cansaço excessivo; irritabilidade; angústia; hipersensibilidade emotiva; perda do senso de humor.

De acordo com Lipp (2014), pessoas que possuem em suas vidas uma fonte de estresse grande e permanente, devido a uma ocupação complicada, ficam com seu equilíbrio constantemente afetado. Nesses casos, o processo de estresse se configura em ciclos de altos e baixos, demandando esforços para se restabelecer o equilíbrio de forma recorrente. Assim, o indivíduo fica vulnerável a um esgotamento da energia adaptativa e uma inabilidade de lidar com a tensão emocional e tendo como consequência o adoecimento.

Quando o estressor encontra-se associado à atividade laboral, o mesmo é denominado estresse ocupacional, o qual resulta do desequilíbrio entre as demandas e/ou exigências do trabalho e a incapacidade de resposta do trabalhador (BENEVIDES-PEREIRA, 2014). Ainda que o estresse possa ocorrer em situações laborais muito diversas, ele pode ser agravado quando o trabalhador sente que não possui apoio suficiente dos supervisores e colegas e quando tem um baixo controle sobre o seu trabalho ou a forma de fazer frente às exigências e as pressões do trabalho (BRASIL, 2001b).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Fazenda (BRASIL, 2018a), um número considerável de benefícios auxílios-doença acidentários e previdenciários, referentes ao código F43, “Reação *Stress* Grave e Transtornos de Adaptação” da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), foi concedido em 2017, oscilando entre 482 a 734 no período de janeiro a dezembro, superando em muito os benefícios auxílios-doença acidentários, concedidos no mesmo período e ano.

Quando o estresse se torna crônico, mais especificamente associado ao trabalho e os métodos de enfrentamento se tornam ineficazes e insuficientes, ocorre a Síndrome de *burnout* (SB). A palavra é oriunda do jargão inglês que significa aquilo que deixou de funcionar por falta de energia. Em síntese, aquilo ou aquele que chegou ao seu limite, por escassez de energia, não tendo mais condições de desempenho físico ou mental. Os estudos sobre *burnout* tornaram-se mais prevalentes a partir da década de 1970 (BENEVIDES-PEREIRA, 2014). No Brasil, a SB já é reconhecida legalmente como doença do trabalho, classificada no grupo de transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (BRASIL, 1999).

A SB é mais comum em profissões que envolvem relação de ajuda e ocorrem contatos mais próximos e intensos como: profissionais de saúde, professores e bombeiros. Entretanto, há autores que questionam esse paradigma, uma vez que a maior parte dos estudos foi realizada com profissionais assistenciais; portanto, afirmam que isso se configura como um viés. Porém é inegável a vulnerabilidade de trabalhadores assistenciais, já que atuam diante de fortes estressores, associados à dependência e à afetividade inerentes ao cuidado intensivo e prolongado. Sabe-se também que pessoas com perfil entusiasta e idealista possuem maior propensão. Inclusive, já desde o período de formação profissional podem ficar mais predispostos ao desenvolvimento da SB (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

A SB é um processo multidimensional e respectivas dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Reduzida Realização Profissional (rRP). A EE é uma sensação de esgotamento tanto físico, como mental, correlacionando-se a percepção do indivíduo de não possuir energia para absolutamente nada com a sensação de estar no limite. Na DE a pessoa pode mostrar-se frio e impessoal com sua clientela, passando a ter atitudes de cinismo e ironia em relação às pessoas e indiferença ao que pode vir a acontecer aos demais. O distanciamento afetivo gera a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença desta atitude muitas vezes desagradável e indesejada. A reduzida RP apresenta-se como um sentimento: de insatisfação com as atividades laborais e sentimentos de insuficiência, baixa estima, fracasso profissional, desmotivação e ineficiência, podendo ocorrer vontade de abandonar o emprego (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Segundo Benevides-Pereira (2014), os sintomas apresentados no processo de *burnout* são subdivididos em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Não necessariamente a pessoa apresentará todos os sintomas, pois esses se correlacionam com características individuais; fatores ambientais e a fase em que se encontre no processo de desenvolvimento da síndrome.

As manifestações físicas se apresentam da seguinte forma: fadiga constante e progressiva; sensação de falta de energia, mesmo após repouso; dores musculares e osteomusculares; distúrbios do sono; cefaleias; perturbações gastrointestinais, como pirose, náuseas, vômitos, mudança de hábitos alimentares, diarreias, gastrite, úlceras; imunodeficiência, predispondo a infecções; transtornos cardiovasculares; distúrbios do sistema respiratório; disfunções sexuais; e alterações nos ciclos menstruais (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Os sintomas psíquicos se manifestam através de: falta de atenção e de concentração; alterações na memória; lentificação do pensamento; sentimento de alienação (o indivíduo sente-se distante do ambiente e das pessoas que o rodeiam, como se nada tivesse a ver com ele); sentimento de solidão; impaciência; sentimento de impotência; labilidade emocional; dificuldade de autoaceitação; baixa autoestima; desânimo; disforia; astenia; e paranoia. As manifestações comportamentais se expressam através de: negligência ou atuação mais detalhista para evitar equívocos; irritabilidade; agressividade; tensão constante; dificuldade de aceitação de mudanças; perda da proatividade; perda de iniciativa; aumento do consumo de algumas substâncias, como café, álcool, ansiolíticos; comportamento de risco; comportamento de alto risco; e suicídio (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Os sintomas defensivos se manifestam através da: tendência ao isolamento; sentimento de onipotência/autossuficiência; perda de interesse pelo trabalho; absenteísmo; ímpetos de abandonar o trabalho; ironia; e cinismo, tanto com colegas de trabalhos, como com os assistidos. Esses são muito típicos do *burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Diversas pesquisas, ao longo dos anos, se destinaram a correlacionar as variáveis desencadeantes da SB. Apesar de não haver uma unanimidade entre as variáveis, Benevides-Pereira (2014) e Trigo (2010), usando como referência estudos de autores consagrados, enumeraram os fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout* a partir de quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade.

De acordo com Benevides-Pereira (2014), a dimensão organizacional deve-se a fatores como: burocracia (excesso de normas); falta de autonomia (o trabalhador não toma decisões sem ter de consultar ou obter autorização de outrem); normas institucionais rígidas; mudanças organizacionais constantes; falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipe; comunicação ineficiente; impossibilidade de progressão na carreira, de melhorar sua remuneração, de reconhecimento de seu trabalho, entre outras; o ambiente físico e seus riscos, incluindo calor, ruídos excessivos, iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco

tóxico e até de vida; acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo; e convívio com colegas adoecidos pela síndrome.

Quanto à dimensão individual ou características da personalidade, Benevides-Pereira (2014) refere os seguintes fatores: padrão de personalidade (indivíduos competitivos, esforçados, impacientes, com excessiva necessidade de controle das situações, dificuldade em tolerar frustração); *locus* de controle externo (consideram que suas possibilidades e acontecimentos de vida são consequentes à capacidade de outros, ao acaso ou ao destino); superenvolvimento (sujeitos empáticos, sensíveis, humanos, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas, suscetíveis a se identificarem com os demais); indivíduos pessimistas (dão ênfase aos aspectos negativos, preveem insucesso, sofrendo por antecipação); indivíduos perfeccionistas (elevado nível de exigência consigo e outros não consentindo erros e dificilmente se satisfazem com os resultados das tarefas realizadas); indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão (grandes chances de se decepcionarem); indivíduos controladores (são inseguros, preocupam-se excessivamente, além de apresentarem dificuldades em delegar tarefas e de trabalhar em grupo); pessoas passivas (mantêm-se na defensiva e optam por evitar os confrontos); gênero (mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional; e os homens, em despersonalização); indivíduos com escolaridade mais elevada; e estado civil (maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados).

No que tange aos aspectos laborais, Benevides-Pereira (2014), refere: sobrecarga (por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura); baixo nível de controle das atividades ou acontecimentos no próprio trabalho; discrepâncias entre suas expectativas de desenvolvimento profissional e aspectos reais de seu trabalho; sentimento de injustiça e de iniquidade nas relações laborais (carga de trabalho, salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colega sem merecimento); trabalho por turnos ou noturno; precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas tipo de ocupação (prevalente em cuidadores em geral); relação muito próxima e intensa do trabalhador com as pessoas a que deve atender; responsabilidade sobre a vida de outrem (exemplos: cuidadores de deficientes mentais, AIDS, Alzheimer); conflitos e ambiguidade de papel.

Fatores sociais relacionados a maiores índices da SB, segundo Benevides-Pereira (2014), deve-se à falta de suporte social e familiar; manutenção do prestígio social em oposição salarial que envolve determinada profissão (o indivíduo busca vários empregos, sobrecarregando-se, e conseqüentemente investe pouco tempo para descanso e lazer e para

atualização profissional, levando-o à insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas); e valores e normas culturais.

A SB traz consequências negativas em nível individual (adoecimento físico e mental); profissional (atendimento negligente, lentidão e cinismo); organizacional (conflito com os demais membros da equipe; rotatividade; absenteísmo; horas extras; solicitações de transferências, diminuição na qualidade dos serviços; baixa produtividade; aumento de custos no tratamento de saúde dos trabalhadores, na contratação e treinamento de novos profissionais); familiar (conflito e ruptura de laços); e social (vacância de um posto profissional após anos de estudos e investimentos financeiros na formação profissional; e perdas de amizades) (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Para avaliar a SB diversos instrumentos são utilizados, sendo geralmente questionários de autopreenchimento ou autoaplicáveis. Dentre eles, o mais frequentemente usado no mundo é *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Este questionário possui três versões aplicadas a categorias profissionais específicas: o *Human Services Survey* (MBI-HSS), para as áreas de saúde e cuidadores ou serviços humanos e sociais; *Maslach Educator's Survey* para educadores e *Maslach General Survey*, para profissionais que não estejam necessariamente em contato direto com o público alvo do serviço (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

O MBI-HSS afere a prevalência da Síndrome de *burnout* e possui tradução para a língua portuguesa, assim como validação no Brasil.

Os 22 itens do MBI-HSS são distribuídos em três domínios sob a forma de afirmações a serem respondidas em uma escala do tipo *Likert*, indo de “0” (como “nunca”) a “6” (diariamente). Quanto aos domínios aferidos pelo instrumento, dos 22 itens, 9 são relativos à “exaustão emocional” (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), 5 à “despersonalização” (5, 10, 11, 15 e 22) e 8 à “realização profissional” (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Para verificação da SB, são considerados altos escores em EE e DE, associados a baixos valores de RP. A pontuação em cada subescala é obtida através da soma de seus respectivos valores. Na subescala EE, pontuação maior ou igual a 27 é indicativa de alto nível de EE; o intervalo de 17 a 26 corresponde a valores moderados; e valor menor ou igual a 16 indicariam nível baixo. Na subescala DE, pontuação maior ou igual 13 é indicativa de nível alto; entre 7 e 12, moderado; e menor ou igual a 6 indica nível baixo de DE. A subescala RP apresenta uma medida inversa, assim, o nível alto corresponderia a valores iguais ou menores que 31; nível médio de 32 a 38, e valores maiores ou iguais a 39 indicariam nível baixo de realização profissional (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

O tratamento da SB envolve psicoterapia, medicamentos e intervenções psicossociais. A intensidade de cada um dos recursos terapêuticos depende da gravidade e da especificidade de cada caso. Essas situações exigem suporte social, fundamental para garantir a qualidade de vida, concretizado na garantia do direito ao tratamento, do acesso aos serviços de saúde, da seguridade social e do reconhecimento do sofrimento. A equipe de saúde deve orientar o trabalhador e seus familiares quanto aos direitos. Assim como deve orientar familiares, colegas de trabalho, chefes e gerentes de como lidar com a situação de doença do profissional até que este retome sua capacidade de trabalho. Especial atenção deve ser dada à realização de laudos, pareceres, atestados e emissão da Comunicação de acidente de trabalho (CAT), visando ao reconhecimento social (incluindo dos seguros de saúde e/ou da Previdência Social) de um padecimento que, compromete a capacidade de trabalhar (BRASIL, 2001b).

A prevenção da síndrome de esgotamento psicológico envolve mudanças na cultura da organização do trabalho, restrições à exploração do desempenho individual, diminuição da intensidade de trabalho, busca de metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um. Uma ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e os de vigilância é necessária. Torna-se relevante que o profissional seja cuidado por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, que dê suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador quanto dos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho, de modo que se tornem mais saudáveis (BRASIL, 2001b).

1.3 Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Ela avança marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se legitimou simultaneamente com o processo de redemocratização do país e a Reforma Sanitária. As lutas pela abertura política e por uma saúde pública de acesso universal caminharam juntas com a busca por uma assistência psiquiátrica mais humana e direcionada para a melhoria da qualidade de vida, por meio da ampliação das redes afetivas e sociais (CAVALCANTI, 2008).

Constitui-se como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incide em territórios diversos, nas três esferas

de governos, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira emergiu a partir da crise do modelo assistencial vigente centrado no hospital psiquiátrico, na medicina, na violência asilar, no descaso, na precariedade, na mercantilização da loucura e na hegemonia de uma rede privada de assistência. O paciente era visto como um portador de um distúrbio que lhe roubava a razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável (inclusive civilmente) e, portanto, o sistema hospitalar psiquiátrico era semelhante às instituições carcerárias, correccionais e penitenciárias. Estas tinham como fundamento a vigilância, o controle e a disciplina, cujos dispositivos centrais eram punição e repressão (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005).

Assim, em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país é formado, por volta de 1978, um movimento social plural, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este era constituído por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, estudantes, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

No documento apresentado à “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, alguns eventos são mencionados como relevantes para estruturação da RP, dando base para as primeiras propostas e ações de reorientação da assistência.

A experiência italiana de desinstitucionalização e de desaprovação radical ao manicômio deu visibilidade a uma possível ruptura com as antigas práticas, como por exemplo, o que ocorria na Colônia Juliano Moreira, que institucionalizava em torno de 2.000 pessoas no início dos anos 80. A estratégia adotada foi a substituição por serviços comunitários abertos, que se propunham resgatar os direitos de cidadania (BRASIL, 2005; DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Os Congressos do MTSM (com destaque para o ocorrido em 1987, Bauru - SP, com lema “Por uma sociedade sem manicômios”); Movimento de Familiares e Usuários de Serviços de Saúde Mental; as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010) e o Movimento da Luta Antimanicomial promoveram inúmeros debates e reflexões que contribuíram para a organização das estratégias contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença, assim como de transformações da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007; BEZARRA JUNIOR, 2007; BRASIL, 2005; DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Algumas intervenções de desinstitucionalização, como o surgimento do primeiro CAPS em São Paulo, em 1987; a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde na Casa de Saúde Anchieta, em 1989 (onde eram prevalentes maus-tratos e mortes de pacientes) e a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos, demonstraram que as propostas da RP eram operacionalizáveis (BRASIL, 2005).

No campo jurídico-político, as primeiras normas federais regulamentadas deram subsídio para começar a vigorar no país uma nova forma de assistência e atenção psicossocial: o Projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país; a criação do SUS em sintonia com a Constituição de 1988, que através dos seus princípios e diretrizes garantiam alguns direitos fundamentais, como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, de forma descentralizada e municipalizada; o exercício do controle social (através dos Conselhos de Saúde); a homologação das primeiras leis estaduais que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental; o compromisso do Brasil assumido através da Declaração de Caracas; as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos e a sanção da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2005).

No componente dos serviços substitutivos e estratégias de desinstitucionalização, diversas ações devem ser destacadas: as experiências dos primeiros CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial e Hospitais-dia; a definição de linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico; novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país, concomitante à expansão da assistência comunitária em saúde mental; a criação do Programa “De Volta para Casa”, a constituição de uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica; o delineamento da política para a questão do álcool e outras drogas; a instituição das Unidades de Acolhimento; a responsabilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e o matriciamento da saúde mental na Atenção Básica (AMARANTE; NUNES, 2018; BRASIL, 2005; FAGUNDES JUNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016).

Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser organizado a partir de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam proporcionar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

Dentre as redes temáticas preconizadas, há a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para indivíduos com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

Cada ponto de atenção desempenha um papel no Projeto Terapêutico Singular de cada usuário da RAPS. Não há hierarquia definida entre os dispositivos, mas fundamenta-se no fato de atender integralmente às necessidades de cuidado de cada usuário em um itinerário vivo (BRASIL, 2016). A RAPS é constituída pelos seguintes dispositivos:

- a) Atenção Básica;
- b) Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas;
- c) Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades;
- d) Urgência e Emergência;
- e) Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil);
- f) Serviços Residenciais Terapêuticos;
- g) Comunidades Terapêuticas;
- h) Enfermarias Especializadas em Hospital Geral;
- i) Hospitais-Dia;
- j) Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2019).

A Atenção Básica (AB) configura-se como a principal porta de entrada do SUS. É um ponto estratégico para o cuidado às pessoas com algum sofrimento psíquico, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde se localizam próximas às moradias dos usuários (BRASIL, 2017a).

Deve atuar de forma integrada com os demais pontos, através de ações como: promoção da saúde mental; corresponsabilização pelos casos; intervenções junto às famílias e comunidade; prevenção e cuidado dos transtornos mentais; ações de redução de danos; apoio matricial; reuniões de planejamento; discussão de caso; atendimento compartilhado e capacitação (BRASIL, 2016).

Estrutura da Atenção Básica:

- a) Unidade Básica de Saúde: equipes de Atenção Básica, equipes de Saúde da Família e Núcleos de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB);
- b) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (Equipes de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório);
- c) Centro de Convivência e Cultura (BRASIL, 2017b).

As equipes de Atenção Básica (eAB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas por profissionais multidisciplinares, que assistem a uma população de um território definido, sobre o qual assumem responsabilidade sanitária. Elas podem possuir diversas configurações, mas, em geral, minimamente, são constituídas pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiros; médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. Poderão ser agregados ainda agentes comunitários de saúde (obrigatórios para ESF); agentes de combate às endemias; cirurgiões dentistas; auxiliares/técnicos de saúde bucal (BRASIL, 2017a).

A equipe do NASF-AB é multiprofissional, interdisciplinar e formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde (assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, médicos especialistas, etc.), atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das ESF e das eAB. Visa qualificar e ampliar o repertório de ações das equipes da AB por meio do apoio matricial, e quando necessário, no cuidado compartilhado, inclusive na Saúde Mental e nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017a).

A Equipe de Consultório na Rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, sendo responsável por prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua, inclusive as que possuem transtornos mentais e as que necessitam de estratégias de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Possui uma composição variável, que poderá ser composta pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a, 2017a).

A equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção.

A equipe do Centro de Convivência oferta cuidado à população em geral, especialmente a pessoas que necessitam de inclusão social, como as que possuem transtornos mentais e as que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Trata-se de espaço de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade, proporcionando convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços do território (BRASIL, 2011b).

