



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR:
DESAFIOS EMOCIONAIS E OCUPACIONAIS**

Um estudo com equipes atuantes em pronto-socorro

DAIANE BOMBARDELLI SCHERER

CANOAS, 2025

DAIANE BOMBARDELLI SCHERER

**BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR:
DESAFIOS EMOCIONAIS E OCUPACIONAIS**

Um estudo com equipes atuantes em pronto-socorro

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade La Salle - Unilasalle, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientação: Prof^ª. M^a. Camila Bolzan de Campos

CANOAS, 2025

DAIANE BOMBARDELLI SCHERER

**BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR:
DESAFIOS EMOCIONAIS E OCUPACIONAIS**
Um estudo com equipes atuantes em pronto-socorro

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade La Salle - Unilasalle, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovado pela banca examinadora em 04 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. M^a. xxxxxx xxxxx
Unilasalle

Prof^a. M^a. xxxxxx xxxxx
Unilasalle

Prof^a. M^a. xxxxxx xxxxx
Unilasalle

Dedico meu carinho a todos os profissionais da saúde que em a plantões intensos, sobrecargas e desafios cotidianos, mostram-se profundamente comprometidos com o cuidado e com a vida. Esta pesquisa é, antes de tudo, uma homenagem à força, à resistência e à humanidade de cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Camila Bolzan pela confiança e pela firmeza nas orientações e por apostar em mim mesmo quando eu ainda duvidava. Suas devolutivas cuidadosas e o rigor científico foram fundamentais para que este trabalho ganhasse corpo, direção e sentido.

À minha co-orientadora Luana Lauffer, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos, pelo olhar sensível sobre o tema e por acrescentar camadas de profundidade a cada discussão. Sua presença foi um convite constante a qualificar o pensar e o sentir neste percurso.

À minha família, base e porto seguro, que compreendeu as ausências, os cansaços e as renúncias que esse processo exigiu. Em especial às minhas filhas Marina e Isabela, que como fonte de incentivo deram sentido a cada conquista e me lembram, todos os dias, por que escolhi seguir acreditando no cuidado, na educação e em um futuro mais humano. Que este trabalho também seja, de alguma forma, um legado para vocês.

À minha colega Thainá, pelas trocas sinceras e pela parceria em cada etapa desse trajeto. Obrigada por acolher minhas angústias, celebrar as pequenas vitórias e mostrar que a travessia fica mais leve quando é compartilhada. À psicóloga Juliana Damaceno, pelo olhar atento, pelo apoio técnico na estruturação deste trabalho e por me amparar nos momentos de desespero, ajudando-me a reencontrar calma e confiança diante dos desafios da pesquisa.

À equipe do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, em especial ao coordenador de ensino e pesquisa Éder que como facilitador dessa pesquisa manteve as portas abertas para a ciência com muita ética e profissionalismo, em especial aos profissionais da emergência, pelo acolhimento carinhoso e pela confiança em abrir suas rotinas, histórias e sentimentos para que esta pesquisa acontecesse. Em meio a plantões intensos, sobrecargas e desafios cotidianos, encontrei pessoas profundamente comprometidas com o cuidado e com a vida. Este trabalho é, antes de tudo, uma homenagem à força, à resistência e à humanidade de cada um de vocês.

Sem vocês, este TCC não seria possível nem teria o mesmo significado.

“A ciência moderna ainda não produziu um medicamento tranquilizador tão eficaz como o são umas poucas palavras boas.”

— Sigmund Freud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Classificação geral do burnout – Distribuição total (%)
- Figura 2 – Distribuição de burnout em nível alto por domínio (pessoal, trabalho/organização e paciente/atendimento)
- Figura 3 – Burnout no domínio Pessoal por turno (%)
- Figura 4 – Burnout no domínio Trabalho/Organização por turno (%)
- Figura 5 – Burnout no domínio Paciente/Atendimento por turno (%)
- Figura 6 – Classificação geral do burnout por turno (%)
- Figura 7 – Classificação de burnout em nível alto por gênero (%)
- Figura 8 – Classificação de burnout em nível alto por faixa etária (%)
- Figura 9 – Classificação de burnout em nível alto por tempo de atuação/carreira (%)

LISTA DE SIGLAS

BBC – British Broadcasting Corporation
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CB – Client-related Burnout (burnout relacionado ao cliente/paciente)
CBI – Copenhagen Burnout Inventory
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHD – Classificação Hierárquica Descendente (método de Reinert)
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CID-11 – Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição
GM/MS – Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
HPS – Hospital de Pronto Socorro
HPS-POA – Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre
ID – Id (instância psíquica freudiana)
IRaMuTeQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LDRT – Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
PB – Personal Burnout (burnout pessoal)
RS – Rio Grande do Sul
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WB – Work-related Burnout (burnout relacionado ao trabalho)

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 MÉTODO.....	16
3.1 Procedimentos de Coleta.....	17
3.2 Instrumentos Utilizados.....	18
4 RESULTADOS.....	19
4.1 Representação Gráfica dos Resultados.....	20
5 DISCUSSÃO.....	25
6 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	32