Devido à longitudinalidade do cuidado, vinculação, proximidade com o usuário, seu território e sua realidade, os profissionais da Atenção Básica se encontram a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

Apesar da relevância, a realização de práticas em saúde mental na AB suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde da Atenção Primária. Por vezes, a sensação de insegurança e desconhecimento pode causar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa nos trabalhadores. A dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental (BRASIL, 2013).

Os ambulatórios multiprofissionais de saúde mental ou unidades ambulatoriais especializadas constituem-se como uma estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados mais prevalentes, tais como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade. Dessa forma, configura-se como mais uma possibilidade de ampliação do acesso para o atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns, que não se encaixam na AB e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS (BRASIL, 2019).

As equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela AB, através da estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados. Elas são constituídas por 3 tipos e os profissionais que nela atuam: médico com experiência ou especialização em psiquiatria (se do tipo 1), psicólogo, assistente social, psiquiatra (se do tipo 2 ou 3) e profissional de nível superior da área de saúde mental (se do tipo 3) (BRASIL, 2017b, 2019).

Apesar da relevância do atendimento dos indivíduos com transtornos mentais em nível ambulatorial, este tipo de serviço tem sofrido muitas críticas por parte dos especialistas e trabalhadores de saúde mental, devido ao risco de práticas e/ou cuidado ofertado aos usuários, possuir circunstâncias similares ao que ocorrera no passado. Há neste tipo de atenção o risco de medicalização dos sujeitos associado à inexistência de projetos terapêuticos e de articulações multiprofissionais interdisciplinares como na RAPS, com possibilidade de

fragmentação do sistema e descontinuidade de cuidados (ALMEIDA, 2019; COREN-BA, 2019).

Quanto aos CAPS, tratam-se de serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, onde atuam equipes multidisciplinares e transversais sob uma ótica interdisciplinar. São destinados, prioritariamente, ao atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas, em sua área territorial, tanto nas situações de crise, como nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

O CAPS constitui-se como um “lugar”, no cotidiano da comunidade, de referência, de cuidado e de apoio a pessoas com experiências do sofrimento de cuidado, sendo promotor de vida, cuja missão é de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares, ou seja, a garantia de produção de projetos de vida. Visa dar acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para viabilizar o alcance dessa meta, o cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular eficiente e personalizado, com a participação ativa da equipe, do usuário e de sua família (BRASIL, 2015a).

As atividades no CAPS são realizadas, prioritariamente, em espaços coletivos (grupos, assembleias e reuniões diárias de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção (BRASIL, 2017b).

No que tange a atuação a nível institucional, O CAPS também tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área e coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território. Estão organizados em três modalidades diferentes de acordo com o perfil da clientela, a saber: CAPS, CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) (BRASIL, 2017b).

Os CAPS são serviços destinados para adultos com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os que possuem necessidades decorrentes do uso de drogas, que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e realizar projetos de vida. Subdividem-se em outras modalidades, conforme o perfil demográfico do município: CAPS I, II e III. (BRASIL, 2017b).

Os CAPSi têm as mesmas competências dos CAPS, entretanto são destinados para o atendimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2017b).

Para o atendimento de indivíduos dependentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida há os CAPS AD, CAPS AD III e CAPS AD IV. Esses serviços assistem a pessoas de todas as faixas etárias, inclusive crianças e adolescentes, em consonância com as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Subdividem-se em outras modalidades, conforme o perfil demográfico do município (BRASIL, 2017b).

Possibilitando um ponto potente e diferenciado de atenção à crise, os CAPS III e os CAPS AD III proporcionam serviços de forma diferenciada e contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Os leitos de atenção à crise são em ambiente de “portas abertas”, acolhedores, comunitários, inseridos nos territórios das cidades onde o usuário já possui vinculação. São ofertados retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, se constituindo como mais um recurso terapêutico, para que se evite que crises emergjam ou se aprofundem (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2004, 2011b). Na atenção à crise, é preconizado que o cuidado prestado seja bastante flexível de modo que não se torne burocratizado, repetitivo e com foco na doença (AMARANTE, 2007).

O CAPS AD IV possui o mesmo perfil de atendimento do CAPS AD III, porém atua também junto a cenas abertas de uso de drogas (“cracolândias”). Quanto à tipologia, é classificado em CAPS AD Novo ou CAPS AD Restruturado (aquele resultante da adaptação de um CAPS tradicional ou CAPS AD preexistente) (BRASIL, 2019).

De modo geral, os profissionais que compõem as equipes são: médico com formação em saúde mental, enfermeiro, enfermeiro com formação em saúde mental (se do tipo III), psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo (exclusivamente no CAPSi), pedagogo (exclusivamente no CAPSi), médico clínico (para os CAPS AD), técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (nos CAPSi) (BRASIL, 2017b, 2019).

Quanto às Unidades de Acolhimento (UA), são serviços que oferecem cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial. Funcionam 24 horas e são destinadas para pessoas com necessidade de acolhimento em decorrência do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo máximo de permanência nessas instituições é de até seis meses (BRASIL, 2017b).

Podem ser de dois tipos:

- a) Unidade de Acolhimento Adulto – destinada às pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, para municípios ou regiões com população igual ou superior de 200 habitantes com capacidade de até 15 leitos;
- b) Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil – destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos, para municípios ou região com população igual ou superior a 100 mil habitantes. Porém a ocupação pode variar de acordo com a vulnerabilidade do território, sendo oferecidos até 10 leitos (BRASIL, 2017b).

A equipe técnica mínima é composta por profissionais que possuem experiência comprovada de dois anos ou especialização na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, dentre eles: profissionais com nível universitário na área da saúde (assistente social; educador físico; enfermeiro; psicólogo; terapeuta ocupacional ou médico), profissionais com nível médio e profissionais com nível superior na área de educação (no caso da Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil) (BRASIL, 2012b).

Os serviços de atenção de urgência e emergência respondem em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Atuam de forma articulada com os CAPS, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011b).

Os seguintes pontos de atenção compõem esse componente da RAPS:

- a) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);
- b) Sala de Estabilização;
- c) Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas);
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros (BRASIL, 2017b).

Com a Reforma Psiquiátrica e a diminuição dos leitos em hospitais especializados, a atenção à crise ganha significado especial na medida em que propõe novas terminologias, estratégias, mudanças na organização institucional e nas práticas de cuidado em contraposição a um conjunto de discursos e práticas produzidos e abordados no interior de hospitais psiquiátricos. É habitual nos serviços de urgência e emergência uma atuação objetiva e pragmática com intervenções pontuais, protocolares e generalizadas, incluindo a otimização do tempo gasto e de equipamentos para a intervenção. Entretanto, torna-se relevante que se compreenda as especificidades da crise na saúde mental, e dessa forma, não se deve desconsiderar os eixos norteadores da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, quer sejam inclusão, vínculo, conhecimento da história e contextos do sujeito, valorização dos aspectos subjetivos, respeito à temporalidade da crise e singularidade das intervenções (DIAS; FERNANDES; FERIGATO, 2018).

Outro componente de grande importância da RAPS são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou moradias inseridas na comunidade, destinadas a portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção (BRASIL, 2011c, 2017b). Em 2019, foi proposta uma ampliação de cidadãos elegíveis para morar nos SRT, dentre eles pacientes com transtornos mentais graves, moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns nessas condições (BRASIL, 2019).

Anos de internação em hospitais psiquiátricos dizimaram e destituíram o paciente do protagonismo de sua própria história e geraram muitas sequelas nas vidas de inúmeras pessoas. Assim, seus projetos de vida, expectativas, expressões, traquejo social e sentimentos ficaram limitados ou inexistentes. E a consequência foi uma incapacidade de muitos para viverem na cidade de forma autônoma, a ponto de alguns não quererem sair do manicômio, pois de fato não havia mais lugar nos espaços extramuros (AMARANTE, 2007).

Os SRT propiciam a garantia da construção de um lar, que pode ser entendido como apropriação de um espaço de maneira muito singular e privativa, sendo papel da equipe sustentar a devida distinção entre o local de morar e o de tratar (RIO DE JANEIRO, 2014).

Nesta ótica, fica claro que um SRT deve possuir um caráter diferenciado de modo que não se apresente como uma instituição de saúde, mas como uma casa - sem “muros altos”, leitos, posto de enfermagem e com o olhar sobre os moradores de cidadãos, não como de doentes (ESTRELLA, 2010). Amarante (2007) alerta sobre a contradição da denominação

instituída na lei, quando, se utilizam os termos serviços e terapêuticos, são abertos precedentes para que casas se tornem ambientes institucionalizados (com regras rígidas, padronizações de atitudes e repetições) e terapêuticos (práticas terapêuticas devem ser ações realizadas por técnicos em locais para esse fim).

Quando um indivíduo começa a habituar um SRT, inicia-se seu processo de reabilitação psicossocial que deverá buscar a progressiva inclusão do morador, de forma que passe a frequentar os espaços onde estão constituídas a rede de serviços, organizações e relações sociais (BRASIL, 2004).

Os SRT se subdividem em dois tipos de moradias: tipo I e II. As equipes que atuam nesses dispositivos são acompanhantes terapêuticos (profissionais de nível superior da área da saúde); cuidadores e técnicos de enfermagem (RIO DE JANEIRO, 2014).

Os SRT tipo I são destinados a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 10 moradores (BRASIL, 2019). O perfil é para pessoas que possuem mais autonomia e organização. Desse modo, acredita-se que não é necessária a permanência integral dos cuidadores (BRASIL, 2011b).

Os SRT tipo II são designados a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, longevidade e comorbidades, que necessitam de cuidados permanentes específicos e intensivos, devendo acolher no máximo 10 moradores. A equipe que atua nesse tipo de dispositivos são cuidadores de referência em escala de plantão e um profissional técnico de enfermagem, conjuntamente com a equipe técnica de acompanhamento do SRT e sob o suporte e orientações do CAPS (BRASIL, 2011b).

Conforme as configurações do território, é possível também que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental prestem assistência e supervisionem as atividades dos SRT, para isso deve contar com uma equipe mínima de um profissional médico e dois profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial (BRASIL, 2017b).

A equipe dos SRT que tem por atribuição acompanhar e dar suporte aos moradores. Ela não tem responsabilidade direta sobre o tratamento do morador, mas tem papel fundamental no seu agenciamento. O CAPS e outros serviços de saúde é que desempenham esse papel terapêutico (RIO DE JANEIRO, 2014).

Quando é planejada a desinstitucionalização de um usuário de uma instituição asilar, anteriormente à alta, a equipe responsável inicia uma aproximação para estabelecer vínculos e laços de confiança. São formados grupos de discussão sobre a futura casa e outras atividades

para operacionalizar a reinserção social, como por exemplo, a aquisição de documentação de identificação civil, localização de familiares e compra de mobiliário. É desejável o protagonismo do sujeito durante esse processo, de modo que suas escolhas e desejos sejam respeitados (RIO DE JANEIRO, 2014).

No que se refere à desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência, havia um grande quantitativo de pessoas institucionalizadas anteriormente a implantação dos CAPS. Devido a décadas de internação, muitas destas pessoas, sem vínculos familiares, altamente dependentes, possuem elevado grau de sintomas negativos e incapacidades sociais severas. Assim, estão alocadas em enfermarias de longa permanência, onde precisam do cuidado diário de profissionais da instituição. A maior parte necessita de respostas psicossociais de alta intensidade, como dispositivos residenciais com supervisão permanente e presença de equipe nas 24 horas (FAGUNDES JUNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016).

Da mesma forma, outro componente é o número crescente de pessoas sem histórico de longas internações psiquiátricas, que estão em acompanhamento nos CAPS, e possuem também grave problema de moradia. Amarante (2007) refere sobre a necessidade de se estender esse recurso para esses indivíduos, caso seja especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (BRASIL, 2004). Ressalta-se que mesmo em sistemas internacionais de saúde mental consolidados, formam-se contingentes de usuários que acabam permanecendo mais tempo em enfermarias de agudos e se tornando pacientes em situação de longa permanência. Muitas vezes a velocidade das políticas públicas, as restrições orçamentárias e a necessidade da expansão da rede de atenção psicossocial acabaram por se constituírem como entraves na resolução dessas demandas (FAGUNDES JUNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016).

Quanto às Comunidades Terapêuticas (CT), tratam-se de serviços de saúde mental destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. O tempo máximo de permanência é de até nove meses (BRASIL, 2017b).

Possuem como objetivos contribuir na reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido e na formação de vínculos, com a convivência entre os pares. Para isso é elaborado um Plano de Atendimento Singular, que contenha atividades de recreação; de desenvolvimento da espiritualidade; de promoção do autocuidado e da sociabilidade; de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas (BRASIL, 2015b).

Em estudos realizados por Perrone (2014), foi evidenciado que grande parte das CT realiza práticas desumanas e iatrogênicas, muito similares às criticadas pelo movimento da

Reforma Psiquiátrica, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos, o que tem provocado o descrédito deste tipo de atendimento. Além disso, o acompanhamento do funcionamento das CT é ineficiente, sendo necessária a execução de uma sistemática fiscalização e regulamentação a fim de que somente permaneçam em atividade aquelas que, de fato, sigam o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica e legislações vigentes.

Desta forma, as CT poderão compor adequadamente as estratégias de atenção integral aos dependentes de álcool e outras drogas, consolidando-se como um excelente instrumento nos casos em que outras alternativas se mostrem ineficazes.

As Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais são enfermarias especializadas localizadas em hospitais gerais, cujo número de leitos varia de 8 a 30, sendo o dimensionamento da equipe proporcional ao número de leitos. Em geral, atuam nesses serviços: técnicos ou auxiliares de enfermagem; profissionais de saúde mental de nível superior; psiquiatras; enfermeiros para unidades acima de 11 leitos; e médico clínico para unidades com mais de 21 leitos (BRASIL, 2017b).

Esses equipamentos contribuem para a ampliação de espaços de inclusão do indivíduo com transtorno mental na sociedade, que deve ser atendido em toda a rede de atenção, não frequentando exclusivamente instituições psiquiátricas, como ocorria no passado. Salienta-se a relevância da adoção de práticas profissionais éticas, terapêuticas, flexíveis e comprometidas com o cuidado de subjetividades (MACHADO; COLVERO, 2003).

Apesar do fechamento e/ou redução do número de leitos, os hospitais psiquiátricos se destinam ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. Ofertam suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, *crack* e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da RAPS, cuja internação deve ser breve para evitar segregação e cronificação dos usuários (BRASIL, 2012b).

Nesses serviços, deve ser ofertada atenção integral multidisciplinar clínica e psicossocial; construção de projeto terapêutico singular com ativa participação dos usuários e das famílias; atendimento individual e grupal (tratamento medicamentoso, psicoterapia, terapia ocupacional, grupo operativo e atividades socioterápicas) e encaminhamento seguro pós-alta (BRASIL, 2017b).

De acordo com o número de leitos, a composição da equipe é ampliada, sendo geralmente composta por: técnicos ou auxiliares de enfermagem; profissionais de saúde mental de nível superior; psiquiatras; enfermeiros e médico clínico (BRASIL, 2017b).

Os hospitais psiquiátricos ainda concentram grande parte dos atendimentos em saúde mental, entretanto não devem se constituir como estratégia prioritária, pois se preconiza o cuidado de base territorial e comunitário (BRASIL, 2011b), embora as políticas atuais tenham passado a considerar a manutenção desse tipo de hospitais, devido a possíveis aplicabilidades dos mesmos (BRASIL, 2019).

Torna-se relevante reconhecer, que os trabalhadores de saúde de hospitais psiquiátricos enfrentam no seu processo de trabalho mudanças paradigmáticas, estruturais, operacionais e doutrinárias, além da alteração no fluxo das práticas a partir da instituição de outros serviços. Esses profissionais convivem com a ideia de extinção progressiva desse equipamento, somada à incompreensão dos demais profissionais das redes, como uma forma de não reconhecimento do trabalho realizado pelos profissionais (PESSOA JUNIOR *et al.*, 2016).

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, cuja opção metodológica vai ao encontro de Richardson (2015), ao afirmarem que a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social. Os estudos qualitativos podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo social e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento dos participantes do comportamento dos indivíduos.

Segundo o autor, há fenômenos ou problemas que para serem analisados e descritos exigem estudos de natureza qualitativa e, dentre eles:

- a) Situações em que se evidencia a necessidade de substituir uma simples informação estatística por dados qualitativos;
- b) A relevância de se compreender aspectos psicológicos, cujos dados não podem ser coletados de modo completo por outros métodos devido à complexidade que encerra. Nesse sentido, há estudos que se dedicam a investigar e analisar atitudes, motivações, expectativas, valores, etc;
- c) Situações em que observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento de estruturas sociais.

Dentre os estudos qualitativos, optou-se pela revisão integrativa, cuja finalidade é identificar e analisar as pesquisas relevantes na literatura, que possibilitem a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT; BECK, 2011).

Na construção da revisão integrativa foram percorridas seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

2.1 Definição da questão de pesquisa

Segundo Polit e Beck (2011), a definição de um problema ou a formulação de uma questão de pesquisa se constitui como o primeiro passo para o desenvolvimento e a condução de uma revisão integrativa. Ela deve ser clara, específica e resolutiva, de modo a contribuir na identificação dos descritores para a execução adequada da busca dos estudos, maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados, delimitar o escopo da pesquisa e evitar a realização de buscas desnecessárias (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Com o intuito de sistematizar a formulação da pergunta da busca bibliográfica, utilizou-se o acrônimo PICO, cujo “P” corresponde aos participantes/problema, “I” ao fenômeno de interesse e “Co” ao contexto do estudo, no caso das pesquisas qualitativas (KARINO; FELLI, 2012). Essa recomendação é definida pelo Instituto Joanna Briggs, agência internacional especializada em fomentar pesquisas sobre cuidados de saúde baseados em evidências, dentre eles as revisões (KARINO; FELLI, 2012).

Para a presente pesquisa, o acrônimo PICO foi utilizado da seguinte forma:

- P** Síndrome de *burnout*
- I** Repercussões na saúde trabalhadores de saúde mental (ocorrência, manifestações, fatores de risco e preventivos envolvidos)
- Co** Serviços de Saúde Mental e Atenção Psicossocial

A partir do exposto, a questão de pesquisa ficou definida como: “Quais as repercussões da Síndrome de *Burnout* para a saúde dos trabalhadores que atuam em Serviços de Saúde Mental ao considerar os fatores de risco e preventivos envolvidos?”.