RESUMO

Os profissionais da saúde que atuam em unidades de atendimento especializado e crítico, especialmente enfermeiros e técnicos de enfermagem estão entre os mais expostos ao risco de desenvolvimento da síndrome de burnout, em razão do contato contínuo com situações de alta demanda assistencial e sofrimento humano. Este Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo identificar e compreender a manifestação do burnout entre profissionais atuantes nas áreas de emergência, com base em vivências observadas durante o estágio hospitalar e na crescente incidência de sintomas de exaustão física e emocional nesse contexto. Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista, conforme proposta de Creswell e Clark (2013), utilizando como instrumento principal a escala Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Os escores foram categorizados em escala Likert: baixo ($\leq 2,49$), moderado (2,50–3,49) e alto ($\geq 3,50$ –5,00). Complementarmente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para aprofundar a compreensão das percepções individuais sobre o fenômeno. Participaram do estudo 80 profissionais do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS, sendo 58 mulheres (72,5%), 19 homens (23,75%) e 3 pessoas (3,75%) que se identificaram com outra identidade de gênero, com idades entre 23 e 68 anos. A distribuição por turno indicou 65% no período diurno e 35% no noturno. Os resultados mostraram que 85% dos participantes apresentaram níveis de burnout moderado ou alto (15,0% baixo; 66,25% moderado; 18,75% alto). Por domínio, os índices mais elevados foram observados nas dimensões pessoal (35,0%) e organizacional (28,75%), seguidas pelo domínio paciente/atendimento (12,5%), sugerindo predomínio do desgaste emocional individual e institucional. Os achados reforçam a necessidade de ações institucionais de prevenção e cuidado em saúde ocupacional, bem como de políticas voltadas à promoção de bem-estar e suporte psicológico nos contextos de urgência e emergência. Espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento das práticas de cuidado e gestão da saúde mental dos profissionais da linha de frente.

Palavras-chave: Burnout. Profissionais da saúde. Pronto-Socorro. Saúde Ocupacional. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Healthcare professionals working in specialized and critical care units, especially nurses and nursing technicians, are among those most exposed to the risk of developing burnout syndrome due to continuous contact with situations of high care demand and human suffering. This undergraduate thesis aimed to identify and understand the manifestation of burnout among professionals working in emergency and intensive care areas, based on experiences observed during hospital internships and the increasing incidence of symptoms of physical and emotional exhaustion in this context. This is a mixed-methods research study, as proposed by Creswell and Clark (2013), using the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) as the main instrument. Scores were categorized on a Likert scale: low (≤ 2.49), moderate (2.50–3.49), and high (≥ 3.50 –5.00). Additionally, semi-structured interviews were conducted to deepen the understanding of individual perceptions of the phenomenon. The study included 80 professionals from the Emergency Hospital of Porto Alegre/RS, comprising 58 women (72.5%), 19 men (23.75%), and 3 individuals (3.75%) who identified with another gender identity, aged between 23 and 68 years. The distribution by shift indicated 65% working the day shift and 35% the night shift. The results showed that 85% of the participants presented moderate or high levels of burnout (15.0% low; 66.25% moderate; 18.75% high). By domain, the highest rates were observed in the personal (35.0%) and organizational (28.75%) dimensions, followed by the patient/care domain (12.5%), suggesting a predominance of individual and institutional emotional burnout. The findings reinforce the need for institutional actions for prevention and care in occupational health, as well as policies aimed at promoting well-being and psychological support in emergency and urgent care settings. This study is expected to contribute to strengthening mental health care and management practices for frontline professionals.

Keywords: Burnout. Healthcare professionals. Emergency Department. Occupational Health. Qualitative Research.

1 INTRODUÇÃO

A atuação de profissionais da saúde em contexto hospitalar, especialmente em setores de pronto atendimento, urgência e emergência, é marcado por intensas demandas físicas e emocionais. Esses trabalhadores estão constantemente expostos a situações de urgência, diante do sofrimento humano e da iminência da morte presenciados nesse ambiente. A isso se soma a forte pressão a que são submetidos, devido à necessidade de tomar decisões de grande impacto em curto tempo, o que pode favorecer o desenvolvimento da exaustão psicológica (NAIDOO; SCHOEMAN, 2023).

Nesse contexto, a síndrome de burnout emerge como um fenômeno relevante a ser estudado, pois envolve não apenas a exaustão emocional, mas também o distanciamento mental do trabalho e a percepção de ineficácia profissional, comprometendo a saúde do trabalhador, e a qualidade da assistência prestada. Essa condição aumenta significativamente os riscos de erro humano e afeta a segurança do paciente (BRASIL, 2023).

No âmbito da saúde, o contato com a morte constitui parte da rotina, especialmente em serviços de emergência, nos quais a imprevisibilidade e a urgência das situações intensificam os impactos emocionais. Para os profissionais que atuam nesse contexto, a convivência frequente com a morte de pacientes e o sofrimento dos familiares pode gerar desgaste psíquico, sentimentos de impotência e sobrecarga emocional. Embora seja uma experiência universal e inevitável, a morte é um dos maiores desafios para o ser humano. Do ponto de vista existencial, ela remete à finitude, à perda e à fragilidade da vida, evocando sentimentos de medo, impotência e sofrimento (KÜBLER-ROSS, 2017).

Em contextos hospitalares, sobretudo nos setores de pronto socorro, a proximidade constante com situações de risco iminente de morte confronta os profissionais com essa dimensão da existência. Bowlby (1980) destaca que a perda de um ente querido é uma das experiências mais profundamente dolorosas que qualquer ser humano pode enfrentar e que tal sofrimento também é compartilhado por quem testemunha essa perda, sentindo-se impotente para ajudar. Parkes (1972) reforça essa percepção ao afirmar que o sofrimento é inevitável nesses casos, sendo impossível evitar essa passagem.

Esse contato frequente exige não apenas preparo técnico, mas também um manejo

emocional intenso, que nem sempre encontra espaço adequado para elaboração. Ao não conseguir salvar a vida de um paciente, muitos profissionais vivenciam um sentimento de fracasso, ainda que a morte seja parte do ciclo natural da existência. Essa percepção pode gerar questionamentos sobre a segurança e a eficácia de sua própria atuação, colocando em dúvida suas competências técnicas e emocionais. (FARIA, S. S.; FIGUEIREDO, J. S, 2017)

Nos setores de pronto socorro, onde as decisões devem ser rápidas e os desfechos nem sempre correspondem ao esforço da equipe, tais sentimentos podem se intensificar e tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout, especialmente no eixo da redução da realização profissional. (NOBRE et al., 2019)

A dificuldade em conviver com todos esses desafios referentes ao cuidado de pessoas em sofrimento, vivenciando dor profunda, traumas e medos diante de eventos trágicos pode potencializar o desgaste psíquico desses profissionais da linha de frente. Eles vivenciam o sofrimento alheio de forma repetida, sustentando posturas de acolhimento e firmeza. Essa tensão entre o cuidado prestado e a experiência íntima da vulnerabilidade humana torna-se um fator significativo na compreensão do burnout, pois adiciona ao estresse laboral uma carga existencial que nem sempre é reconhecida ou trabalhada nas instituições de saúde, favorecendo o desenvolvimento de fadiga emocional e estresse ocupacional como preditores do burnout (ESTEVES; LEÃO; ALVES, 2019).

Tendo em vista esse cenário , o problema da pesquisa proposta foi: Qual a prevalência e qual a intensidade da síndrome de burnout entre os profissionais de saúde que atuam no serviço de urgência e emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS-POA), RS? Em outras palavras, pretende-se quantificar os que apresentam sinais de burnout e os níveis conforme escala validada e descrever o cenário atual do setor com o objetivo de subsidiar ações de cuidado e prevenção.

Com base no problema identificado, os objetivos específicos foram: compreender os níveis de burnout em profissionais da emergência hospitalar por meio de instrumento validado, identificar as situações e fatores do setor de trabalho percebidos como mais desgastante e discutir possíveis estratégias de apoio emocional e prevenção do sofrimento psíquico na equipe de saúde, visando ao fortalecimento senso de equipe, à motivação e à melhoria da qualidade de vida no trabalho colaborando com a redução de riscos relacionados ao erro humano.

Esse estudo se justifica pela observação direta durante estágio curricular em psicologia, com as demandas próprias do atendimento direcionado ao cuidado de pacientes oncológicos e de portadores de doenças graves nos quais já se notava comportamentos de exaustão e esgotamento mental na equipe. Posteriormente em outra unidade hospitalar vivenciando a experiência observacional em urgência e emergência, caracterizadas por alta complexidade, ritmo intenso observou-se exposição contínua a eventos críticos. Tais experiências indicaram possíveis repercussões dessas condições sobre a saúde mental dos profissionais, reforçando a necessidade de uma avaliação estruturada da síndrome de burnout e de um olhar sensível que subsidie ações de cuidado e gestão nas instituições de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A síndrome de burnout é descrita como um fenômeno ocupacional caracterizado por três dimensões principais: exaustão emocional, distanciamento mental do trabalho e percepção de ineficácia profissional. Embora não seja reconhecida pelo DSM-5, a síndrome de Burnout passou a ser reconhecida pela CID-11 como um fenômeno ocupacional, não um transtorno mental específico. Essa classificação não se aplica a outras áreas da vida, mas sim especificamente a condições de estresse crônico no trabalho, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução da eficácia profissional (OMS, 2019).

É atualmente um tema amplamente estudado, conceituado como estresse crônico relacionado ao ambiente de trabalho e contextos ocupacionais. Não deve ser contextualizada para descrever situações em outras áreas da experiência humana (FREUDENBERGER, 1974). Embora no DSM 5 não tenha sido descrito, por não se tratar de um transtorno mental na vigência da última publicação, pela OMS é classificado como um fenômeno ocupacional onde no CID 10 e CID 11 é reconhecida como um problema relacionado ao trabalho (OMS, 2022).

Herbert Freudenberger classificou o termo “burnout” em 1974 onde através das suas experiências como voluntário e psicólogo, destacou a importância das condições de trabalho. Freudenberger, percebeu que o burnout se manifesta através de alterações na motivação, no humor, levando a fadiga, desilusão e rigidez profissional. No contexto hospitalar, especialmente nos setores de emergência e de pronto socorro, existe uma exposição constante a fatores de risco que intensifica a vulnerabilidade dos profissionais ao burnout, levando a graves consequências que afetam a si e a qualidade dos serviços prestados

(BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Essa síndrome começou a ser estudada nos Estados Unidos e foi difundida mundialmente nos anos posteriores. Foi difundido inicialmente pelas áreas de cuidados e serviços que envolvem a saúde, serviço social, assistência jurídica, atividade policial e de bombeiros e da educação (VIEIRA; RUSSO, 2019). Foi tradicionalmente definido como uma síndrome psicológica composta de três dimensões: A exaustão emocional, a primeira dimensão é caracterizada pela sensação de desgaste e falta de energia para enfrentar as exigências do trabalho. Nessa dimensão o indivíduo experiencia sentimento contínuo de sobrecarga, sem recursos de enfrentamento para as situações diárias e emocionais. A despersonalização, a segunda dimensão diz respeito à postura negativa frente às atividades. Pode desencadear comportamentos hostis, dificuldade de relacionamentos interpessoais, isolamento no trabalho. O indivíduo passa a experienciar distanciamentos afetivos e falta de empatia. A baixa realização pessoal, a terceira dimensão caracteriza-se pela percepção de baixa eficácia no trabalho e falta de reconhecimento dos resultados. O indivíduo experiencia sentimentos de desvalorização e inadequação com progressiva desmotivação (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O conceito de maior impacto e propagação do burnout foi o de Freudenberger (1974), no entanto, a concepção mais aceita é a das psicólogas sociais Christina Maslach e Suzan Jackson (1981;1986), que definem os construtos a serem avaliados.

Christina Maslach criadora da escala diagnóstica MBI (*Maslach Burnout Inventory*), considerada padrão ouro para rastreio e diagnóstico da síndrome de burnout, permitiu expandir as pesquisas epidemiológicas, consolidando o burnout como um fenômeno a ser estudado em larga escala. Estendendo o conceito a diversos países e amostras populacionais de diferentes esferas e áreas de atuação envolvendo também fora da área da saúde como a da educação, não se limitando à nenhuma especificidade, mas considerando os principais determinantes do envolvimento das relações de trabalho. A Síndrome de Burnout é muito além de uma crise de estresse, é uma manifestação complexa que se desenvolve no decorrer do tempo de exposição ao risco ocupacional (VIEIRA; RUSSO, 2019).