2.2 Seleção dos termos para a busca

É fundamental a identificação das terminologias relacionadas a cada um dos componentes da estratégia PICO. Tais termos são descritores, vocábulos estruturados e multilíngues, cuja finalidade é padronizar a linguagem na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, dentre outros, assim como para

serem usados na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis (BIREME/OPAS/OMS, 2019; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

No presente estudo foram utilizados os descritores controlados e não controlados. Os controlados são aqueles, cuja finalidade é a indexação de artigos nas bases de dados; conhecidos como títulos de assuntos médicos ou descritores de assunto. Os vocabulários de descritores controlados mais habitualmente utilizados são o *Medical Subject Headings* (MeSH) – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – BIREME e o *Embase Subject Headings* (EMTREE) – EMBASE. Já os não controlados consistem em palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Foi realizada a busca preliminar, a fim de analisar os termos frequentemente apresentados nos artigos sobre o tema, possibilitando a eleição dos descritores mais adequados para ampliar a recuperação de estudos de interesse. Os termos padronizados e seus sinônimos foram organizados para elaboração das estratégias de busca. As aspas (“”) foram utilizadas para restringir e estabelecer a ordem dos termos compostos. E os operadores *booleanos* foram empregados para os relacionamentos dos termos, sendo o “AND” utilizado para interseção dos termos (combinação restritiva) e o “OR” para agrupamento dos sinônimos (uma combinação aditiva).

Diante dessas informações, os descritores eleitos são visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Termos definidos para a busca DeCS e MeSH – Rio de Janeiro - 2020 (continua)

	DeCS	MeSH
PROBLEMA	<p>"Esgotamento Psicológico" OR "Agotamiento Psicológico" OR Burn-out OR Burnout OR "Esgotamento do Cuidador" OR "Exaustão do Cuidador" OR "Síndrome do Esgotamento" OR "Esgotamento Profissional" OR "Agotamiento Profesional" OR "Desgaste Profissional" OR "Estafa Ocupacional" OR "Estafa Profissional" OR "Estafa na Carreira" OR "Exaustão Profissional" OR "Estresse Ocupacional"</p>	<p>"Burnout, Psychological" OR "Psychological Burnout" OR "Burn-out Syndrome" OR "Burn out Syndrome" OR Burnout OR "Burnout Syndrome" OR Burn-out OR "Burn out" OR "Psychological Burn-out" OR "Burn-out, Psychological" OR "Psychological Burn out" OR "Burnout, Caregiver" OR "Caregiver Burnout" OR "Caregiver Exhaustion" OR "Exhaustion, Caregiver" OR "Burnout, Professional" OR "Professional Burnout" OR "Occupational Burnout" OR "Burnout, Occupational" OR "Career Burnout" OR "Burnout, Career" OR "professional exhaustion" OR "occupational stress"</p>
INTERESSE	<p>"Pessoal de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Prestadores de Cuidados de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Higiene do Trabalho" OR "Saúde Ocupacional" OR "Saúde dos Empregados" OR "Saúde dos Trabalhadores" OR "Segurança Ocupacional" OR "Segurança do Trabalho" OR "Segurança dos Trabalhadores" OR "Segurança no Trabalho" OR Trabalhadores OR Trabajadores OR Trabalhador</p>	<p>"Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Occupational Health" OR "Health, Occupational" OR "Hygiene, Industrial" OR "Safety, Occupational" OR "Occupational Safety" OR "Employee Health" OR "Health, Employee" OR Workers</p>

Quadro 1 - Termos definidos para a busca DeCs e MeSH – Rio de Janeiro – 2020 (conclusão)

	DeCS	MeSH
CONTEXTO	"Serviços de Saúde Mental" OR "Centro de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "Núcleos de Atenção Psicossocial" OR "Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental" OR "Serviços de Higiene Mental" OR "Hospitais Psiquiátricos" OR "Centro Psiquiátrico" OR "Centro de Saúde Mental" OR "Hospital Especializado em Psiquiatria" OR "Hospital Psiquiátrico" OR "Hospital de Custódia" OR "Hospital de Saúde Mental" OR "Instituto Psiquiátrico" OR "Instituto de Psiquiatria" OR "Instituto de Saúde Mental" OR "Sanatórios Psiquiátricos" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "centro de atenção psicossocial" OR "Complexo Psiquiátrico" OR "psicossocial attention center" OR "centro de atención psicossocial" OR "Saúde Mental" OR "Salud Mental" OR "Higiene Mental"	"Mental Health Services" OR "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Hygiene" OR "Hygiene Service, Mental" OR "Hygiene Services, Mental" OR "Mental Hygiene Service" OR "Service, Mental Hygiene" OR "Mental Hygiene Services" OR "Services, Mental Health" OR "Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Hospital, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospital" OR "Mental Institutions" OR "Institution, Mental" OR "Institutions, Mental" OR "Mental Institution" OR "Hospitals, Mental" OR "Hospital, Mental" OR "Mental Hospital" OR "Mental Hospitals" OR "Psychosocial Care Center" OR "psychosocial care centers" OR "Mental Health" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental"

Legenda: Descritores em Ciências da Saúde (DeCs); *Medical Subject Headings* (MeSH).

Fonte: A autora, 2020.

Os descritores principais do estudo foram definidos a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), versão 2019: “Esgotamento Psicológico”; “Pessoal de Saúde” e “Serviços de Saúde Mental”. Além dos sinônimos, foram incluídos outros termos, devido ao uso frequente nos artigos científicos sobre a temática (“Esgotamento Profissional”; “estresse ocupacional”; “Saúde do Trabalhador”; trabalhadores; “Hospitais Psiquiátricos” e “Saúde Mental”). A inclusão do termo “esgotamento profissional” ocorreu devido a sua ampla utilização até 2018, entretanto não consta mais na versão 2019.

2.3 Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos

Para a identificação dos estudos incluídos na revisão, as seguintes bases de dados e portais foram consultadas para fundamentar a pesquisa:

- a) Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e suas principais bases de dados – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), dentre outras;
- b) *Scientific Electronic Library Online* (Scielo);
- c) Portal de Periódicos da Capes/MEC, onde foram investigadas às bases de dados multidisciplinares: *Web of Science* (Thompson Reuters), *Scopus* (Elsevier) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl) (Ebsco);
- d) Base de dados *MEDLINE* por meio do Portal *PubMed* da *National Library of Medicine* (NLM).

Os limites de busca definidos foram publicações no período de 2009 a 2019, ou seja, nos últimos 10 anos e textos completos nos idiomas inglês, português e espanhol.

A estratégia de busca por base ou portal pode ser consultada no APÊNDICE. Tal ação foi realizada no período de 02 a 15 de dezembro de 2019.

Na seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: textos disponíveis na íntegra e de acesso livre e gratuito em qualquer ambiente; estudos correlacionados com o objeto de estudo, que abordassem a ocorrência da SB em trabalhadores de saúde mental, fatores de risco e preventivos correlacionados com a síndrome.

Excluídos do estudo artigos de revisão, relatos de casos, ensaios clínicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado, livros e artigos incongruentes com o objeto do estudo (por exemplo, o objeto ser outras doenças mentais relacionadas ao trabalho, tais como estresse ocupacional ou quando os participantes eram estudantes da área da saúde mental e não trabalhadores).

Com intuito de ampliar o número de artigos elegíveis, foi realizada busca manual. O Ministério da Saúde refere que a busca manual é uma estratégia muito útil na identificação de artigos, que não foram encontrados pela estratégia de busca sistematizada. Esse processo pode ocorrer através de leitura de anais e resumos de congressos, listas de referências de estudos publicados, demais referências relevantes, por contato com especialistas, etc (BRASIL, 2014b). No caso do presente estudo, foi por meio de referências sugeridas por especialista.

O conjunto de referências identificadas nas bases de dados foi exportado para o programa *EndNote Web*; *software* desenvolvido pela Editora Thomson Reuters (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2015). No estudo, foi utilizado para gerenciar os

documentos recuperados e armazená-los entre as sessões de pesquisa nas bases de dados consultadas, que possibilitou também a detecção de duplicatas.

2.4 Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos

Polit e Beck (2011) recomendam a elaboração de um instrumento para agrupar e sistematizar as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, de modo que se tenha disponível um banco de dados de fácil acesso e manejo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Dessa forma, foi confeccionado um quadro síntese no Word® com os seguintes dados: título, autores, periódico, ano, método, campo de estudo, sujeitos, instrumentos, resultados e conclusões.

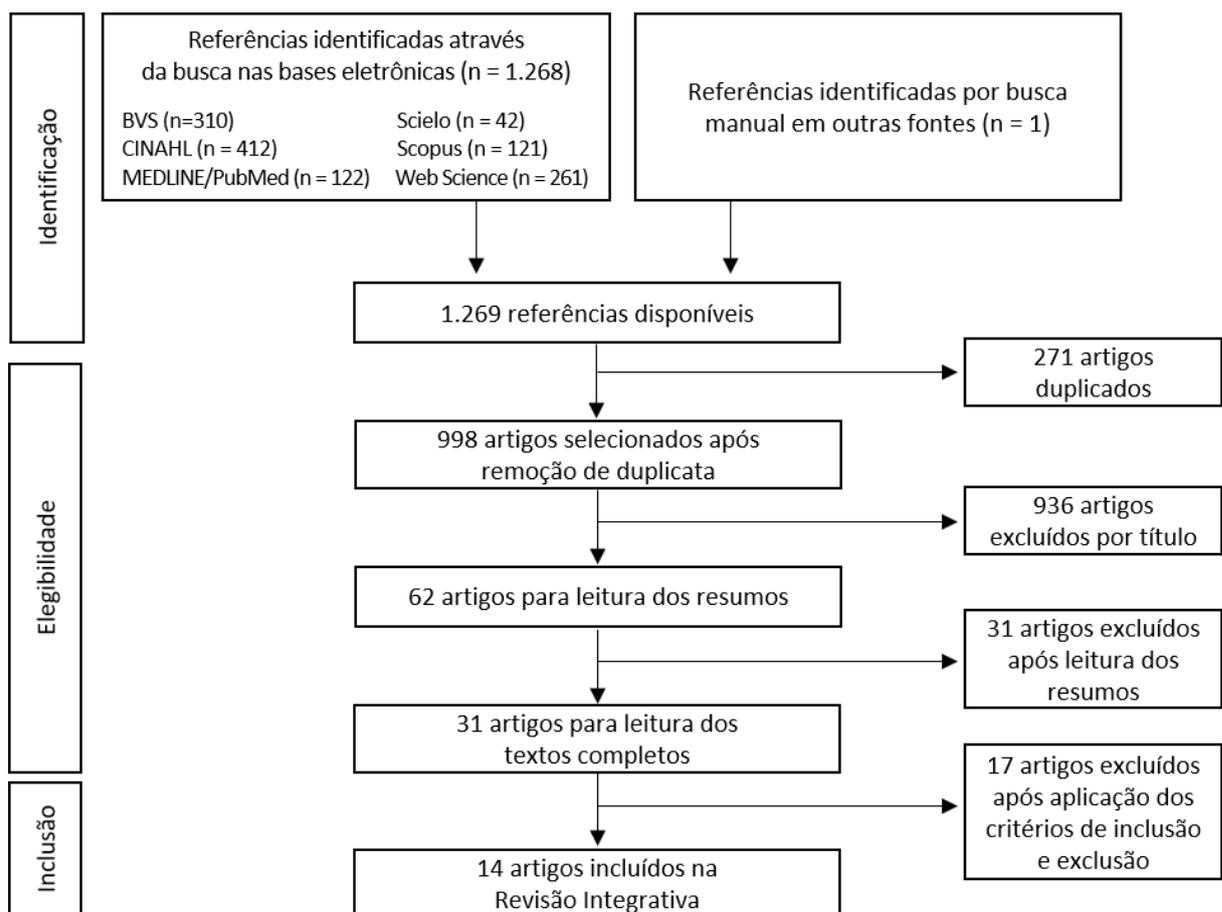
O processo de avaliação e seleção dos documentos se deu a partir de uma triagem. Primeiramente, foi realizada a leitura do título e descritores utilizados – alguns artigos foram eliminados logo nessa primeira etapa. Em seguida, foi feita a leitura dos resumos (descartando os que não se aplicavam) e por fim, a leitura dos textos completos. Para minimizar o risco de perdas, o mesmo método foi reaplicado.

A análise e discussão dos dados coletados foram feitas a partir de três categorias temáticas: ocorrência da Síndrome de *Burnout* e de suas dimensões; fatores de risco correlacionados com a SB e estratégias de intervenções individuais e institucionais adotadas para o enfrentamento do agravo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das buscas foram identificados, inicialmente, 1.269 registros, oriundos de busca sistematizada (n = 1.268) e busca manual (n = 1). Em seguida, foi realizada uma triagem para remover os registros duplicados (n = 271), e dessa forma ficaram disponíveis 998 publicações. A partir da leitura dos títulos, foram descartados 936 estudos, compondo 62 artigos para leitura do resumo. Após análise do conteúdo, 31 artigos foram selecionados para leitura do texto completo. Aplicados os critérios de inclusão/exclusão, foram selecionados 14 artigos. Esse percurso foi sintetizado na Figura abaixo.

Figura – Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos investigados – Rio de Janeiro - 2020



Fonte: A autora, 2020.

Os principais resultados da Revisão Integrativa estão agrupados no Quadro 2.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (continua)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
1	O <i>burnout</i> em profissionais de enfermagem que atuam em um complexo psiquiátrico	Medeiros <i>et al.</i>	Revista de Enfermagem da UFSM	2019	Quantitativo	Complexo Psiquiátrico (serviço hospitalar) localizado em João Pessoa, Paraíba, Brasil	42 profissionais de enfermagem	<i>Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)</i>	7,2% dos profissionais de enfermagem encontravam-se com níveis altos e críticos sugestivos de risco de SB. O tempo de trabalho na instituição foi associado com o desgaste psíquico.	Medidas de prevenção devem ser realizadas como intervenção.
2	Risco de Síndrome de <i>Burnout</i> em Enfermeiros da Saúde Mental	Azevedo <i>et al.</i>	Rev enferm UFPE on line	2019	Quantitativo	Hospital Psiquiátrico e CAPS. Teresina, Piauí, Brasil	23 enfermeiros	<i>Malash Burnout Inventory (MBI)</i>	Os enfermeiros não apresentaram SB, porém 47,8% demonstraram um alto risco; 21,7% com alta EE; 13% alta DE e 26,1% com baixa RP.	Há profissionais em risco de SB e, portanto, necessidade de adoção de medidas de enfrentamento ao estresse laboral.
3	<i>Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service</i>	Scanlan e Still	BMC Health Services Research	2019	Quantitativo	Serviços de Saúde Mental de Sydney, Austrália	277 profissionais de saúde mental	<i>Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)</i>	A satisfação no trabalho, a intenção de deixar o emprego e a SB estão inter-relacionadas. Foram associados à SB: os recursos do trabalho, recompensas, reconhecimento, controle, <i>feedback</i> e participação. Quanto às dimensões da SB, as altas demandas, trabalho por turnos e dupla jornada (no sentido de atividades familiares) foram associados com EE.	Estratégias necessitam ser implementadas e outros estudos realizados, para contribuir na redução da ocorrência da SB, rotatividade e satisfação no trabalho.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (continuação)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
4	Síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais dos centros de atenção psicossocial: um estudo descritivo	Silva <i>et al.</i>	Revista Enfermagem Atual	2018	Quantitativo	Dois Centros de Atenção Psicossocial do Piauí	16 profissionais da equipe multidisciplinar	<i>Malash Burnout Inventory</i> (MBI)	37,5% dos profissionais obtiveram alta EE; 31,5% baixa RP; e 12,5% alta DE. Os profissionais mais jovens obtiveram maior tendência para a SB.	Há necessidade de estabelecer processos que almejem o desenvolvimento de recursos para lidar com o estresse e com as dificuldades inerentes ao trabalho em Saúde Mental.
5	<i>Examining Burnout, Depression, and Self-Compassion in Veterans Affairs Mental Health Staff</i>	Atkinson <i>et al.</i>	The Journal of Alternative and Complementary Medicine	2017	Quantitativo	Serviços de Saúde Mental vinculadas ao Departamento de Veteranos de Guerra de Minneapolis, Estados Unidos	128 profissionais da equipe multidisciplinar	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI)	A autocompaixão foi inversamente correlacionada com a SB, permanecendo significativa mesmo após contabilização de sintomas depressivos e variáveis demográficas. De todas as variáveis examinadas, a autocompaixão foi o mais forte preditor de SB.	A autocompaixão pode atuar como um fator protetor. Estudos longitudinais futuros são necessários para compreender de forma mais aprofundada as correlações entre autocompaixão e SB.
6	<i>Burnout among psychiatrists in the Veterans Health Administration</i>	Garcia <i>et al.</i>	Burnout Research	2015	Quantitativo	Sistema de Saúde dos Veteranos, Texas, EUA	125 psiquiatras	<i>Malash Burnout Inventory</i> (MBI)	Houve vulnerabilidade à SB. 86% apresentou-se com EE; 90% com DE e 76, 3% com alta RP. O Elevado índice de DE associou-se à intenção de deixar o emprego, não sentir-se parte da equipe e a determinadas características dos pacientes. Atributos do local de trabalho associaram-se à EE.	A gestão deve traçar intervenções eficazes que beneficiarão a todos.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (continuação)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
7	The Roles of Individual and Organizational Factors in Burnout among Community-Based Mental Health Service Providers	Green <i>et al.</i>	Psychological Services	2014	Quantitativo	Unidades de Saúde Mental pediátricas em San Diego, Califórnia, Estados Unidos	285 profissionais multidisciplinares	<i>Malash Burnout Inventory</i> (MBI)	As variáveis referentes aos fatores organizacionais e estilo de liderança tiveram correlações mais significativas com a SB. Quanto às variáveis sociodemográficas, a idade foi a única com significância estatística.	Estratégias de desenvolvimento organizacional destinadas a criar climas mais funcionais e menos estressantes e níveis crescentes de comportamentos transformacionais de liderança são necessárias.
8	Exploring Correlates of Burnout Dimensions in a Sample of Psychiatric Rehabilitation Practitioners: A Cross-Sectional Study	Blau; Tatum; e Goldberg.	Psychiatric Rehabilitation Journal	2013	Quantitativo	Serviços de reabilitação psiquiátrica dos Estados Unidos	1.639 profissionais de reabilitação psiquiátrica	<i>Malash Burnout Inventory</i> (MBI)	Dimensões da SB: nível de escolaridade foi positivamente relacionado à EE; a idade, negativamente, à DE; e idade e tempo de serviço estavam ambos relacionados negativamente à reduzida RP. O envolvimento pessoal foi positivamente relacionado à EE e DE. Acredita-se que quando a EE está elevada, consequentemente o risco para DE aumenta, assim como a RP diminui.	Estratégias que reduzam o envolvimento pessoal com os clientes podem reduzir a DE e EE. A EE é geralmente reconhecida como componente-chave para <i>burnout</i> . A redução da EE pode diminuir os níveis de DE e aumentar a RP. Recomenda-se reduzir a SB, através de sessões de grupo de apoio.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (continuação)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
9	<i>Internal and external factors in professional burnout of substance abuse counsellors in Croatia</i>	Vorkapić; e Mustapić.	<i>Ann Ist Super Sanità</i>	2012	Quantitativo	Centro de Prevenção e Tratamento de Drogas da Croácia	68 técnicos de referência	<i>Malash Burnout Inventory (MBI)</i>	A maior média encontrada foi em EE. A DE apresentou níveis médios. Baixos escores de RP reduzida. Fatores como condições de trabalho, emoções pessoais, organização de trabalho e certos traços de personalidade mostraram relação significativa com as três dimensões da SB.	Ações específicas de cuidados de saúde mental são necessárias.
10	Qualified and Unqualified (N-R C) mental health nursing staff - minor differences in sources of stress and <i>burnout</i> . A European multi-centre study	Sorgaard; Ryan; e Dawson.	BMC Health Services Research	2010	Quantitativo	Enfermarias agudas e serviços comunitários de Saúde Mental da União Europeia	196 profissionais da Equipe multidisciplinar	<i>Malash Burnout Inventory (MBI)</i>	Os profissionais com qualificação e sem qualificação apresentaram risco alto nas dimensões de SB, respectivamente: a) EE: 8,9% e 12,5%; b) DE: 0,8% e 9,7%; c) RP: 25,4% e 20,8%. Taxas mais elevadas de DE ocorreram nos mais jovens e sem qualificação. Vítimas de violência no trabalho pontuaram de forma mais elevada na dimensão EE.	Não há medidas dirigidas aos profissionais nessas instituições, relacionadas ao estresse e ao desgaste, mas se fazem necessárias.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (continuação)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
11	<i>Burnout in Nonhospital Psychiatric Residential Facilities</i>	Pedrini <i>et al.</i>	Psychiatric Services	2009	Quantitativo	Instalações residenciais psiquiátricas não hospitalares do norte da Itália	202 profissionais da equipe multidisciplinar	<i>Malash Burnout Inventory (MBI)</i>	3% da amostra atingiu elevadas pontuações nas três dimensões do <i>burnout</i> . O risco de desenvolver <i>burnout</i> na amostra foi alto. Principais fatores relacionados ao trabalho associados com a SB: ausência de <i>feedback</i> , baixa identificação com as tarefas, apoio insuficiente de coordenadores, sexo, idade, carga de trabalho e correspondência de ambições.	Intervenções para evitar SB entre os funcionários devem ser desenvolvidas. Isso inclui fornecer um retorno sobre desempenho, identificando claramente as tarefas do trabalho e fornecendo apoio e suporte aos trabalhadores.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (continuação)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
12	Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists	Craig; e Sprang.	<i>Anxiety, Stress & Coping</i>	2009	Quantitativo	Instituições cujos profissionais atuam com trauma nos Estados Unidos	508 profissionais de saúde multidisciplinares	<i>Professional Quality of Life (ProQOL-III)</i>	5% da amostra apresenta índice elevado para SB; Perfil dos indivíduos que apresentaram risco elevado: - Mais jovens; - Com menos experiência na área de atuação; - Sem treinamento específico para a área de atuação; - Atuam em ambiente de internação; - Atuam com clientela que teve transtorno de estresse pós-traumático.	Foi sugerido que novas pesquisas explorassem outros potenciais preditores, características demográficas e ocupacionais, entre outros. Ressaltou a importância de abordar estratégias de enfrentamento e preventivas que possam contribuir para reduzir os danos causados nos indivíduos que atuam em ambientes altamente estressantes; Adoção de estratégias de identificação de pessoas que necessitam de atendimento precoce.