Compreendendo o Burnout como um fenômeno ligado ao trabalho principalmente em contextos de alta pressão e cobrança, percebemos a importância de compreender o contexto biopsicossocial do indivíduo onde rastreia-se não somente o sofrimento no trabalho, especialmente em sociedades capitalistas e neoliberais onde há aumento de demandas, mas também o enfraquecimento da rede de apoio que superestima a capacidade de produtividade do indivíduo. (Rocha et al. 2025)

Na Suécia, país culturalmente considerado o “paraíso das leis trabalhistas”, foi dada a notoriedade do burnout como transtorno psiquiátrico, enquanto que na França a receptividade foi de forma parcial em determinadas categorias, como a dos enfermeiros (BBC, 2019). No Brasil desde 1999 ganhou certa notoriedade na legislação brasileira como doença relacionada ao trabalho, mas ainda não muito discutida. A reação ao estresse crônico, ou burnout, é reconhecido atualmente como problema de saúde pública pois sua associação a consequências não só como risco para a saúde, notadamente vista como depressão, mas também socioeconômicas, se manifestando através do absenteísmo, alta rotatividade nas organizações, afastamentos com envolvimento previdenciários.

Em uma discussão jurídico-administrativa se tratando do contexto brasileiro, a notoriedade do Burnout ainda apresenta alguns entraves. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o Burnout desde 2019, incluindo oficialmente na Classificação Internacional de Doenças – CID-11 que entrou em vigor em janeiro de 2022. Considerando assim como um fenômeno relacionado ao trabalho e não uma doença. A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) foi atualizada no final do ano de 2024 alterando a consolidação do Ministério da Saúde de 2017 (GM/MS nº 5 de 2017) onde foi incluído o esgotamento (Burnout) na lista de doenças e fatores de risco associados ao trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta atualização incluiu-se ansiedade, depressão, vários tipos de câncer e transtornos musculoesqueléticos. Observa-se uma assimetria temporal entre a inclusão normativa da OMS a partir de 2022 com o reconhecimento social e científico mais expressivo que ocorreu somente em 2024.

A comprovação da relação de causalidade do burnout com o ambiente de trabalho por ser uma doença multifacetada e de origens complexas que dificulta sua constatação. Tal dificuldade decorre da ausência de protocolos diagnósticos padrão e da escassez de critérios avaliativos consolidados que permitam a relação causal do adoecimento com a incapacidade laboral. Dificultando assim o acesso a benefícios previdenciários onde podemos relacionar esse fator como impeditivo do processo de recuperação clínica uma vez que o trabalhador não terá recursos suficientes para restabelecer sua saúde e retornar às atividades laborais podendo até mesmo gerar uma cronificação do burnout (SILVA, 2024).

A porta de entrada de um hospital de pronto socorro é um ambiente complexo, volátil e com recursos limitados. É um alto volume de pacientes, equipe sobrecarregada e ambiente tenso, além de longas esperas tanto por parte do paciente a ser atendido quanto de familiares desejando obter notícias. O pronto-socorro é um setor preparado para receber pessoas em risco de vida imediato, vítimas de acidentes e de crises súbitas que ameacem a vida. Tudo

precisa acontecer rapidamente. Segundo O'Dwyer e Mattos (2013), o pronto-socorro é estruturado para garantir acesso rápido e integral a quem procura atendimento em situações de urgência e emergência. Diferente de outras áreas do hospital, na emergência o ritmo é acelerado: os profissionais precisam tomar decisões rápidas, priorizar quem corre maior risco e lidar com múltiplos casos ao mesmo tempo. Fazem parte desse cenário o ambiente superlotado, ruído de pessoas em crises de dor e sofrimento, barulho de monitores, fluxo de macas e a presença de familiares ansiosos (MARTINS et al., 2014).

Podemos fazer uma correlação a teoria de Freud (1923-1925) que caracteriza o ID como a parte mais primitiva e instintiva da psique, presente desde o nascimento e responsável pelos instintos primitivos e impulsos como o desejo, a agressividade, a pulsão e o prazer. Portanto, a emergência hospitalar configura a urgência concreta do corpo onde o equilíbrio se rompe e nasce a necessidade imediata. São os impulsos mais básicos ligados à vida e à morte. Assim como o ego e o superego dão limite e regulam o ID, na emergência há protocolos e equipes de cuidados que regulam e organizam essa descarga caótica da psique do paciente que chega em sua pulsão mais primitiva. Ou seja, é um local onde o ID precisa encontrar contenção, simbolização e tratamento (FREUD, 1923).

Diante do exposto, observa-se que o referencial teórico reuniu contribuições fundamentais e dados históricos para conceitualização e compreensão da síndrome de burnout, desde suas formulações clássicas até os avanços mais recentes na literatura nacional e internacional. Também se evidenciou a relevância do ambiente hospitalar de emergência, caracterizado por intensas demandas emocionais e operacionais, como contexto propício ao desenvolvimento do estresse ocupacional crônico. Embora a literatura sobre burnout seja ampla, verifica-se uma lacuna importante quanto a investigações voltadas ao ambiente do pronto-socorro, especialmente no cenário brasileiro. Assim, este referencial teórico sustenta e justifica a presente pesquisa, que busca analisar de forma quantitativa e qualitativa a manifestação do burnout em profissionais atuantes na emergência hospitalar, contribuindo para ampliar o conhecimento científico e subsidiar práticas de cuidado e prevenção no âmbito da saúde do trabalhador.