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão Integrativa – Rio de Janeiro – 2020 (conclusão)

N	Título	Autores	Periódico	Ano	Método	Campo	Sujeitos	Instrumento	Achados	Contribuição
13	<i>Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of community mental health staff</i>	Lasalvia et al.	The British Journal of Psychiatry	2009	Quantitativa	Serviços comunitários de Saúde Mental na região de Veneto, Itália.	1.328 profissionais multidisciplinares	<i>Malash Burnout Inventory</i> (MBI)	1/5 dos participantes apresentou altos escores de SB. Quanto às dimensões: 2/3 apresentou altos índices de EE; ¼ de DE e ¼ baixa RP. Os psiquiatras e os assistentes sociais estão mais desgastados emocionalmente. Preditores associados: exercício de atividades de cuidado direto com paciente; maior tempo de atuação na Saúde Mental; fraca coesão do grupo de trabalho e percepção de injustiça.	Melhorar o ambiente de trabalho nos serviços de Saúde Mental deve ser um dos alvos mais importantes nas estratégias de prevenção da SB. Os benefícios potenciais de tais programas podem ter um impacto favorável nos resultados institucionais.
14	<i>Burnout y apoyo social en personal del servicio de Psiquiatria de un hospital público</i>	Avendaño et al.	Ciencia y Enfermeria XV	2009	Quantitativo	Serviço de Psiquiatria de um hospital público do Chile	98 profissionais de saúde	<i>Malash Burnout Inventory</i> (MBI)	Houve risco para SB, principalmente para EE. A DE foi maior nos plantonistas e naqueles que atendem pacientes judicializados, e nos enfermeiros, técnicos paramédicos e assistentes de serviço. Consequências negativas universais poderão ocorrer.	É imprescindível que haja apoio aos trabalhadores, principalmente por parte dos chefes e supervisores, de modo que sejam revertidos efeitos positivos para o serviço.

Legenda: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Síndrome de *Burnout* (SB); Exaustão emocional (EE); Despersonalização (DE); Realização profissional (RP).

Fonte: A autora, 2020.

3.1 Caracterização das pesquisas

A distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados/portais está descrita na Tabela 1. Houve uma maior concentração na base bibliográfica *Scopus*, totalizando 46,15%. Trata-se da base referencial da Editora *Elsevier* e oferece um panorama abrangente da produção de pesquisas mundiais nas áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Físicas, Ciências Sociais/Humanas, Tecnologia e Artes (BRASIL, 2020).

Tabela 1 – Número e proporção de pesquisas oriundas da busca sistematizada, de acordo com as bases de dados/portais - Rio de Janeiro – 2020 (n =13)

Base/Portal	n	%
BVS	03	23,07
<i>Cinahl</i>	02	15,38
<i>Pubmed</i>	02	15,38
<i>Scopus</i>	06	46,15
Total	13	100

Fonte: A autora, 2020.

Ao analisar os estudos observou-se que, dentro do recorte temporal selecionado (2019-2009), o ano de 2009 foi o que teve mais publicações na íntegra sobre o objeto de estudo, perfazendo um total de quatro artigos (28,6%). Os demais anos podem ser acompanhados na Tabela 2. Nos anos de 2016 e 2011 não foram publicados artigos que atendessem aos critérios do objeto do estudo.

Tabela 2 – Número e proporção das pesquisas, conforme o ano de publicação - Rio de Janeiro - 2020 (n =14)

Ano de publicação	n	%
2019	3	21,42
2018	1	7,14
2017	1	7,14
2016	0	0
2015	1	7,14
2014	1	7,14
2013	1	7,14
2012	1	7,14
2011	0	0
2010	1	7,14
2009	4	28,60
Total	14	100

Fonte: A autora, 2020.

As produções analisadas foram publicadas em 12 periódicos, conforme Tabela 3. A *BMC Health Services Research* e *Psychiatric Services* foram as revistas com o maior número de publicações sobre o objeto (Tabela 3). A primeira é uma revista inglesa, que publica pesquisas nas áreas da ciência, tecnologia, engenharia e medicina (BIOMED CENTRAL, 2020). A segunda trata-se de um periódico americano, que publica estudos sobre psiquiatria, saúde mental e ciências comportamentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PUBLISHING, 2020).

Tabela 3 – Número de artigos publicados por periódico - Rio de Janeiro - 2020 (n =14)

Periódicos	n
<i>Ann Ist Super Sanità</i>	01
<i>Anxiety, Stress & Coping</i>	01
<i>BMC Health Services Research</i>	02
<i>Burnout Research</i>	01
<i>Ciencia y Enfermeria XV</i>	01
<i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i>	01
<i>Psychiatric Services</i>	02
Revista de Enfermagem da UFSM	01
Revista de Enfermagem UFPE on line	01
Revista Enfermagem Atual	01
<i>The British Journal of Psychiatry</i>	01
<i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>	01
Total	14

Fonte: A autora, 2020.

Em relação ao método, todos os estudos foram quantitativos. A maioria das pesquisas sobre a SB opta por essa abordagem, conforme foi encontrado em outras revisões (MEDEIROS-COSTA *et al.*, 2017; PORTELA *et al.*, 2015). Uma correlação pode ser estabelecida, devido à grande parte dos estudos mensurarem a prevalência da SB, mediante o uso de instrumentos específicos (MEDEIROS-COSTA *et al.*, 2017; PORTELA *et al.*, 2015). Todavia, Medeiros-Costa *et al.* (2017) ponderam que pesquisas de natureza qualitativa poderiam proporcionar um entendimento mais profundo sobre os mecanismos subjacentes à síndrome.

Quanto ao delineamento, os estudos configuraram-se como transversais, que apresentam como vantagens o baixo custo, a simplicidade analítica, o potencial descritivo e a agilidade na coleta de dados (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018). Porém, nesse tipo de pesquisa a coleta de dados ocorre apenas num único momento e não há como fazer inferência sobre a causalidade entre as variáveis (ATKINSON *et al.*, 2017; GREEN *et al.*, 2014; LASALVIA *et al.*, 2009). Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) referem que estudos longitudinais poderiam ser oportunos para avaliar melhor a ocorrência e o impacto causal da SB e de suas dimensões em mais intervalos de tempo.

Em relação à localidade em que os estudos foram realizados (Tabela 4), observou-se que a maioria, foi desenvolvida nos Estados Unidos da América (35,72%), seguidos do Brasil (21,42%) e Itália (15,4%).

Tabela 4 – Número e proporção de pesquisas selecionadas, segundo a localidade de desenvolvimento – Rio de Janeiro - 2020 (n =14)

Localidade	n	%
Austrália	01	7,14
Brasil	03	21,42
Chile	01	7,14
Croácia	01	7,14
Estados Unidos da América	05	35,72
Itália	02	14,3
União Europeia	01	7,14
Total	14	100

Fonte: A autora, 2020.

A Síndrome de *Burnout* há anos desperta interesse e preocupação, tanto da comunidade científica internacional como das entidades governamentais, empresariais e

sindicais norte-americanas, devido à severidade de suas consequências em nível individual e organizacional (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Sobre os idiomas das pesquisas selecionadas, 71,43% foram publicadas no inglês, conforme Tabela 5. Nassi-Calò (2016) aponta que há uma tendência mundial em estabelecer o inglês como a língua internacional da ciência. Di Bitetti e Ferreras (2016) referem que muitos autores, cujo idioma nativo não é o inglês, têm optado pela língua no intuito de aumentar a visibilidade e as citações de suas publicações. Em estudo comparativo realizado por esses pesquisadores, foi observado que artigos em inglês têm um número maior de citações do que os publicados em outros idiomas.

Tabela 5 – Número e proporção das pesquisas, de acordo com o idioma – Rio de Janeiro - 2019 (n =14)

Idiomas	n	%
Espanhol	1	7,14
Inglês	10	71,43
Português	03	21,43
Total	14	100

Fonte: A autora, 2020.

Na coleta de dados referentes à identificação da SB, identificou-se nos estudos a aplicação de questionários. O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi o instrumento de opção de dez dos estudos selecionados (71,44%), de acordo com a Tabela 6. Há outros instrumentos para mensurar a SB, o que torna delicado o processo de comparação dos resultados de estudos realizados. Mesmo o MBI possui adaptações nas escalas de *Likert* e padrões diversificados na definição de escores e conta com distintos critérios de classificação da SB (MOREIRA *et al.*, 2009).

Tabela 6 – Número e proporção de pesquisas, conforme instrumentos utilizados para rastreamento da SB – Rio de Janeiro - 2020 (n =14)

Instrumentos utilizados para avaliar <i>Burnout</i>	n	%
<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)</i>	01	7,14
<i>Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)</i>	01	7,14
<i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>	10	71,44
<i>Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)</i>	01	7,14
<i>Professional Quality of Life (ProQOL-III)</i>	01	7,14
Total	14	100

Legenda: Síndrome de Burnout (SB).

Fonte: A autora, 2020.

Os questionários são uma excelente opção para a coleta e mensuração de dados, entretanto há outros recursos, tais como grupos focais ou entrevistas individuais, que poderiam contribuir na disponibilização de dados qualitativos para uma análise mais profunda (STONE, 1978 apud BLAU; TATUM; WARD GOLDBERG, 2013).

Acerca dos serviços que serviram como campo de estudo (Quadro 3), a maior parte ocorreu em serviços comunitários de caráter ambulatorial. Desde que iniciaram os movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo, é recomendado que os grandes hospitais psiquiátricos sejam substituídos por serviços na comunidade (OMS, 2002) – fato que pode estar correlacionado ao maior número de pesquisas em instituições não hospitalares nos últimos tempos. Assim, houve uma expansão desses serviços constituindo-se como uma grande área de atuação para diversos profissionais, que muitas vezes encontram-se expostos a inúmeros estressores e, portanto, vulneráveis ao adoecimento, o que contribui para novas pesquisas nesse campo.

Quadro 3 – Campos de desenvolvimento das pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro - 2020

Serviços	n
Centro de Atenção Psicossocial	02
Centro de Prevenção e Tratamento de Drogas	01
Enfermarias agudas	01
Hospital Psiquiátrico	02
Instalações residenciais não hospitalares	01
Instituições para tratamento de Trauma	01
Serviço de Saúde Mental	01
Serviços de Reabilitação Psiquiátrica	01
Serviços de Saúde de Veteranos de Guerra	02
Serviços Comunitários de Saúde Mental	02
Unidades de Saúde Mental Pediátricas	01
Serviço de Psiquiatria de um hospital público	01

Fonte: A autora, 2020.

No que concerne aos profissionais participantes das pesquisas (Tabela 7, a seguir), a maioria dos estudos não especificou uma determinada categoria profissional, mas optaram por uma abordagem em equipes multidisciplinares (78,58%). Há décadas o trabalho em saúde mental passou a priorizar a composição de equipes com profissionais de diferentes formações, a fim garantir a integralidade, partilhar responsabilidades, possibilitar troca de conhecimento entre eles e incrementar as possibilidades terapêuticas (BRASIL, 2019; VASCONCELLOS, 2010).

Estudos sobre a SB na enfermagem são frequentes, possivelmente, devido à vulnerabilidade desses trabalhadores, oriunda da própria natureza da profissão, que exige do profissional um relacionamento mais próximo e contínuo com os usuários e seus problemas de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Tabela 7 – Participantes das pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro - 2020 (n =14)

Profissionais	n	%
Enfermeiros	01	7,14
Equipe de Enfermagem	01	7,14
Profissionais multidisciplinares	11	78,58
Psiquiatras	01	7,14
Total	14	100

Fonte: A autora, 2020.

Na apresentação dos dados qualitativos do estudo foram definidas três categorias temáticas, de acordo com os objetivos traçados para facilitar a análise e discussão apresentadas a seguir.

3.2 Categoria 1: A ocorrência da Síndrome de *Burnout* e de suas dimensões em trabalhadores da área de Saúde Mental

Nos estudos selecionados, a ocorrência da Síndrome de *Burnout* foi claramente aferida em 11 pesquisas (AVENDAÑO *et al.*, 2009; AZEVEDO *et al.*, 2019; CRAIG; SPRANG, 2010; GARCIA *et al.*, 2015; GREEN *et al.*, 2014; LASALVIA *et al.*, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2019; PEDRINI *et al.*, 2009; SCANLAN; STILL, 2019; SILVA *et al.*, 2018; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010), porém houve estudos em que essa informação não foi referida (ATKINSON *et al.*, 2017; BLAU; TATUM; WARD GOLDBERG, 2013; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012).

Dentre os estudos analisados, a prevalência da SB na amostra variou entre 3% a 20% (AVENDAÑO *et al.*, 2009; CRAIG; SPRANG, 2010; GARCIA *et al.*, 2015; LASALVIA *et al.*, 2009; PEDRINI *et al.*, 2009; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010). Garcia *et al.* (2015) e Sorgaard, Ryan e Dawson (2010) referiram que a ocorrência da SB nos respectivos estudos foi baixa, mas sem disponibilizar o valor. Nesses estudos, exceto de Craig e Sprang (2010), o MBI foi o questionário utilizado para verificar a ocorrência da SB, que é definida a partir de altos escores em Exaustão Emocional e Despersonalização, associados a baixos valores de Realização Profissional (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Em cinco investigações, nenhum profissional atingiu os escores que se configurassem como indicativos da síndrome (AZEVEDO *et al.*, 2019; GREEN *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2019; SCANLAN; STILL, 2019; SILVA *et al.*, 2018). Entretanto, Azevedo *et al.* (2019) verificaram em seu estudo que 47,8% apresentavam alto risco para SB e Medeiros *et al.* (2019), 7,2%, em função dos altos escores para a dimensão Exaustão Emocional (EE).

Em relação às dimensões da SB, os escores referentes à EE foi apontada em oito estudos, com ocorrência alta variando entre 8%, 9% a 86,20% (AVENDAÑO *et al.*, 2009; AZEVEDO *et al.*, 2019; GARCIA *et al.*, 2015; LASALVIA *et al.*, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2019; PEDRINI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2018; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010). Vorkapić e Mustapić (2012) referiram que a EE foi alta em sua investigação com técnicos de referência que atuam com usuários de drogas. O maior índice (n=86,20%) se deu no estudo de Garcia *et al.* (2015), que verificaram a prevalência de SB em psiquiatras de serviços de saúde do Departamento de Veteranos, no Texas.

Sobre a dimensão Despersonalização (DE), os altos escores variaram entre 0,8% a 89,90% em nove estudos (AVENDAÑO *et al.*, 2009; AZEVEDO *et al.*, 2019; GARCIA *et al.*, 2015; LASALVIA *et al.*, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2019; PEDRINI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2018; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010). Vorkapić e Mustapić (2012) mencionaram em seu estudo que a DE foi elevada. O escore mais alto (n=89,90%) foi encontrado também na investigação de Garcia *et al.* (2015), enquanto o menor foi identificado na pesquisa de Sorgaard, Ryan e Dawson (2010), que avaliaram a dimensão em profissionais qualificados de Serviços de Saúde Mental da União Europeia.

Quanto à dimensão Realização Profissional (RP), em nove estudos verificou-se altos escores, perpassando sentimentos de satisfação/realização com a profissão (AVENDAÑO *et al.*, 2009; AZEVEDO *et al.*, 2019; GARCIA *et al.*, 2015; LASALVIA *et al.*, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). Os baixos escores nessa dimensão variaram entre 5,5% a 50%. E apesar de, na investigação de Garcia *et al.* (2015), os profissionais apresentarem altos escores em EE e DE, as pontuações referentes a realização profissional foram bem elevadas (74,3%). Em contrapartida, no estudo de Pedrini *et al.* (2009), metade dos participantes estavam com níveis reduzidos de RP, de moderados a baixos nas demais dimensões (EE e DE).