3 MÉTODO

A pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem mista (quantitativa-qualitativa) realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Rio Grande do Sul entre os meses de julho e novembro do ano de 2025. Para atingir os objetivos,

contou-se com uma amostra dos profissionais da enfermagem atuantes na linha de frente do setor de emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS, compreendendo enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem em exercício assistencial direto aos pacientes. Como critérios de inclusão, profissionais com vínculo ativo e como critérios de exclusão para compor a amostra, considerou-se o tamanho amostral mínimo, estimando a proporção esperada de burnout $p=0,5$ (pior caso) com margem de erro de 5% e Intervalo de confiança 95% ($Z=1,96$), com correção para população finita ($N=94$). O cálculo amostral resultou em $n=76$ participantes. Para mitigar perdas e recusas, a amostra planejada foi inflada em 5%, totalizando 80 participantes.

O componente quantitativo utilizou a aplicação do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) enquanto o componente qualitativo consistiu em entrevistas semi-estruturada a ser aplicada em uma amostra por conveniência ($n=80$ pessoas). Essa estratégia foi utilizada para minimizar a sobrecarga durante o plantão e evitar viés de coerção. Assim, era permitido pular a pergunta sem prejuízo à participação. Respostas abertas foram analisadas apenas para os participantes que as forneceram e os demais itens não respondidos foram desconsiderados.

3.1 Procedimentos de Coleta

A coleta ocorreu in loco e por formulário impresso, auto administrado pelos participantes. Os profissionais elegíveis foram convidados a participar através de anúncio no e-mail corporativo e posteriormente apresentação da pesquisadora no local da coleta e dados, onde se fez um período de observação de campo. A pesquisa seguiu a Resolução CNS 466/2012. Aprovada pelo CEP Plataforma Brasil - Sociedade Porvir Científico (CAAE 82392824.0.0000.5307). Todos os participantes assinaram TCLE e os dados foram anonimizados. Os participantes respondiam ao CBI em um tempo médio de 5 a 7 minutos.

Aos que responderam às perguntas abertas a mesma teve duração de um tempo médio de 10 minutos, através de escrita livre respondendo às questões anexadas ao formulário CBI. Após a correção para apuração dos dados quantitativos, foram analisadas as respostas das questões semiestruturadas e submetidas a análise temática.

3.2 Instrumentos Utilizados

Foi utilizado a escala Copenhagen Burnout Inventory (CBI) que consiste em uma ferramenta de domínio público que avalia o mesmo construto em diferentes contextos. Adaptado, traduzido e validado para profissionais da saúde, utilizado em muitos países, com crescente base de evidências e com boas propriedades psicométricas. (MOSER et al., 2023). A escala foi adaptada por Carolina F. Moser, publicado em 2023, para o público brasileiro tendo grau de confiabilidade de excelente consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,94 para a escala total, 0,92 para o domínio Pessoal, 0,90 para Trabalho e 0,88 para Paciente. O CBI avalia exaustão relacionada à pessoa (PB, 6 itens), ao trabalho (WB, 7 itens) e a clientes/pacientes (CB, 6 itens), totalizando 19 itens em escala tipo Likert de 5 pontos. Os itens são convertidos para 0–5 pontos (por exemplo, “sempre/muito alto”= 5; “nunca/muito baixo”= 1); a pontuação de cada subescala é a média dos itens correspondentes. Pontuações mais altas indicam maior burnout. A interpretação da versão adotada interpreta-se da seguinte forma: 1,00 a 2,49: baixo; 2,50 a 3,49: moderado; 3,50 a 5,00: alto.

As três dimensões do CBI apresentaram consistência interna ótima. O α alfa de cronbach e o ω ômega de McDonald's são medidas de confiabilidade para avaliar a consistência interna de uma escala de medição. Isso significa que os itens de cada dimensão do CBI “andam juntos”: medem muito bem o mesmo construto. A análise paralela indicou solução bifatorial, com os itens de burnout pessoal (PB) e burnout relacionado ao trabalho (WB) carregando em um mesmo fator (exaustão pessoal/ocupacional) e os itens de burnout relacionado ao cliente (CB) compondo um segundo fator (exaustão vinculada ao atendimento). Mantiveram-se, contudo, os escores por domínio conforme a estrutura conceitual do instrumento. O objetivo dessa análise é medir se os itens de uma mesma escala medem a mesma coisa

Além dos dados quantitativos analisados, dados sociodemográficos e ocupacionais: sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação no setor, turno de trabalho, carga horária semanal, plantões noturnos/madrugada/ diurnos, trabalho em múltiplos vínculos, foram considerados nas entrevistas qualitativas para melhor compreensão e leitura dos resultados adquiridos na análise qualitativa. Além dos instrumentos quantitativos, foi utilizado um bloco de questões abertas, no qual os participantes puderam descrever, em linguagem livre, situações percebidas como mais desgastantes no trabalho, estratégias utilizadas para lidar com

a sobrecarga, propostas de melhoria imediata no setor e o que considerariam necessário para tornar o trabalho mais saudável. As respostas textuais foram organizadas em um corpus e submetidas à análise lexical pelo software **IRaMuTeQ** (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que permite o tratamento estatístico de dados textuais. A partir desse procedimento, o IRaMuTeQ realizou a classificação dos segmentos de texto em função da frequência e da coocorrência das palavras, originando classes temáticas que sintetizam os principais núcleos de sentido presentes nos relatos. Esse recurso possibilitou complementar os dados numéricos, oferecendo uma compreensão qualitativa mais aprofundada sobre as experiências de desgaste, as formas de enfrentamento e as demandas dos profissionais em relação às condições de trabalho na emergência hospitalar.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 80 profissionais do HPS de Porto Alegre/RS, com idade entre 23 e 68 anos. Sendo 58 mulheres, 19 homens, 3 que na autoidentificação assinalaram outra identidade de gênero. As categorias profissionais que participaram foram enfermeiros e técnicos(as) de enfermagem atuantes dos setores de emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. A média geral do tempo de experiência e atuação na área de cuidados foi 34% dos colaboradores (27 entrevistados) com menos de 10 anos de atuação, 43% dos colaboradores entre 12 e 40 anos de atuação (34 participantes), 7,5% dos colaboradores com tempo de atuação menor de 1 ano (6 participantes) e 16% que não responderam (13 participantes). A escala de trabalho praticada é 12x36 em regime estatutário. Do total de entrevistados, 35% realizam plantões noturnos.