Conforme verificado, a maioria dos estudos apresentou uma prevalência baixa da SB nas amostras estudadas, sendo evidenciados níveis moderados a elevados nos domínios de EE e DE com escores altos a moderados na dimensão RP. Estes resultados podem refletir a

percepção e satisfação dos indivíduos acerca da utilidade de seu trabalho. Muitas vezes, o trabalho está atrelado à contribuição social, à responsabilidade e a trocas interpessoais, assumindo um valor imensurável para a autoestima profissional (GARCIA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017; ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Apesar de nem sempre haver a suspeição da SB, devido aos escores elevados na RP, deve-se considerar que EE com altos escores é indicativo de exposição a estressores ocupacionais, cujas estratégias de enfrentamento não se mostram eficazes. Avendaño *et al.* (2009) apontam que a EE se configura, em muitos estudos, como precursora da SB. Atenção especial deve ser dada a esta parcela de trabalhadores, pois tais manifestações são indícios de risco de adoecimento físico e/ou mental com sérias repercussões para a vida pessoal, ocupacional e social (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

3.3 Categoria 2: Fatores de risco, constructos e preditores associados à Síndrome de *Burnout*

Apesar de a maioria dos estudos sobre a SB serem do tipo transversal, em que não se estabelece o nexos causal, entende-se ser importante a discussão sobre alguns aspectos que podem estar correlacionados à SB. Nos estudos avaliados, foi mencionada uma diversidade de atributos e, no intuito facilitar a sua compreensão, os dados foram descritos de acordo com as características ambientais, individuais, sociodemográficas, organizacionais e relacionados à clientela e examinados individualmente. Cabe destacar que essas variáveis exercem papel relevante na gênese da SB, podendo influenciar de forma individual ou no conjunto.

Os fatores ambientais foram abordados nos estudos de Medeiros *et al.* (2019) e de Vorkapić e Mustapić (2012), sendo feita referência a aspectos ambientais como: espaço de trabalho inadequado (pequeno, confinado, sem ventilação, entre outros), presença de grades, lotação das enfermarias, ruídos e odor no local (correlacionados com situações de higiene precárias dos usuários, cheiro de cigarro, etc). Situações similares foram descritas por Ruiz, Tovar e Andrade (2017) em um estudo, realizado na Colômbia, sobre as experiências das equipes de enfermagem diante de estressores ocupacionais em um serviço de Saúde Mental. Os autores elencaram ainda ausência de locais para se alimentar e descansar; inexistência de áreas verdes e estrutura física não funcional às necessidades do processo de trabalho. Essas condições ambientais são análogas a de outros serviços de Saúde Mental, ocasionando

sobrecarga e insatisfação nos trabalhadores (MEDEIROS *et al.*, 2019; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012).

Quanto aos fatores relacionados à clientela, foram citados: exigências emocionais e dependência elevadas; gravidade e cronicidade das doenças mentais – com pouca expectativa de melhora; atendimento a indivíduos em situações peculiares (imprevisibilidade das ações; em crise; judicializados; com suspeição de simulação da doença; em uso de drogas; em abstinência; hipersexualizados (risco de assédio sexual) e com heteroagressividade – tanto agressões físicas, como verbais) (AVENDAÑO *et al.*, 2009; CRAIG; SPRANG, 2010; GARCIA *et al.*, 2015; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010). Essas características dos usuários constituíram-se como preditores para DE e EE (AVENDAÑO *et al.*, 2009; GARCIA *et al.*, 2015; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010).

Zanatta *et al.* (2019) salientam que essas exigências e inúmeras demandas, inerentes ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e social, expõem os profissionais a vulnerabilidades e fragilidades, tais como sofrimento, desgaste, medo, adoecimento, sentimento de inutilidade, sentimento de impotência do cuidado, estresse, esgotamento e doenças mentais relacionadas ao trabalho. Esses autores afirmam que esses trabalhadores gastam suas vidas na defesa da vida dos outros, apesar de muitas vezes não se perceberem.

Os fatores sociodemográficos comumente são investigados em vários estudos disponíveis na literatura. Em muitos, os pesquisadores não encontram correlações estatísticas significativas entre o preditor, a SB e suas dimensões. Nos artigos selecionados, as variáveis citadas foram: sexo, idade, escolaridade, número de vínculos, renda, tempo de serviço e categoria profissional.

Acerca do variável sexo, Medeiros *et al.* (2019) observaram que homens possuíam menor RP. Corroborando com esse resultado, Silva *et al.* (2018) identificaram que 60% dos profissionais do sexo masculino possuíam reduzida RP. Dados contraditórios, foram identificados por Avendaño *et al.* (2009) e Vorkapić e Mustapić (2012). Avendaño *et al.* (2009), Lasalvia *et al.* (2009), Pedrini *et al.* (2009) e Silva *et al.* (2018) observaram que homens possuíam maiores índices de DE, e, de forma atípica Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) encontraram maiores pontuações no sexo feminino.

Em relação à EE, Silva *et al.* (2018) observaram que 45,5% das mulheres apresentavam altos escores nessa dimensão. Scanlan e Still (2019) abordaram que as interferências trabalho-casa foram associadas com níveis mais elevados de EE. A sobrecarga de trabalho e a fadiga entre as mulheres e maior vulnerabilidade à SB, podem estar atreladas às duplas ou triplas jornadas. Em geral as mulheres protagonizam as tarefas domésticas e de

cuidado; possuem menor *status* social e baixa autonomia no trabalho. Essas variáveis podem aumentar o risco de desgaste e EE (ARAÚJO; PENAFORTE, 2016; OMS, 2010; SILVA *et al.*, 2015; VIEIRA, 2015).

No que tange a idade e a experiência profissional, profissionais mais jovens e menos experientes apresentam maior propensão às três dimensões da SB: EE, DE e reduzida RP (BLAU; TATUM; WARD GOLDBERG, 2013; CRAIG; SPRANG, 2010; GREEN *et al.*, 2014; PEDRINI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2015; SORGAARD; RYAN; DAWSON, 2010; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). De forma controversa à maioria dos estudos, Lasalvia *et al.* (2009) e Medeiros *et al.* (2019) encontraram escores mais elevados em profissionais que atuavam há mais tempo.

Com base em estudos realizados por pesquisadores, a literatura aponta que adultos jovens são mais propensos a desenvolverem a SB, devido a fatores de risco, como insegurança, pouca experiência profissional e cobranças em termos de desempenho (OLIVEIRA *et al.*, 2017; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) complementam mencionando a vulnerabilidade à SB, devido à excessiva idealização juvenil em relação ao trabalho e à frustração de expectativas não concretizadas. Silva *et al.* (2015) alertam que esses indivíduos sentem-se mais sobrecarregados e tomam uma postura de distanciamento dos colegas como estratégia defensiva, reduzindo o apoio social e aumentando o risco de SB.

A qualificação profissional assemelha-se à experiência profissional no sentido de que o profissional pode se sentir mais habilitado e confiante para o trabalho em função dos conhecimentos obtidos. No estudo de Silva *et al.* (2015), a maioria dos profissionais com especialização em Saúde Mental apresentaram baixos escores em EE. Infere-se que devido ao conhecimento acumulado e a troca de experiências entre os colegas, estes indivíduos tenham desenvolvido mecanismos mais adaptativos diante das demandas e com menor esforço na realização das atividades cotidianas. Todavia Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) encontraram em sua pesquisa que profissionais com níveis mais elevados de educação apresentaram maiores escores em EE; talvez por se encontrarem mais exigentes em relação ao desempenho de papéis e necessitarem de maior reconhecimento e/ou gratificação.

No tocante a categoria profissional, trabalhadores que mantem um relacionamento mais próximo e contínuo com a clientela e/ou que convivem com seus problemas de ordem psicossocial – como ocorre com os trabalhadores de enfermagem, paramédicos, psiquiatras e assistentes sociais, encontram-se mais vulneráveis à SB, principalmente em relação a

dimensão EE e DE, devido à exposição mais próxima e contínua com doença e os problemas dos usuários (AVENDAÑO *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2015).

A renda e número de vínculos não foram objetos de discussão na maioria dos estudos. Apenas Medeiros *et al.* (2019) referiram que no critério renda não houve significância estatística, apesar de os profissionais que ganhavam mais de três salários mínimos apresentaram RP diminuída.

No que diz respeito a variável número de vínculos, foi identificado nos estudos que 100% da amostra dos profissionais que acumulavam mais de um emprego apresentaram alta EE. Situação similar foi encontrada por Dutra *et al.* (2018) em pesquisa realizada com profissionais da hemodiálise. Apesar de o duplo ou triplo vínculo implicar em jornadas extensas e maior desgaste, deve-se considerar que na atualidade alguns aspectos psicossociais como maior poder aquisitivo, incremento da renda familiar e reconhecimento social podem funcionar como fatores protetores da SB. Além disso, é mencionado também na literatura sobre a possibilidade de a mudança de cenário proporcionar a vivência de outras situações, de modo a gerar maior proteção aos estressores (LIMA; FARAH; BUSTAMENTE-TEIXERA, 2018).

Quanto às características individuais, testes estatísticos ao serem aplicados no intuito de se estabelecer a associação das variáveis com a SB, identificaram o seguinte:

- a) Autocompaixão: Atkinson *et al.* (2017) observaram que a autocompaixão foi inversamente associada à SB. Geralmente, profissionais com baixa autocompaixão são muito exigentes; perfeccionistas; possuem altas expectativas consigo mesmo e elevado grau de envolvimento com as necessidades da clientela, ficando mais vulneráveis à EE (ATKINSON *et al.*, 2017; SAVIETO *et al.*, 2019);
- b) Depressão: Atkinson *et al.* (2017) averiguaram que a depressão obteve forte associação com à SB. Em revisão realizada por Medeiros-Costa *et al.* (2017) sobre esgotamento profissional no contexto da enfermagem, a depressão foi mencionada como constructo associado à SB em 3,09% dos estudos revisados;
- c) Características de personalidade com propensão à SB: indivíduos que possuem perfil do tipo idealista, perfeccionista, submisso à autoridade e dotados de grandes expectativas encontram-se mais vulneráveis a SB, apresentando baixa RP e alta EE (BENEVIDES-PEREIRA, 2014). No

estudo de Vorkapić e Mustapić (2012), tais características foram correlacionadas com o aumento da DE e baixa RP. Observaram também que tais características encontravam-se mais presentes nas mulheres (VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012);

- d) Envolvimento pessoal (refere-se ao sentimento de sentir-se responsável pelo bem-estar dos clientes): Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) concluíram que foi positivamente relacionado com a EE e DE;
- e) Demandas cognitivas e exigências emocionais: apresentaram uma correlação positiva com RP, no sentido de ser algo motivacional, desafiador para o trabalhador da Saúde Mental (SCANLAN; STILL, 2019; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012);
- f) Satisfação com o trabalho, correspondência de ambições e identificação com as tarefas: correlacionaram-se positivamente com a RP. Pedrini *et al.* (2009) verificaram que profissionais que apresentam pouca identificação com o processo de trabalho, possuem quatro vezes maior risco de reduzida RP. Em estudo realizado por Vorkapić e Mustapić (2012), foi averiguado que profissionais satisfeitos com o trabalho, mesmo estando com altos escores em EE, sentem-se gratificados com o trabalho tendo RP aumentada;
- g) Intenção de deixar o emprego: esta variável foi associada com a EE e fortemente com a DE, cujo sentimento de RP foi baixo. O desligamento de um profissional, além de trazer implicações para a sua vida psicossocial, deve ser vista para a organização como uma situação problemática devido ao rompimento de vínculos com os usuários; sobrecarga da equipe; necessidade de treinamento e adaptação de um novo trabalhador e aumento de custos (GARCIA *et al.*, 2015).

Em relação aos fatores organizacionais foram mencionados os seguintes aspectos:

- a) Organização do trabalho, atribuições e objetivos institucionais bem definidos: foram correlacionados negativamente com EE e reduzida RP. (VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). Green *et al.* (2014) encontraram níveis altos de RP. Entretanto, quando havia conflito de papéis, houve aumento da EE e DE. Quando a instituição não está organizada, os profissionais

sentem-se sobrecarregados, o clima torna-se estressante e o nível de EE aumenta e a RP diminui (GREEN *et al.*, 2014);

- b) Estilo de liderança, suporte organizacional e percepção de injustiça na gestão: Green *et al.* (2014), Lasalvia *et al.* (2009), Pedrini *et al.* (2009) e Sorgaard, Ryan e Dawson (2010) constaram que o perfil da liderança correlaciona-se positivamente com a RP, quando a liderança tem um estilo transformacional, consultivo e inclusivo. Ao contrário, há propensão para EE, como referido por Pedrini *et al.* (2009). Quanto à conduta justa do líder com a equipe, Garcia *et al.* (2015) constataram que houve uma correlação negativa com a EE, e Lasalvia *et al.* (2009) identificaram uma correlação negativa com DE;
- c) Controle sobre o trabalho: de acordo com Benevides-Pereira (2014) trata-se da autonomia do indivíduo possuir autonomia para desempenhar suas atividades laborais. Garcia *et al.* (2015) e Lasalvia *et al.* (2009) verificaram que houve uma correlação negativa com DE.
- d) Participação no processo decisório: associou-se positivamente com a RP, tanto no estudo de Lasalvia *et al.* (2009), como Scanlan e Still (2019). Alves *et al.* (2018) salientam sobre a relevância do protagonismo dos sujeitos, gestores e colaboradores na tomada de decisão e na sistematização do processo de trabalho, sendo tais fatores fundamentais para diminuir a sobrecarga e melhorar as condições laborais;
- e) *Feedback* dos resultados: Scanlan e Still (2019) identificaram que quando há retorno do desempenho do trabalho realizado, ocorrem escores mais baixos de EE e maior RP. Pedrini *et al.* (2009) verificaram que profissionais que possuíam baixa frequência de *feedback* apresentavam risco 4,4 vezes maior de EE e 2,3 vezes de DE;
- f) Investimento no profissional, reconhecimento e recompensas: Azevedo *et al.* (2019) referem que pouco reconhecimento, recompensa e valorização por parte da instituição resultam em alto risco de SB. Lasalvia *et al.* (2009) e Scanlan e Still (2019) observaram que quando esses itens são insuficientes, a RP diminui e DE aumenta. Esses mesmos pesquisadores encontraram que a intenção de deixar o emprego também esteve diretamente correlacionada com a insuficiência dessas ações;

- g) Escassez de recursos materiais: Garcia *et al.* (2015) observaram que estas variáveis funcionaram como preditores de EE. Lasalvia *et al.* (2009) e Scanlan e Still (2019) complementam que correlaciona-se também proporcionalmente à DE e inversamente com a RP;
- h) Dimensionamento incorreto de profissionais: Garcia *et al.* (2015) encontraram que o déficit de recursos humanos possibilitou maior risco de SB devido, provavelmente a sobrecarga da equipe;
- i) Poucas mudanças positivas no ambiente psicossocial do trabalho: a falta de perspectiva de mudanças ou melhorias no ambiente ocupacional aumenta o risco de EE e DE (LASALVIA *et al.*, 2009);
- j) Carga horária extensa: Medeiros *et al.* (2019) observaram que as jornadas de trabalho extensas, além de aumentarem as cargas física e psíquica no trabalho, geram insatisfação;
- k) Sobrecarga: Green *et al.* (2014) e Lasalvia *et al.* (2009) identificaram que a sobrecarga de trabalho contribui também para a EE. Green *et al.* (2014) referem aumento do risco de DE; Pedrini *et al.* (2009) identificaram baixa RP. Green *et al.* (2014) salientam que a EE pode indicar que há tarefas em excesso e insuficiência de tempo, o que pode fazer com que o profissional adote um distanciamento e uma desvinculação da clientela, aumentando o risco de DE – o que é completamente danoso, visto que são inerentes ao trabalho em Saúde Mental e atenção psicossocial: vinculação, corresponsabilização e longitudinalidade do cuidado por parte do profissional;
- l) Escassez de horários de pausa no trabalho: predispõe à baixa RP (VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). Em situações formais de trabalho em que os direitos do trabalhador são respeitados há garantia legal de descanso remunerado tais como férias, feriados, finais de semana, intervalos de descansos e limite de carga horária máxima por semana. Garrosa-Hernández *et al.* (2014) alertam que muitos profissionais da área da saúde não usufruem dessa reparação legal remunerada, devido à necessidade de complementação da renda, seja adquirindo outro emprego, vendendo férias ou acumulando banco de horas, e dessa forma ficam mais vulneráveis ao desenvolvimento da SB;

- m) Restrição do trabalho apenas às atividades assistenciais: foi verificado por Garcia *et al.* (2015) que a impossibilidade de o profissional não poder destinar tempo para atividades de estudo, reuniões, entre outras, aumenta o risco de DE – situação comum vivenciada por psiquiatras, devido ao desempenho de atividades restritas ao profissional médico, tais como prescrição medicamentosa, emissão de laudos e atestados;
- n) Trabalho em turnos: Avendaño *et al.* (2009) observaram que profissionais que atuam como plantonistas apresentaram maior DE;
- o) Apoio social/coesão da equipe/cooperação: diversas pesquisas têm mencionado sobre a relevância do trabalho em equipe, como suporte para as demandas e desafios do cotidiano (AVENDAÑO *et al.*, 2009; GARCIA *et al.*, 2015; GREEN *et al.*, 2014; LASALVIA *et al.*, 2009; SCANLAN; STILL, 2019; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). A insuficiência previu aumento da DE (GARCIA *et al.*, 2015; LASALVIA *et al.*, 2009); Green *et al.* (2014), Lasalvia *et al.* (2009) e Vorkapić e Mustapić (2012) constataram diminuição dos níveis de RP na ausência destes fatores;
- p) Capacitação profissional (atividades de educação permanente ou continuada) e uso de Prática Baseada em Evidências (PBE): esses processos aumentam a RP e proporcionam maior conhecimento e instrumentalização para o exercício da função, e com isso diminuem o risco de SB (CRAIG; SPRANG, 2010; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012).

3.4 Categoria 3: Medidas de cunho preventivo individuais e organizacionais

A literatura evidencia que diferentes formas de intervenção e prevenção da SB são recomendadas. Nesse sentido, Garrosa-Hernández *et al.* (2014) referem que os programas preventivos nas instituições são escassos, prevalecendo as ações de cunho interventivo. Sobre as medidas centradas no indivíduo, ressaltam a importância de o trabalhador desenvolver a aprendizagem de estratégias de enfrentamento frente aos estressores do cotidiano de trabalho, de modo que sua capacidade adaptativa não seja ultrapassada (GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2014). Basicamente, a aprendizagem está voltada para o fortalecimento de recursos

internos do indivíduo ou mudança da forma como o trabalhador se comporta perante as adversidades do trabalho (LASALVIA *et al.*, 2009).