No presente inquérito (N=80; cobertura: Diurno 65%, Noturno 35%), observou-se um quadro geral de exaustão que merece atenção institucional. Pela classificação global do burnout, 15,0% (12/80) situaram-se em nível baixo, 66,25% (53/80) em moderado e 18,75% (15/80) em alto, de modo que 85% dos participantes encontram-se pelo menos em moderado, e aproximadamente 1 em cada 5 apresenta nível alto. A análise por domínios indica maior peso do desgaste pessoal e organizacional em comparação ao relacionado ao atendimento a pacientes: “alto” em 35,0% (28/80) no domínio pessoal, 28,75% (23/80) no trabalho/organização e 12,5% (10/80) no paciente/atendimento. Considerando as impressões analíticas e os sinais de alerta, o predomínio de níveis moderados/altos e a concentração do “alto” nos domínios pessoal e organizacional sugerem sobrecargas. Um achado clinicamente

relevante para risco de afastamentos, adoecimento e queda de desempenho, demandando medidas institucionais de prevenção e cuidado.

Além disso verificou-se uma tendência ao burnout alto nos trabalhadores com maior tempo de carreira, podendo considerar a carga alostática que é o desgaste cumulativo e crônico do corpo causado pela exposição constante a estressores. Isso significa que, em vez de retornar ao estado de equilíbrio após um evento estressante, o corpo permanece em um estado de alerta ou com sistemas desregulados, gerando um desgaste que se acumula ao longo do tempo. Consequência disso são os sinais e sintomas biológicos e psicológicos que se manifestam no indivíduo. A carga alostática é responsiva a intervenções, portando programas de incentivo a melhorar estilo de vida, manejo de estresse e suporte psicossocial e organizacional podem atenuar esse desgaste associado ao estresse ocupacional. Esses achados sustentam a importância da adoção de intervenções multidisciplinares no contexto hospitalar, em especial à emergência (ROSENBERG et al., 2020).

4.1 Representação Gráfica dos Resultados

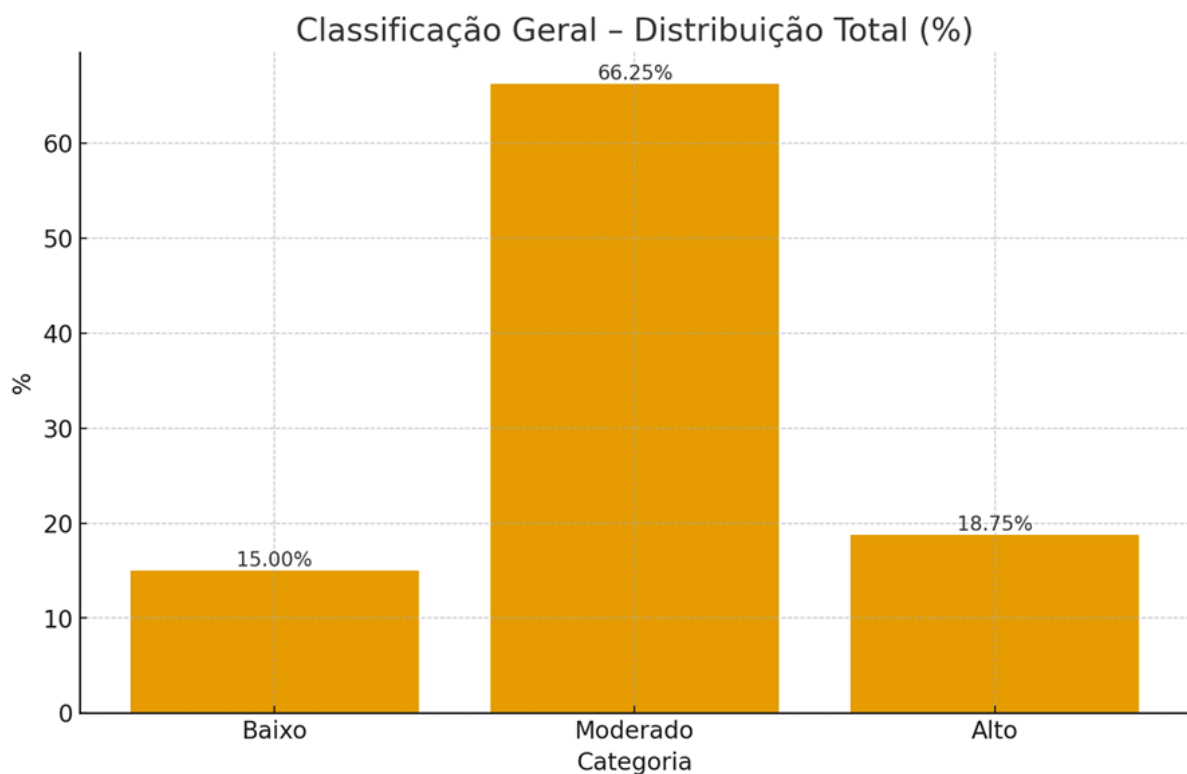


Figura 1. Classificação Geral – Distribuição Total (%)

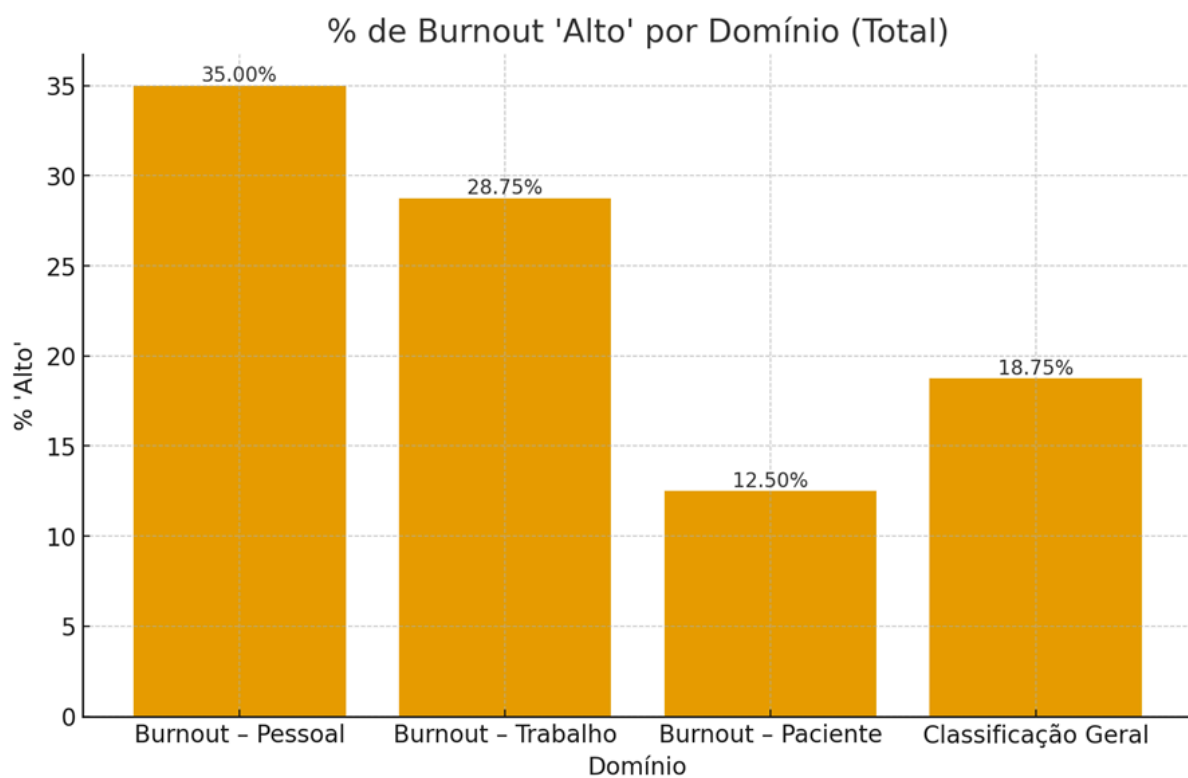


Figura 2. Classificação de 'Alto' por Domínio (Total)

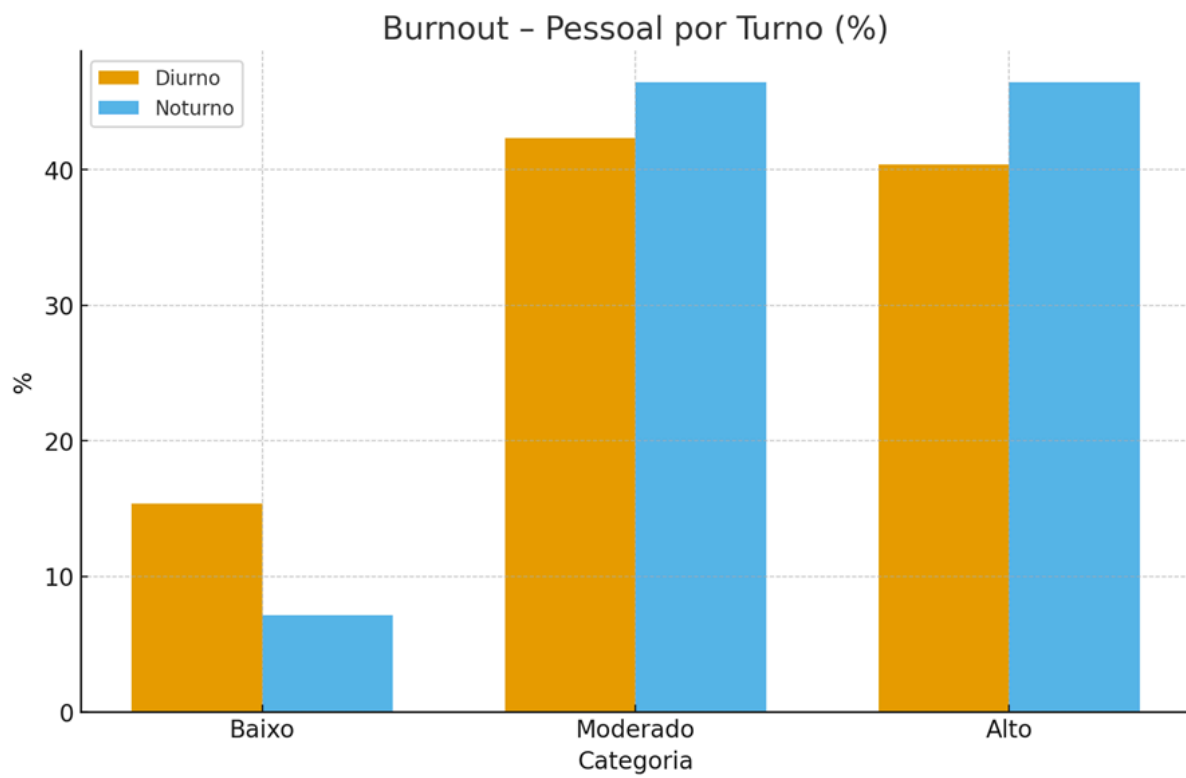


Figura 3. Burnout – Pessoal por Turno (%)