Nas organizacionais, principalmente quando centradas na interação do indivíduo no contexto ocupacional, visa-se intervir nas situações desfavoráveis da organização potencialmente geradoras de estresse, melhorando o ambiente e o clima de trabalho. O intuito principal é modificar as condições ocupacionais, a percepção do profissional e as estratégias de enfrentamento diante de estressores laborais (GARROSA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2014).

As ações podem ter caráter preventivo ou interventivo em função da necessidade apresentada pelo indivíduo, sendo classificadas em primária, secundária e terciária. Na prevenção primária, busca-se a redução dos estressores, antes de serem percebidos como tal. Na secundária, o estressor já é percebido e o indivíduo não apresenta sintomas de estresse, possuindo recursos para o retorno da homeostase; e terciária, cujas ações estão voltadas para o tratamento e, se necessário, reabilitação.

Nos artigos analisados foram identificadas propostas de prevenção da SB centradas no indivíduo (Quadro 4) ou na organização (Quadro 5).

Quadro 4 – Medidas individuais de cunho preventivo abordadas nas pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro – 2020

Estratégias
Adoção de medidas de enfrentamento ao estresse laboral
Conhecimento sobre a Síndrome de <i>Burnout</i>
Desenvolvimento da Autocompaixão
Estratégias de <i>coping</i>
Facilitar o processo de aprendizagem (Capacitação e uso de PBE)
Promoção de comportamentos saudáveis
Psicoterapia
Sentimento de Realização Profissional
Técnicas cognitivas-comportamentais
Técnicas de relaxamento e meditação

Fonte: A autora, 2020.

Quadro 5 – Medidas organizacionais de cunho preventivo abordadas nas pesquisas selecionadas - Rio de Janeiro - 2020

Estratégias
Agir com justiça
Assegurar a participação dos profissionais em atividades diversificadas, para além das assistenciais, e otimizar as tarefas administrativas
Desenvolvimento de pesquisas
Fomentar apoio social, harmonia nas relações interpessoais e trabalho em equipe coeso
Formação de grupos de apoio
Fornecer arranjos flexíveis individualizados, ajustes de carga horária e lotação por identificação
Garantir recursos para o desenvolvimento do trabalho
Melhorar a qualidade de vida no trabalho
Ofertar Feedback dos resultados e participar das mudanças
Optar por estilos de liderança modernos (transformacionais, situacionais, etc.) e promover o controle no trabalho
Prezar por uma estrutura organizacional coerente e pela clareza dos objetivos e papéis
Promover ações voltadas para a saúde do trabalhador
Proporcionar reconhecimento, recompensas e possibilidade de progresso
Sistematizar acolhimento e acompanhamento do profissional jovem, do recém admitido ou com pouca experiência profissional

Fonte: A autora, 2020.

Quanto as medidas individuais de cunho preventivo (Quadro 4):

a) Conhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*:

Apesar de os estudos sobre a SB serem realizados desde a década de 1980, por ser pouco conhecida pelos profissionais, há necessidade de maior discussão sobre a síndrome, os fatores preditores, as variáveis correlacionadas ao processo e também em relação às formas de enfrentamento adotadas pela organização e o próprio indivíduo. Neste sentido, é importante a continuidade dos estudos e sua divulgação, principalmente no que diz respeito aos fatores preditores envolvidos (BLAU; TATUM; WARD GOLDBERG, 2013; FONSECA et al., 2018; GARROSA-HERNÁNDEZ et al., 2014; GIANASI; OLIVEIRA, 2014; VITORINO et al., 2018).

Essa temática pode ser desenvolvida através de aula expositiva, estudo de caso, roda de conversa, workshops, etc (BLAU; TATUM; WARD GOLDBERG, 2013; GARROSA-HERNÁNDEZ et al., 2014).

Azevedo et al. (2019) salientam sobre a importância dessas atividades, tanto para o conhecimento como para o autorreconhecimento da SB. Dessa forma, intervenções podem ser adotadas precocemente, reduzindo os possíveis danos.

b) Capacitação e uso de práticas baseadas em evidências:

Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) referem que atividades de educação continuada contribuem com a aquisição de conhecimento e aumentam o grau de confiança nas condutas adotadas, e com isso diminuem a EE, aumentam a satisfação profissional e, conseqüentemente, diminuem o risco de SB. Craig e Sprang (2010) complementam que as práticas baseadas em evidências atuam da mesma forma. Silva et al. (2018) corroboram sugerindo a incorporação de atividades de educação permanente, ou seja, a aprendizagem no próprio local de trabalho a partir de problemas vivenciados no cotidiano, visando a transformação das práticas (BRASIL, 2018b).

c) Estratégias de Coping:

Silva et al. (2018) reportam as estratégias de coping ou de enfrentamento frente os estressores laborais, como uma alternativa para a diminuição da ocorrência da SB. De acordo com Savoia e Amadera (2016), coping é definido como a capacidade de dominar e se adaptar às situações de estresse mediante ações centradas na solução do problema ou na regulação da emoção. Dessa forma, o intuito é que o indivíduo seja capaz de tolerar, diminuir, confrontar, aceitar ou ignorar a ameaça, tendo como objetivo final a recuperação do equilíbrio ou homeostase (GARROSA-HERNÁNDEZ et al., 2014).

d) Promoção de comportamentos saudáveis:

Medeiros et al. (2019) mencionam que momentos de descontração e lazer são necessários para reduzir a chance do adoecimento físico, psíquico e emocional. Silva et al. (2018) acrescentam a importância de dormir horas suficientes, a prática de exercícios e dieta equilibrada, já que diminuem os efeitos do estresse ocupacional, proporcionam equilíbrio físico e mental,

deixando o sujeito mais produtivo e, conseqüentemente, apresenta melhores resultados no serviço. Garrosa-Hernández et al. (2014) incluem ainda a realização de atividades de ócio e desfrutamento do tempo livre.

Os autores supracitados enfatizam a importância do cumprimento dos momentos de descanso, tais como folgas, fins de semana, feriados e férias, a fim de garantir a reparação e o reequilíbrio da energia gasta no trabalho. Advertem que se o trabalhador, nesses momentos, utiliza o tempo para fazer outras atividades (domésticas, laborais, etc), o objetivo não é alcançado e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade para o adoecimento, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018).

e) Técnicas de relaxamento e meditação:

Medeiros et al. (2019) citam o relaxamento como uma estratégia para lidar com as imprevisibilidades inerentes aos ambientes de psiquiatria, tais como ocorrências de surto e heteroagressividade dos usuários. Garrosa-Hernández et al. (2014) referem que as técnicas de relaxamento atuam diminuindo os sentimentos de EE e melhoram a disposição ergonômica no ambiente de trabalho. Enumeram algumas técnicas mais utilizadas e, dentre elas: respiração, meditação, ioga e musicoterapia. Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) comungam da mesma linha sobre os benefícios da meditação associado a abordagens comportamentais para a redução da EE, e ratificam diminuição dos escores da dimensão DE.

f) Técnicas cognitivas-comportamentais:

Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) aludem sobre aplicabilidade das técnicas cognitivo-comportamentais de enfrentamento associadas a outras estratégias, como meditação, identificação de significado pessoal e desenvolvimento de práticas de gratidão, para diminuir EE e DE. As técnicas cognitivas contribuem para o indivíduo modificar a própria interpretação do ambiente, de modo que as respostas emocionais (ansiedade, frustração, raiva, etc), diante de determinadas situações, não sejam tão valorizadas ou interpretadas como algo tão complexo pelo indivíduo. Dessa forma, trata do real a partir do conhecimento do problema (GARROSA-HERNÁNDEZ et al., 2014).

g) Psicoterapia

Silva et al. (2018) referem que devido à elevada demanda emocional na psiquiatria é imprescindível o acompanhamento dos profissionais através de psicoterapia para desenvolver condições internas para sustentar o cuidado. Para Garrosa-Hernández et al. (2014), a psicoterapia pode proporcionar meios para que o indivíduo se fortaleça internamente a fim de enfrentar de modo mais efetivo e adequado as dificuldades com as quais se depara, tanto no campo profissional como no pessoal.

h) Sentimento de realização profissional

Azevedo et al. (2019) reportam que a RP, associada ao sentimento de gratificação pelo trabalho, favorece a atenuação da ocorrência da SB, a permanência do profissional em pleno exercício com eficiência e a redução do absenteísmo. Craig e Sprang (2010) complementam que esta abordagem pode atuar na redução da EE.

No estudo de Vorkapić e Mustapić (2012), apesar de os profissionais terem apresentado altos escores nas dimensões EE e DE, o sentimento de RP não foi diminuído. Esses autores formulam uma hipótese baseada no fato de que esses profissionais não possuem grandes expectativas em relação às mudanças comportamentais dos dependentes químicos, entendendo a complexidade que é o tratamento da dependência química, condicionando-se a se satisfazerem com poucas mudanças do quadro clínico dos pacientes.

i) Adoção de medidas de enfrentamento ao estresse laboral

Para Azevedo et al. (2019) a adoção de medidas de enfrentamento do estresse laboral é necessária, uma vez que as desordens emocionais, físicas e mentais têm caráter psicossocial, afetando outras áreas fora do ambiente ocupacional. Sorgaard, Ryan e Dawson (2010) acrescentam que essas ações devem ser incorporadas no cotidiano da organização.

j) Desenvolvimento da autocompaixão

De acordo com Atkinson et al. (2017), a autocompaixão pode modificar as emoções e interpretações frente às ações envolvidas no cuidado do profissional de Saúde Mental, diminuindo as expectativas consigo mesmo, o perfeccionismo, e a supressão ou negligência de suas próprias necessidades de saúde e bem-estar.

a) Garantir recursos para o desenvolvimento do trabalho

Trabalhar com insuficiência de aparatos necessários, sejam materiais ou humanos, para o desenvolvimento das atividades, sempre teve destaque nos estudos ergonômicos, pois infere-se que tal situação de trabalho pode causar danos psicológicos e físicos, a médio e longo prazos (BENEVIDES-PEREIRA). Dessa forma, Vorkapić e Mustapić (2012) advertem que cabe à instituição a garantia de condições adequadas do ambiente laboral para evitar a EE.

Garcia et al. (2015) corroboram apontando que o dimensionamento correto dos profissionais pode contribuir para reduzir as pressões advindas da carga de trabalho e, por conseguinte a SB. Contribui também para reajustar o volume de atividades dentro do tempo disponível, favorecendo a conclusão das mesmas e assim a satisfação dos profissionais envolvidos (GREEN et al., 2014).

b) Fornecer arranjos flexíveis individualizados, ajustes de carga horária e lotação por identificação

Scanlan e Still (2019) referem que as organizações deveriam flexibilizar a realização do trabalho, entendendo as repercussões advindas dos fatores psicossociais comuns a profissionais de saúde, incluindo os da saúde mental, tais como trabalho por turnos e dupla jornada. Dessa forma, arranjos individuais flexíveis poderiam reduzir o impacto negativo desses fatores e contribuir para a RP. Garcia et al. (2015) complementam ao afirmar que a flexibilização na programação da escala poderia reduzir a SB. Um exemplo dessa flexibilização é a lotação dos profissionais de acordo com a sua expertise ou interesse. Garcia et al. (2015) observaram que aqueles profissionais que exercem funções das quais possuem identificação apresentam sentimentos maiores de RP.

c) Prezar por uma estrutura organizacional coerente e pela clareza dos objetivos e papéis

Green et al. (2014) recomendam que haja clareza na organização, principalmente no que se refere aos papéis de cada colaborador, proporcionando-se, dessa forma, um clima organizacional funcional, que pode elevar os níveis de competência e eficácia no trabalho. Além disso, evitam-se conflitos oriundos da desinformação e frustração das

expectativas do trabalhador e dos demais sujeitos envolvidos (pares, clientela ou gestores). Esse aspecto é fundamental em relação aos profissionais da saúde mental, uma vez que realizam muitas atividades em equipe, tais como elaboração de projetos terapêuticos, compartilhamento de atendimentos, discussão de casos e trabalho em rede (BRASIL, 2015a).

Green et al. (2014) afirmam tais fundamentos contribuem para que ocorrem melhorias na cultura e no clima das organizações favorecendo a permanência dos funcionários e na qualidade dos serviços prestados aos clientes.

- d) Optar por estilos de liderança modernos (transformacionais, situacionais, etc.) e promover o controle no trabalho

Lasalvia et al. (2009) referem que líderes inclusivos e consultivos incentivam e proporcionam uma cultura fundamentada na integridade, abertura, transparência e preocupação com os funcionários, ocasionando aumento da RP e, conseqüentemente, diminuição do risco de SB (SORGAARD, RYAN; DAWSON, 2010). Green et al. (2014) mencionam que outros benefícios são trazidos, tais como bem-estar dos profissionais, melhor funcionamento da organização e qualificação do atendimento aos usuários. Sorgaard, Ryan e Dawson (2010) afirmam que a liderança transformacional estimula uma postura mais coletiva do grupo, protegendo contra a DE.

Garcia et al. (2015) e Lasalvia et al. (2009) indicam que o controle do processo de trabalho deve ser concedido ao trabalhador. Resultados positivos similares foram mencionados por esses autores em função da diminuição da DE.

- e) Agir com Justiça

Os gestores devem agir com justiça, pois quando os trabalhadores têm essa percepção, níveis de DE diminuem e de RP aumentam (LASALVIA et al., 2009). Garcia et al. (2015) também identificaram o aumento da RP e diminuição da EE frente essas variáveis.

Benevides-Pereira (2014) e Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) reportam que se deve evitar cargas horárias desiguais, falta de isonomia salarial nos mesmos cargos ou funções, promoções de forma ilícitas, entre outros.

- f) Ofertar *Feedback* dos resultados e participar das mudanças

De acordo com Benevides-Pereira (2014), o retorno ao profissional em relação ao trabalho executado deve ser fornecido pelos usuários, pares e superiores. Para Pedrini et al. (2009) o feedback pode ser apresentado na rotina diária ou durante reuniões. Tal ação contribui também para melhorar as relações de trabalho. Scanlan e Still (2019) encontraram no seu estudo que o feedback proporcionou níveis mais baixos de EE e maior RP. Lasalvia et al. (2009) verificaram que os profissionais ao serem comunicados e/ou participavam das mudanças institucionais, menores níveis de DE ocorriam. Outros possíveis benefícios aos trabalhadores são: sentimento de pertença ou satisfação por receber informações e participar do processo de trabalho em todas as fases, minimização de erros e consequente percepção do aumento da segurança (GARROSA-HERNÁNDEZ et al., 2014).

- g) Proporcionar reconhecimento, recompensas e possibilidade de progresso
- Azevedo et al. (2019) abordam que recompensas (simbólicas ou de ordem material) oriundas do trabalho, assim como reconhecimento, proporcionam RP, motivação e sentimento de pertencimento (SCANLAN; STILL, 2019). Lasalvia et al. (2009) reportam que há trabalhadores que, mesmo com uma carga elevada, conseguem suportar o trabalho, quando têm percepção de que estão sendo valorizados pelos seus esforços ou fazendo algo importante.

Atualmente, devido ao neoliberalismo e à terceirização dos serviços de saúde no país e neles incluídos os de Saúde Mental, têm sido cada vez mais restritas as possibilidades de garantia de negociação coletiva, e com isso tem havido perdas materiais importantes para a classe trabalhadora e dentre elas a aquisição de benefícios e garantia de direitos trabalhistas previstos em lei como remunerações justas, vale-alimentação/refeição, auxílio educação e garantia de plano de cargos e salários (IPEA, 2018).

- h) Fomentar apoio social, harmonia nas relações interpessoais e trabalho em equipe coesa

Nos artigos selecionados, o apoio social foi a estratégia preventiva mais mencionada como efetiva pelos pesquisadores, sendo considerada como alvo principal das intervenções (LASALVIA et al., 2009). Dessa forma, preconiza-se que sejam formadas relações colaborativas, onde os membros

do grupo de trabalho estão dispostos a atuar juntos e comprometidos com objetivos coletivos e na conclusão das tarefas (LASALVIA et al., 2009).

Green et al. (2014) recomendam que gestores desenvolvam projetos estratégicos que favoreçam climas organizacionais de apoio entre os pares e gerências para redução do estresse, a EE (CRAIG; SPRANG, 2010) e a SB (AVENDAÑO et al., 2009), além de proporcionar climas funcionais (AZEVEDO et al., 2019; LASALVIA et al., 2009; PEDRINI et al., 2009).

i) Formação de grupos de apoio

Blau, Tatum e Ward Goldberg (2013) referem em seu estudo que sessões de grupo de apoio têm se mostrado eficazes. Nesses espaços é possível compartilhar conhecimento, esclarecer dúvidas, apontar dificuldades e êxitos, cuja participação seja de livre demanda (GARROSA-HERNÁNDEZ et al., 2014).

j) Sistematizar acolhimento e acompanhamento do profissional jovem e do recém-admitido ou com pouca experiência profissional

A literatura evidencia de forma consolidada que profissionais jovens e com pouca experiência profissional estão mais vulneráveis à SB e suas dimensões. Assim, Silva et al. (2018) recomendam que haja ações sistematizadas instituídas para o acolhimento desses trabalhadores, minimizando danos supostamente evitáveis.

k) Assegurar a participação dos profissionais em atividades diversificadas, para além das assistenciais, e otimizar as tarefas administrativas

Coordenadores e gerentes podem auxiliar os profissionais a manejar o tempo de forma eficaz, de modo que não executem tarefas apenas assistenciais, viabilizando a participação em outras atividades, como pesquisa, ensino e supervisão (GARCIA et al., 2015).

As atividades de supervisão de acordo com Garcia et al. (2015) são práticas preconizadas para os serviços de Saúde Mental e afins que proporcionam alguns benefícios, como redução do estresse e bem-estar coletivo.

Green et al. (2014) fazem uma ressalva que muitas vezes os profissionais acabam mais envolvidos em tarefas administrativas e de prestação de contas, em detrimento das atividades assistenciais. Assim, recomendam que sejam implementados projetos de intervenção para otimizar as tarefas administrativas, tais como disponibilização de recursos eletrônicos.

Garrosa-Hernández et al. (2014) afirmam que essas ações melhoram o rendimento e previnem a fadiga física e mental.

l) Promover ações voltadas para a saúde do trabalhador

Programas que monitorem a saúde do trabalhador periodicamente proporcionam uma série de benefícios, inclusive a prevenção da SB. As ações devem estar direcionadas para o rastreamento periódico da SB e os preditores envolvidos (institucionais, pessoais e do trabalho), assim como tratamento precoce e acompanhamento dos trabalhadores que precisam de intervenções primárias e secundárias (ATKINSON et al., 2017; AVENDAÑO et al., 2009; MEDEIROS et al., 2019; PEDRINI et al., 2009; VORKAPIĆ; MUSTAPIĆ, 2012). Serviços, setores e determinadas categorias profissionais que possuem maior vulnerabilidade a SB devem ser vistos com equidade (ATKINSON et al., 2017).

m) Desenvolvimento de pesquisas

A realização de pesquisas que visem entender melhor a SB, seus fatores correlacionados e as repercussões; investigar a aplicabilidade e eficácia das intervenções; conscientizar e alertar trabalhadores, gestores, comunidade científica e sociedade devem ser fomentadas (BLAU; TATUM; WARD GOLDBERG, 2013; MEDEIROS et al., 2019). Avendaño et al. (2009) recomendam que as pesquisas tenham metodologias diversificadas.

n) Melhorar a qualidade de vida no trabalho

Garcia et al. (2015) sintetizam os achados, sugerindo que é importante melhorar a qualidade de vida no trabalho, pois essa ação se reverterá em resultados positivos na qualidade dos cuidados de saúde mental prestados aos usuários.

Lasalvia et al. (2009) e diversos pesquisadores salientam que em comparação com as abordagens organizacionais, as individuais são parcialmente eficazes na redução da SB, apesar da maioria das soluções se pautarem nessas estratégias, tais como a remoção do trabalhador ou por meio de fortalecimento de recursos internos. Mas sabe-se que fatores situacionais e organizacionais têm uma correlação direta com a ocorrência da SB, e em muitos deles o trabalhador não tem autonomia, controle e governabilidade para eliminação dos mesmos, diferentemente dos fatores pessoais.

Garrosa-Hernández et al. (2014) e Lasalvia et al. (2009) ponderam que a adoção de estratégias organizacionais, seja de cunho preventivo ou intervencionista, são de difícil implementação, pois são necessários investimentos (incluindo os financeiros), grau complexo de colaboração e reestruturação de estruturas rígidas, principalmente dentro de órgãos governamentais. Entretanto, ainda assim, mudanças positivas e soluções criativas devem ser feitas em prol da saúde dos trabalhadores tendo em vista as possibilidades disponíveis.

CONCLUSÃO

O trabalho na saúde mental e atenção psicossocial é considerado uma atividade desgastante, devido à sua complexidade e aos esforços psicofísicos despendidos. Atualmente, em consequência do neoliberalismo e da terceirização dos serviços de saúde, e neles incluídos os de Saúde Mental, têm se agravado o quadro de instabilidade empregatícia e o sofrimento nos trabalhadores. Deste modo, deve-se considerar as repercussões da organização do trabalho para a saúde dos trabalhadores em função das suas exigências e do medo do desemprego. Nessa situação de trabalho, há risco de adoecimento, absenteísmo e queda na qualidade do cuidado prestado, devido ao estresse ocupacional que, se não prevenido, poderá evoluir para a Síndrome de *burnout*. Sua ocorrência deve-se aos poucos recursos psicológicos ou adaptativos do trabalhador em condições de trabalho frequentemente problemáticas, conflituosas, crônicas ou prolongadas.

Diante da gravidade dessa síndrome, da necessidade de entender os processos correlacionados com a sua prevalência e da relevância da atuação desses trabalhadores para a sociedade, foi realizada uma revisão integrativa, com o intuito de identificar e sintetizar estudos contemporâneos sobre a temática, no período de 2009 a 2019.

Na busca, inicialmente, foram identificados 998 estudos, porém incorporados 14 para composição da revisão, conforme congruência com os critérios de inclusão e exclusão propostos. A *Scopus* foi a base bibliográfica que mais retornou resultados. O ano com maior quantidade de artigos disponíveis foi 2009. O inglês foi o idioma utilizado na maior parte dos estudos. O método utilizado nos estudos foi do tipo quantitativo e transversal. Na coleta de dados, o instrumento mais utilizado foi o MBI. O país com o maior número de estudos foi os Estados Unidos da América. Houve uma predominância de estudos de caráter comunitário dos serviços de saúde, conforme previsto nas legislações atuais, pós-reforma psiquiátrica. Em relação aos participantes, as amostras foram do tipo estratificada com participação multiprofissional, sem restrição a determinada categoria profissional.

Os resultados foram analisados e discutidos a partir de três categorias temáticas: prevalência da SB e os fatores de risco e preventivos envolvidos.

Quanto à ocorrência, os estudos evidenciaram que a prevalência da SB em trabalhadores da saúde mental é baixa. Apesar de não possuir frequência alta, não se elimina o sofrimento no trabalho, tendo em vista os elevados escores na dimensão exaustão emocional, médias para despersonalização e alta em realização profissional. A dificuldade em se

estabelecer o diagnóstico deve-se justamente às altas pontuações na dimensão realização profissional, pois embora os participantes dos estudos apresentem exaustão ou sofrimento, esses profissionais têm identificação com trabalho desenvolvido, mesmo que nem sempre se sintam valorizados. Como apontam os estudos, os trabalhadores com altas pontuações em exaustão emocional merecem atenção especial, pois a exaustão é o preditor mais preciso no desenvolvimento da síndrome.

Os fatores de risco, preditores e/ou constructos foram subdivididos em sociodemográficos, individuais, ambientais, relacionados à clientela e organizacionais, conforme explicitados nos estudos. Foi possível concluir que a Síndrome de *Burnout* está mais relacionado aos fatores organizacionais (falta de suporte organizacional, controle, participação, apoio social, recompensas e sobrecarga) do que com outros fatores, como os pessoais (sexo, nível de escolaridade e renda). Determinados atributos podem aumentar o risco de desenvolvimento da síndrome e outras repercussões negativas, como irritabilidade, negligência, desmotivação, isolamento, absenteísmo, presenteísmo, afastamentos do trabalho, e transtornos mentais comuns.

Quanto aos aspectos preventivos, identificou-se intervenções que ao serem aplicadas podem funcionar como protetores da saúde dos trabalhadores, dentre eles: intervenções na organização e no processo de trabalho, atividades educativas sobre a temática, estratégias de *Coping*, apoio social (gestão e pares) e recompensas/reconhecimento. Tais estratégias trazem benefícios significativos para a qualidade do atendimento e a saúde do trabalhador, em função da satisfação e motivação no trabalho.

Verificou-se com os resultados que há uma incipiência de estudos ou um hiato importante na produção do conhecimento na área da Saúde Mental, principalmente no que se refere aos novos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Não foi identificado nenhum estudo em que o campo fosse os Serviços Residenciais Terapêuticos nos moldes nacionais, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Unidades de Acolhimento para dependentes químicos, Equipes de Consultório na Rua, Serviços de Atenção à Crise, como os CAPS III, dentre outros.

Outro aspecto importante foi o fato de não ter sido identificado nenhum estudo com a participação cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos; trabalhadores essenciais para o cuidado na Saúde Mental, assim como os Redutores de Danos das equipes de Consultórios na Rua (profissionais que atuam com indivíduos em situação de rua, dependentes de *crack* e outras drogas); equipe de enfermagem dos CAPS III e de Unidades de Acolhimento. Esses

trabalhadores enfrentam desafios na sua prática profissional diariamente, num campo de atuação muitas vezes sem visibilidade e com insuficiência de insumos materiais e humanos.

Houve a recomendação de desenvolvimento de novas pesquisas com diferentes abordagens na maioria dos estudos selecionados, de modo que se aprofundem as discussões sobre aspectos psicossociais e organizacionais. Há necessidade também de ampliar a discussão sobre as intervenções no ambiente psicossocial do trabalho como estratégia de minimização da exaustão emocional e a Síndrome de *Burnout*.

Diversas ações que podem ser adotadas por diferentes atores sociais no intuito de prevenir a SB e/ou a EE, dentre elas, sugere-se: implementação de grupos de apoio ou de autoajuda para os trabalhadores compartilharem suas vivências e elaborarem estratégias de enfrentamento; inserção da temática nas atividades de educação permanente e reuniões de equipe; oferta de atendimento multidisciplinar para rastreamento e acompanhamento dos trabalhadores; firmar parcerias entre as instituições de pesquisas e serviços para o desenvolvimento de projetos de pesquisa com as instituições de ensino, favorecendo a integração ensino-serviço; criação e implementação de políticas de governo, como a Política de Humanização do SUS, que zelem pela melhoria das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores de forma integral; difusão do conhecimento através da realização de eventos científicos e novas pesquisas com diferentes abordagens.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00129519, out. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 dez. 2019.

ALVES, Sidnei Roberto et al. Mental health services: perception of nursing in relation to overload and working conditions. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 25-29, jan. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5929>. Acesso em: 10 dez. 2019.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PUBLISHING. **About PsychiatryOnline**. Washinton, 2020. Disponível em: <https://psychiatryonline.org/public/about>. Acesso em: 7 jan. 2020.

ARAÚJO, Samila Torquato; PENAFORTE, Kiarelle Lourenco. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 11, p. 3831-3839, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11463>. Acesso em: 9 nov. 2019.

ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Élide Azevedo. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300008. Acesso em: 10 set. 2019.

ATKINSON, David M. et al. Examining burnout, depression, and self-compassion in veterans affairs mental health staff. **J. Altern. Complement. Med.**, Minneapolis, v. 23, n. 7, p. 551-557, Jul. 2017. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85025109503&doi=10.1089%2facm.2017.0087&partnerID=40&md5=7e1fdc0a37a1b2e934144543e65dd092>. Acesso em: 16 jan. 2020.

AVENDAÑO, Cecilia *et al.* Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatria de un hospital público. **Cienc. Enferm.**, Concepción, v. 15, n. 2, p. 55-68, Aug. 2009. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007. Acesso em: 16 jan. 2020.

AZEVEDO, Daiane da Silva *et al.* Risco de Síndrome de Burnout em enfermeiros da saúde mental. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 13, set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241609>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. **Burnout**: quando o trabalho ameaça a vida do trabalhador. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

BEZARRA JUNIOR, Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-50, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2018.

BIOMED CENTRAL. **Jobs**. [S.l.], 2020. Disponível em: <https://www.biomedcentral.com/about/jobs>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BIREME/OPAS/OMS. **DeCS - Descritores em Ciências da Saúde**. [S.l.], jun. 2019. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2019.htm>. Acesso em: 8 de jan. 2020.

BLAU, Gary; TATUM, Donna S.; WARD GOLDBERG, Casey. Exploring Correlates of Burnout Dimensions in a Sample of Psychiatric Rehabilitation Practitioners: a cross-sectional study. **Psychiatr. Rehabil. J.**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 166-72, 2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103948958<=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, Página 2, Seção 1, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 9 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Portal de Periódicos CAPES/MEC. **Acervo**. [S.l.], 2020. Disponível em: https://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcollection&mn=70&smn=79&cid=63. Acesso em: 7 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10 - Janeiro a Dezembro de 2017**. Brasília, DF, mar. 2018a. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/03/Auxilio-Doen%C3%A7a-Previdenciario_2017_completo_CID.pdf. Acesso em: 6 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Estresse**. [S.l.], nov. 2012a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/253_estresse.html. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: volume 1 – formação e intervenção. Brasília, DF, 2010a. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 6 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 44 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 7 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília, DF, 2014b. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, fev. 2019. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf. Acesso em: 1 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF, 2018b. 73 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, **Diário Oficial [da] União**, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679/ GM**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em: 5 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728**, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 6 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 9 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 27 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89. 2010b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, nov. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem. Brasília, DF, 2004. 16 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental.** Brasília, DF, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 2 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde: Brasília, DF, maio 2016. 143 p. Relatório de Gestão 2011-2015.

BRASIL. **Resolução CONAD nº 01/2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf. Acesso em: 29 dez. 2019.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem do Trabalho.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1962, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. **Nota de Repúdio à Nota Técnica 11/2019 CG-MAD/DAPES/SAS/MS.** Salvador, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-de-rep%C3%BAdio-GT-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2019.

COSTA, Danilo *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. de Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2018.

CRAIG, Carlton David; SPRANG, Ginny. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. **Anxiety Stress Coping**, Lexington, v. 23, n. 3, p. 319-339, May 2010. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77951060789&doi=10.1080%2f10615800903085818&partnerID=40&md5=370d5bc383a817f24d678332a808ade3>. Acesso em: 16 jan. 2020.

DALDON, Maria Teresa Bruni. **Processo de Trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em saúde do trabalhador**. 2012. 200f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-18012013-104545/publico/MariaTeresaBruniDaldon.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

DAL POZ, Mario Roberto; LIMA, José Carlos de Souza; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-8, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013. Acesso em: 1 ago. 2018.

DI BITETTI, Mario S.; FERRERAS, Julián A. Publish (in English) or perish: the effect on citation rate of using languages other than English in scientific publications. **Ambio**, Stockholm, v. 46, n. 1, p. 121-127, set. 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13280-016-0820-7>. Acesso em: 15 dez. 2019.

DIAS, Marcelo Kimati; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; FERIGATO, Sabrina. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jul. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-a-crise-em-saude-mental-centralizacao-e-descentralizacao-das-praticas/16888?id=16888&id=16888>. Acesso em: 29 dez. 2019.

DUTRA, Nathany Christine Rodrigues *et al.* Síndrome de Burnout em profissionais da hemodiálise. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2522-2527, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237172>. Acesso em: 9 nov. 2019.

ESTRELLA, Renata da Costa Netto. **O lugar do sujeito nos Serviços Residenciais Terapêuticos**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

FAGUNDES JUNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, maio 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501449&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.

FONSÊCA, Ana Gláucia Santos da *et al.* Síndrome de Burnout: conhecimento da equipe de enfermagem obstétrica. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 10, p. 2683-2689, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234988>. Acesso em: 5 nov. 2019.

GARCIA, Hector A. *et al.* Burnout among psychiatrists in the Veterans Health Administration. **Burnout Res.**, Texas, v. 2, n. 4, p. 108–114, Dec. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615200265>. Acesso em: 16 jan. 2020.

GARROSA-HERNÁNDEZ, Eva *et al.* Prevenção e Intervenção na Síndrome de Burnout. Como prevenir (ou remediar) o Processo de Burnout. In: BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. **Burnout: quando o trabalho ameaça a vida do trabalhador**. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 227-272.

GIANASI, Luciana Bezerra de Souza; OLIVEIRA, Denize Cristina de. A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 756-772, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 nov. 2019.

GREEN, Amy Elizabeth *et al.* The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. **Psychol. Serv.**, California, v. 11, n. 1, p. 41-49, Fev. 2014. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84894413041&doi=10.1037%2fa0035299&partnerID=40&md5=1a728e3d757e12c6317bdefe955775e5>. Acesso em: 16 jan. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Terceirização do trabalho no Brasil**: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília, DF, 2018. 217 p. Organizador: André Gambier Campos. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8258/1/Terceiriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20trabalho%20no%20Brasil_novas%20e%20distintas%20perspectivas%20para%20o%20debate.pdf. Acesso em: 1 jan. 2020.

KARINO, Marcia Eiko; FELLI, Vanda Elisa Andres. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 5, p. 11-15, maio 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17048>. Acesso em: 8 jan. 2020.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LASALVIA, Antonio *et al.* Influence of perceived organisational factors on job burnout: Survey of community mental health staff. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 195, n. 6, p. 537-544, 2009. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-72149105932&doi=10.1192%2fbjp.bp.108.060871&partnerID=40&md5=2f1836b558ad4a04e5f4d3beff59c883>. Acesso em: 16 jan. 2020.

LIMA, Amanda de Souza; FARAH, Beatriz Francisco; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Análise da Prevalência da Síndrome de Burnout em Profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 283-304, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100283&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 nov. 2019.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O que é o estresse?** Disponível em: <http://www.estressesp.com.br/estresse>. Acesso em: 28 jul. 2018.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O stress está dentro de você**. 8. ed. São Paulo: Contexto, 2014.

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, out. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 dez. 2019.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job Burnout. **Ann. Rev. Psychol.**, Palo Alto, v. 52, p. 397-422, Fev. 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 18 dez. 2019.

MEDEIROS, Ana Rebeca Soares de *et al.* O burnout em profissionais de enfermagem que atuam em um complexo psiquiátrico. **Rev. Enferm.UFSM**, Santa Maria, v. 9, p. e36, out. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36205>. Acesso em: 16 jan. 2020.

MEDEIROS-COSTA, Mateus Estevam *et al.* A síndrome do esgotamento profissional no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 51, p. e03235, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2018.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, set. 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MOREIRA, Davi de Souza *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, jul. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 nov. 2019.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

NASSI-CALÒ, Lilian. Estudo aponta que artigos publicados em inglês atraem mais citações. **SciELO em Perspectiva**, 2016. Disponível em: <https://blog.scielo.org/blog/2016/11/04/estudo-aponta-que-artigos-publicados-em-ingles-atraem-mais-citacoes/>. Acesso em: 24 jan. 2020.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de *et al.* Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e28842, jun. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842>. Acesso em: 7 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health impact of psychosocial hazards at work: an overview**. Geneva, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44428/1/9789241500272_eng.pdf. Acesso em: 4 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002. 80 p. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 4 nov. 2019.

PAULA, Ana Paula Paes. Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. Admin. Empr.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PEDRINI, Laura *et al.* Burnout in nonhospital psychiatric residential facilities. **Psychiatr. Serv.**, [s.l.], v. 60, n. 11, p. 1547-1551, Nov. 2009. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.11.1547>. Acesso em: 16 jan. 2020.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, Feb. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2020.

PESSOA JUNIOR, João Mário *et al.* A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 83-89, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100083&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 dez. 2019.

PIGNATTI, Marta Gislene. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. **Ambient. Soc.**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 133-147, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2004000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2018.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

PORTELA, Nytale Lindsay Cardoso *et al.* Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2749-2760, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2015/72749.php>. Acesso em: 6 nov. 2019.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **As Residências Terapêuticas no município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida**. Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, Ana Paula Ferreira; SOUZA, Katia Reis de; TEIXEIRA, Liliane Reis. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 843-862, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300843&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 nov. 2019.

ROUQUAYROL, Maria Zélia, GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 744p.

RUIZ, Ana María; TOVAR, Jenniffer Andrea; ANDRADE, Verónica. Experiencias del personal de enfermería de salud mental ante estresores ocupacionales en una Institución prestadora de Servicios de Cali, Colombia. **Univ. Salud**, Pasto, v. 19, n. 2, p. 171-185, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000200171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2019.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 dez. 2019.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e Burnout. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 67-74, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2019.

SANTOS, Anelise Schaurich dos *et al.* Contexto Hospitalar Público e Privado: Impacto no Adoecimento Mental de Trabalhadores da Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200421&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 nov. 2019.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. latinoam. enferm**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 jan. 2020.

SAVIETO, Roberta Maria et al. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 27, p. e3151, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100340&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2020.

SAVOIA, Mariângela Gentil; AMADERA, Ricardo Daud. Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de coping em pesquisas da área da saúde. **Psicol. Hosp.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 117-138, jan. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2020.

SCANLAN, Justin Newton, STILL, Megan. Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 19, n. 1, Jan. 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85060385280&doi=10.1186%2fs12913-018-3841-z&partnerID=40&md5=39bc5b60bcfc11c2e34731fc7e322e6a>. Acesso em: 16 jan. 2020.

SILVA, Edith Selligman. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Letícia Oliveira *et al.* Síndrome de burnout em profissionais dos centros de atenção psicossocial: um estudo descritivo. **Rev. Enferm. Atual InDerme**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 23, abr. 2018. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/242>. Acesso em: 16 jan. 2020.

SILVA, Luiz Almeida da. Saúde do trabalhador brasileiro e a atuação da enfermagem do trabalho. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, p. 1-3, 2013.

SILVA, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento *et al.* A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 nov. 2019.

SORGAARD, Knut W.; RYAN, Peter; DAWSON, Ian. Qualified and Unqualified (N-R C) mental health nursing staff--minor differences in sources of stress and burnout. A European multi-centre study. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 10, p. 163, jun. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20546587>. Acesso em: 16 jan. 2020.

STONE, Eugene F. **Research methods in organizational behavior**. Glenview: Scott Foresman & Co, 1978 apud BLAU, Gary; TATUM, Donna S.; WARD GOLDBERG, Casey. Exploring Correlates of Burnout Dimensions in a Sample of Psychiatric Rehabilitation Practitioners: a cross-sectional study. **Psychiatr. Rehabil. J.**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 166-172, 2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103948958> =<pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 16 jan. 2020.

TEIXEIRA, Márcia Cunha. Invisibilidade das Doenças e Acidentes do Trabalho na Sociedade Atual. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 102-131, mar./jun. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55696/59112> . Acesso em: 4 dez. 2019.

TRIGO, Telma Ramos. **Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBIHSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de Enfermagem de um Hospital Universitário: influência da depressão**. 2010. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Comissão de Educação de Usuários do Sistema de Biblioteca da UFC. **EndNote Basic**. 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ufc.br/wp-content/uploads/2015/09/tutorial-endnote.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2020.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em Equipe na Saúde Mental: o desafio interdisciplinar em um Caps. **Rev. Electrónica Salud Mental Alcohol Drog.**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

VIEIRA, Neireana Florencio. **Avaliação do estresse entre os enfermeiros hospitalares de um município do sul de Minas Gerais**. 2015. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2015. Disponível em: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/327>. Acesso em: 5 nov. 2019.

VITORINO, Manuela Fausto *et al.* Síndrome de Burnout: conhecimento da equipe de enfermagem neonatal. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2308-2314, set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234632>. Acesso em: 6 nov. 2019.

VORKAPIĆ, Sanja Tatalović; MUSTAPIĆ, Jelena. Internal and external factors in professional burnout of substance abuse counsellors in Croatia. **Ann. Ist. Super. Sanit.**, Roma, v. 48, n. 2, p. 189-97, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/aiss/2012.v48n2/189-197/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

ZANATTA, Aline Bedin *et al.* Estresse e enfrentamento de trabalhadores de centro de atenção psicossocial em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. **Rev. bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 83-89, 2019. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/424/pt-BR/estresse-e-enfrentamento-de-trabalhadores-de-centro-de-atencao-psicossocial-em-uma-cidade-do-interior-do-estado-de-sao-paulo>. Acesso em: 16 dez. 2019.

ZANELLI, João Carlos. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICE – Estratégia de busca por portal e base de dados

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (continua)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
Portal Regional da BVS	tw:(("Agotamiento Laboral" OR "Agotamiento Ocupacional" OR "Agotamiento en la Carrera" OR "Desgaste Laboral" OR "Desgaste Profesional" OR "Agotamiento Emocional" OR "Agotamiento Psíquico" OR "Esgotamento Psicológico" OR "Agotamiento Psicológico" OR burn-out OR burnout OR "Esgotamento do Cuidador" OR "Exaustão do Cuidador" OR "Síndrome do Esgotamento" OR "estresse ocupacional" OR "esgotamento profissional" OR "Esgotamento Profissional" OR "Agotamiento Profesional" OR "Desgaste Profissional" OR "Estafa Ocupacional" OR "Estafa Profissional" OR "Estafa na Carreira" OR "Exaustão Profissional") AND ("Trabajadores de la Salud" OR "Pessoal de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Prestadores de Cuidados de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR trabajadores OR trabajadores OR trabajador OR "Saúde do Trabalhador" OR "Higiene do Trabalho" OR "Saúde Ocupacional" OR "Saúde dos Empregados" OR "Saúde dos Trabalhadores" OR "Segurança Ocupacional" OR "Segurança do Trabalho" OR "Segurança dos Trabalhadores" OR "Segurança no Trabalho") AND ("Hospitais Psiquiátricos" OR "Centro Psiquiátrico" OR "Centro de Saúde Mental" OR "Hospital Especializado em Psiquiatria" OR "Hospital Psiquiátrico" OR "Hospital de Custódia" OR "Hospital de Saúde Mental" OR "Instituto Psiquiátrico" OR "Instituto de Psiquiatria" OR "Instituto de Saúde Mental" OR "Sanatórios Psiquiátricos" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "centro de atenção psicossocial" OR "Complexo Psiquiátrico" OR "psicossocial attention center" OR "centro de atención psicossocial" OR "Saúde Mental" OR "Salud Mental" OR "Higiene Mental" "Serviços de Saúde Mental" OR "Centro de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "Núcleos de Atenção Psicossocial" OR "Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental" OR "Serviços de Higiene Mental" OR "Hospitales Mentales" OR "Higiene Mental")) AND (db: ("LILACS" OR "BDENF" OR "INDEXPSI" OR "IBECS" OR "coleccionaSUS" OR "campusvirtualsp_brasil" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "SES-SP") AND la: ("pt" OR "es" OR "en")) AND (year_cluster:[2009 TO 2019])	138

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (continuação)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
Portal Regional da BVS	tw:(("Burnout, Psychological" OR "Psychological Burnout" OR "Burn-out Syndrome" OR "Burn out Syndrome" OR "Burnout Syndrome" OR burn-out OR "Burn out" OR "Psychological Burn-out" OR "Burn-out, Psychological" OR "Psychological Burn out" OR "Burnout, Caregiver" OR "Caregiver Burnout" OR "Caregiver Exhaustion" or "Exhaustion, Caregiver" OR "Burnout, Professional" OR "Professional Burnout" OR "Occupational Burnout" OR "Burnout, Occupational" OR "Career Burnout" OR "Burnout, Career" OR "occupational stress" OR "professional exhaustion") AND ("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Occupational Health" OR "Health, Occupational" OR "Hygiene, Industrial" OR "Safety, Occupational" OR "Occupational Safety" OR "Employee Health" OR "Health Employee") AND ("Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Hospital, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospital" OR "Mental Institutions" OR "Institution, Mental" OR "Institutions, Mental" OR "Mental Institution" OR "Hospitals, Mental" OR "Hospital, Mental" OR "Mental Hospital" OR "Mental Hospitals" OR "Psychosocial Care Center" OR "psychosocial care centers" OR "Mental Health" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental" OR "Mental Health ServiceS" OR "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Hygiene" OR "Hygiene Service, Mental" OR "Hygiene Services, Mental" OR "Mental Hygiene Service" OR "Service, Mental Hygiene" OR "Mental Hygiene Services" OR "Services, Mental Health")) AND (db:(("LILACS" OR "BDENF" OR "IBECS" OR "INDEXPSI" OR "BBO" OR "MedCarib" OR "PAHOIRIS" OR "RHS")) AND la:(("pt" OR "es" OR "en")) AND (year_cluster:[2009 TO 2019])	172

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (continuação)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
SCOPUS	(((TITLE-ABS-KEY ("Burnout, Psychological" OR "Psychological Burnout" OR "Burn-out Syndrome" OR "Burn out Syndrome" OR burnout OR "Burnout Syndrome" OR burn-out) OR TITLE-ABS-KEY ("Burn out" OR "Psychological Burn-out" OR "Burn-out Psychological" OR "Psychological Burn out" OR "Burnout, Caregiver" OR "Caregiver Burnout" OR "Caregiver Exhaustion" OR "Exhaustion, Caregiver")))) OR ((TITLE-ABS-KEY ("Burnout, Professional" OR "Professional Burnout" OR "Occupational Burnout" OR "Burnout, Occupational" OR "Career Burnout" OR "Burnout, Career" OR "occupational stress" OR "professional exhaustion"))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care") OR TITLE-ABS-KEY ("Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker")))) OR (TITLE-ABS-KEY ("Occupational Health" OR "Health, Occupational" OR "Hygiene, Industrial" OR "Safety, Occupational" OR "Occupational Safety" OR "Employee Health" OR "Health, Employee")))) AND (((TITLE-ABS-KEY ("Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Hospital, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospital" OR "Mental Institutions" OR "Institution, Mental") OR TITLE-ABS-KEY "Institutions, Mental" OR "Mental Institution" OR "Hospitals, Mental" OR "Hospital, Mental" OR "Mental Hospital" OR "Mental Hospitals") OR TITLE-ABS-KEY ("Psychosocial Care Center" OR "psychosocial care centers")))) OR ((TITLE-ABS-KEY ("Mental Health Services" OR "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Hygiene" OR "Hygiene Service, Mental" OR "Hygiene Services, Mental") OR TITLE-ABS-KEY ("Mental Hygiene Service" OR "Service, Mental Hygiene" OR "Mental Hygiene Services" OR "Services, Mental Health")))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2009)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))	121

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (continuação)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
WEB OF SCIENCE	<p>TÓPICO: ("Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Hospital, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospital" OR "Mental Institutions" OR "Institution, Mental" OR "Institutions, Mental" OR "Mental Institution" OR "Hospitals, Mental" OR "Hospital, Mental" OR "Mental Hospital" OR "Mental Hospitals" OR "Psychosocial Care Center" OR "psychosocial care centers" OR "Mental Health Services" OR "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Hygiene" OR "Hygiene Service, Mental" OR "Hygiene Services, Mental" OR "Mental Hygiene Service" OR "Service, Mental Hygiene" OR "Mental Hygiene Services" OR "Services, Mental Health" OR "Mental Health" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental") AND TÓPICO: ("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Occupational Health" OR "Health, Occupational" OR "Hygiene, Industrial" OR "Safety, Occupational" OR "Occupational Safety" OR "Employee Health" OR "Health, Employee") AND TÓPICO: ("Burnout, Psychological" OR "Psychological Burnout" OR "Burn-out Syndrome" OR "Burn out Syndrome" OR Burnout OR "Burnout Syndrome" OR Burn-out OR "Burn out" OR "Psychological Burn-out" OR "Burn-out, Psychological" OR "Psychological Burn out" OR "Burnout, Caregiver" OR "Caregiver Burnout" OR "Caregiver Exhaustion" OR "Exhaustion, Caregiver" OR "Burnout, Professional" OR "Professional Burnout" OR "Occupational Burnout" OR "Burnout, Occupational" OR "Career Burnout" OR "Burnout, Career" OR "occupational stress" OR "professional exhaustion")</p> <p>Refinado por: ANOS DE PUBLICAÇÃO: (2019 OR 2012 OR 2018 OR 2011 OR 2017 OR 2010 OR 2016 OR 2009 OR 2015 OR 2014 OR 2013) AND IDIOMAS: (ENGLISH OR PORTUGUESE OR SPANISH) AND TIPOS DE DOCUMENTO: (ARTICLE OR REVIEW)</p> <p>Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI</p> <p>Tempo estipulado=Todos os anos</p>	261

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (continuação)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
CINAHL	("Burnout, Psychological" OR "Psychological Burnout" OR "Burn-out Syndrome" OR "Burn out Syndrome" OR Burnout OR "Burnout Syndrome" OR Burn-out OR "Burn out" OR "Psychological Burn-out" OR "Burn-out, Psychological" OR "Psychological Burn out" OR "Burnout, Caregiver" OR "Caregiver Burnout" OR "Caregiver Exhaustion" OR "Exhaustion, Caregiver" OR "Burnout, Professional" OR "Professional Burnout" OR "Occupational Burnout" OR "Burnout, Occupational" OR "Career Burnout" OR "Burnout, Career" OR "occupational stress" OR "professional exhaustion") AND ("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Occupational Health" OR "Health, Occupational" OR "Hygiene, Industrial" OR "Safety, Occupational" OR "Occupational Safety" OR "Employee Health" OR "Health, Employee" OR Workers) AND ("Hospitals, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospitals" OR "Hospital, Psychiatric" OR "Psychiatric Hospital" OR "Mental Institutions" OR "Institution, Mental" OR "Institutions, Mental" OR "Mental Institution" OR "Hospitals, Mental" OR "Hospital, Mental" OR "Mental Hospital" OR "Mental Hospitals" OR "Psychosocial Care Center" OR "psychosocial care centers" OR "Mental Health Services" OR "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Hygiene" OR "Hygiene Service, Mental" OR "Hygiene Services, Mental" OR "Mental Hygiene Service" OR "Service, Mental Hygiene" OR "Mental Hygiene Services" OR "Services, Mental Health" OR "Mental Health" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental")	412

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (continuação)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
PUBMED	((((((("burnout, psychological" [MeSH Terms]) OR ("Burnout, Psychological" [Title/Abstract] OR "Psychological Burnout" [Title/Abstract] OR "Burn-out Syndrome" [Title/Abstract] OR "Burn out Syndrome" [Title/Abstract] OR Burnout [Title/Abstract] OR "Burnout Syndrome" [Title/Abstract] OR Burn-out [Title/Abstract] OR "Burn out" [Title/Abstract] OR "Psychological Burn-out" [Title/Abstract] OR "Burn-out, Psychological" [Title/Abstract] OR "Psychological Burn out" [Title/Abstract] OR "Burnout, Caregiver" [Title/Abstract] OR "Caregiver Burnout" [Title/Abstract] OR "Caregiver Exhaustion" [Title/Abstract] OR "Exhaustion, Caregiver" [Title/Abstract])))) OR "Burnout, Professional" [MeSH Terms]) OR ("Burnout, Professional" [Title/Abstract] OR "Professional Burnout" [Title/Abstract] OR "Occupational Burnout" OR "Burnout, Occupational" [Title/Abstract] OR "Career Burnout" [Title/Abstract] OR "Burnout, Career" [Title/Abstract] OR "occupational stress" [Title/Abstract] OR "professional exhaustion" [Title/Abstract]))) AND (((("Health Personnel" [MeSH Terms]) OR ("Health Personnel" [Title/Abstract] OR "Personnel, Health" [Title/Abstract] OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" [Title/Abstract] OR "Provider, Health Care" [Title/Abstract] OR "Providers, Health Care" [Title/Abstract] OR "Healthcare Providers" [Title/Abstract] OR "Healthcare Provider" [Title/Abstract] OR "Provider, Healthcare" [Title/Abstract] OR "Providers, Healthcare" [Title/Abstract] OR "Healthcare Workers" [Title/Abstract] OR "Healthcare Worker" [Title/Abstract])) OR "Occupational Health" [MeSH Terms]) OR ("Occupational Health" [Title/Abstract] OR "Health, Occupational" [Title/Abstract] OR "Hygiene, Industrial" [Title/Abstract] OR "Safety, Occupational" [Title/Abstract] OR "Occupational Safety" [Title/Abstract] OR "Employee Health" [Title/Abstract] OR "Health, Employee" [Title/Abstract]))) AND (((("Hospitals, Psychiatric" [MeSH Terms]) OR ("Hospitals, Psychiatric" [Title/Abstract] OR "Psychiatric Hospitals" [Title/Abstract] OR "Hospital, Psychiatric" [Title/Abstract] OR "Psychiatric Hospital" [Title/Abstract] OR "Mental Institutions" [Title/Abstract] OR "Institution, Mental" [Title/Abstract] OR "Institutions, Mental"[Title/Abstract] OR "Mental Institution" [Title/Abstract] OR "Hospitals, Mental" [Title/Abstract] OR "Hospital, Mental" [Title/Abstract] OR "Mental Hospital" [Title/Abstract] OR "Mental Hospitals" [Title/Abstract] OR "Psychosocial Care Center" [Title/Abstract] OR "psychosocial care centers" [Title/Abstract])) OR "Mental Health Services" [MeSH Terms]) OR ("Mental Health Services" [Title/Abstract] OR "Health Services, Mental" [Title/Abstract] OR "Health Service, Mental" [Title/Abstract] OR "Mental Health Service" [Title/Abstract] OR "Service, Mental Health" [Title/Abstract] OR "Services, Mental Hygiene" [Title/Abstract] OR "Hygiene Service, Mental" [Title/Abstract] OR "Hygiene Services, Mental" [Title/Abstract] OR "Mental Hygiene Service" [Title/Abstract] OR "Service, Mental Hygiene" [Title/Abstract] OR "Mental Hygiene Services" [Title/Abstract] OR "Services, Mental Health" [Title/Abstract])) AND ("last 10 years" [PDat] AND (Spanish[lang] OR Portuguese[lang] OR English[lang]))	122

Quadro 6 - Estratégia de busca por portal e base de dados (conclusão)

Bases de Dados ou Portais	Estratégia	N
SCIELO	(("Esgotamento Psicológico" OR "Agotamiento Psicológico" OR Burn-out OR Burnout OR "Esgotamento do Cuidador" OR "Exaustão do Cuidador" OR "Síndrome do Esgotamento" OR "estresse ocupacional" OR "esgotamento profissional" OR "Esgotamento Profissional" OR "Agotamiento Profesional" OR "Desgaste Profissional" OR "Estafa Ocupacional" OR "Estafa Profissional" OR "Estafa na Carreira" OR "Exaustão Profissional") AND ("Pessoal de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Prestadores de Cuidados de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Trabalhadores" OR "Trabajadores" OR "Trabalhador" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Higiene do Trabalho" OR "Saúde Ocupacional" OR "Saúde dos Empregados" OR "Saúde dos Trabalhadores" OR "Segurança Ocupacional" OR "Segurança do Trabalho" OR "Segurança dos Trabalhadores" OR "Segurança no Trabalho")) AND ("Hospitais Psiquiátricos" OR "Centro Psiquiátrico" OR "Centro de Saúde Mental" OR "Hospital Especializado em Psiquiatria" OR "Hospital Psiquiátrico" OR "Hospital de Custódia" OR "Hospital de Saúde Mental" OR "Instituto Psiquiátrico" OR "Instituto de Psiquiatria" OR "Instituto de Saúde Mental" OR "Sanatórios Psiquiátricos" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "centro de atenção psicossocial" OR "Complexo Psiquiátrico" OR "psicossocial attention center" OR "centro de atención psicossocial" OR "Saúde Mental" OR "Salud Mental" OR "Higiene Mental" "Serviços de Saúde Mental" OR "Centro de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "Núcleos de Atenção Psicossocial" OR "Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental" OR "Serviços de Higiene Mental") Filtros aplicados: (Ano de publicação: 2009) (Ano de publicação: 2015) (Ano de publicação: 2017) (Ano de publicação: 2018) (Ano de publicação: 2010) (Ano de publicação: 2019) (Ano de publicação: 2012) (Ano de publicação: 2013) (Ano de publicação: 2016)	42

Fonte: A autora, 2019.