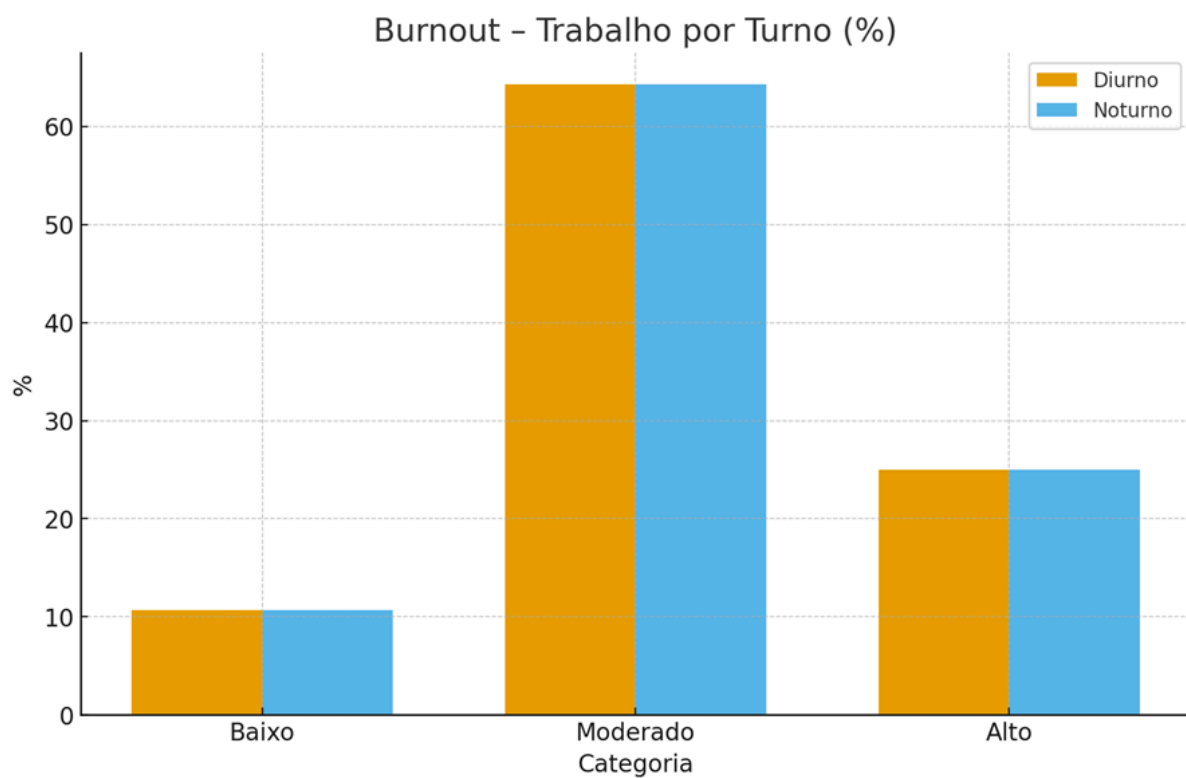


Figura 4. Burnout – Trabalho por Turno (%)

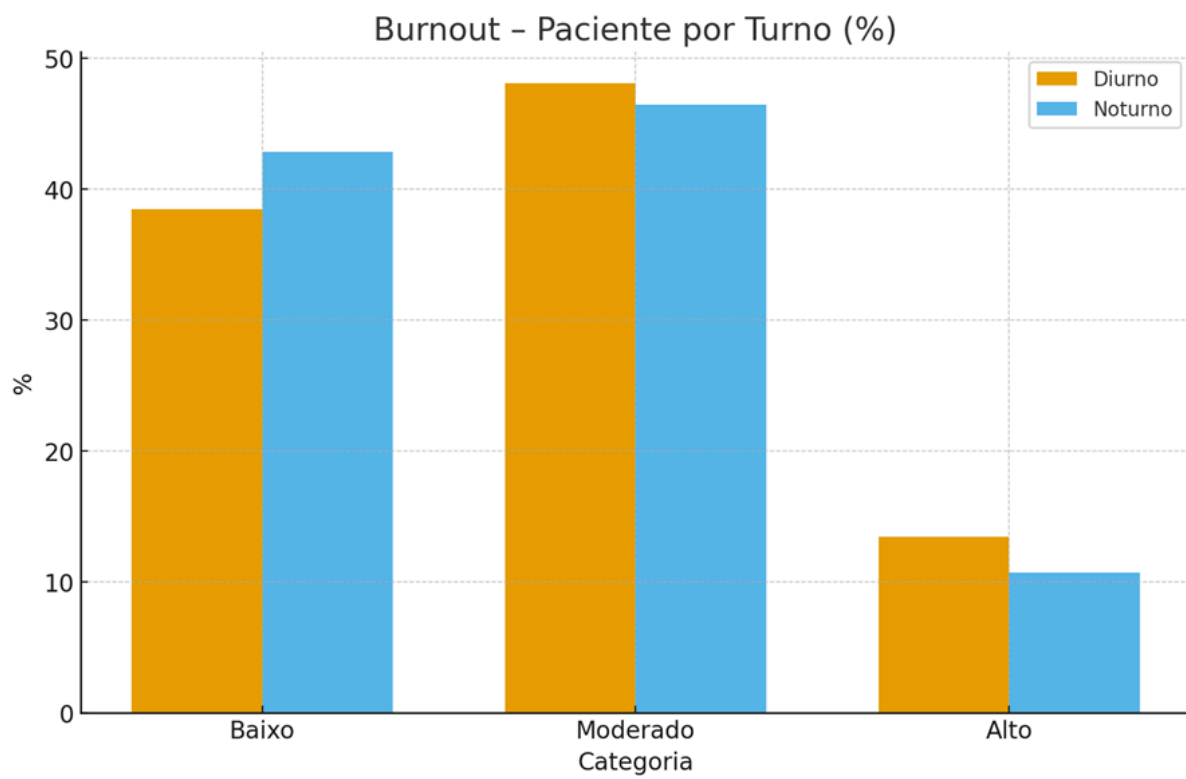


Figura 5. Burnout – Paciente por Turno (%)

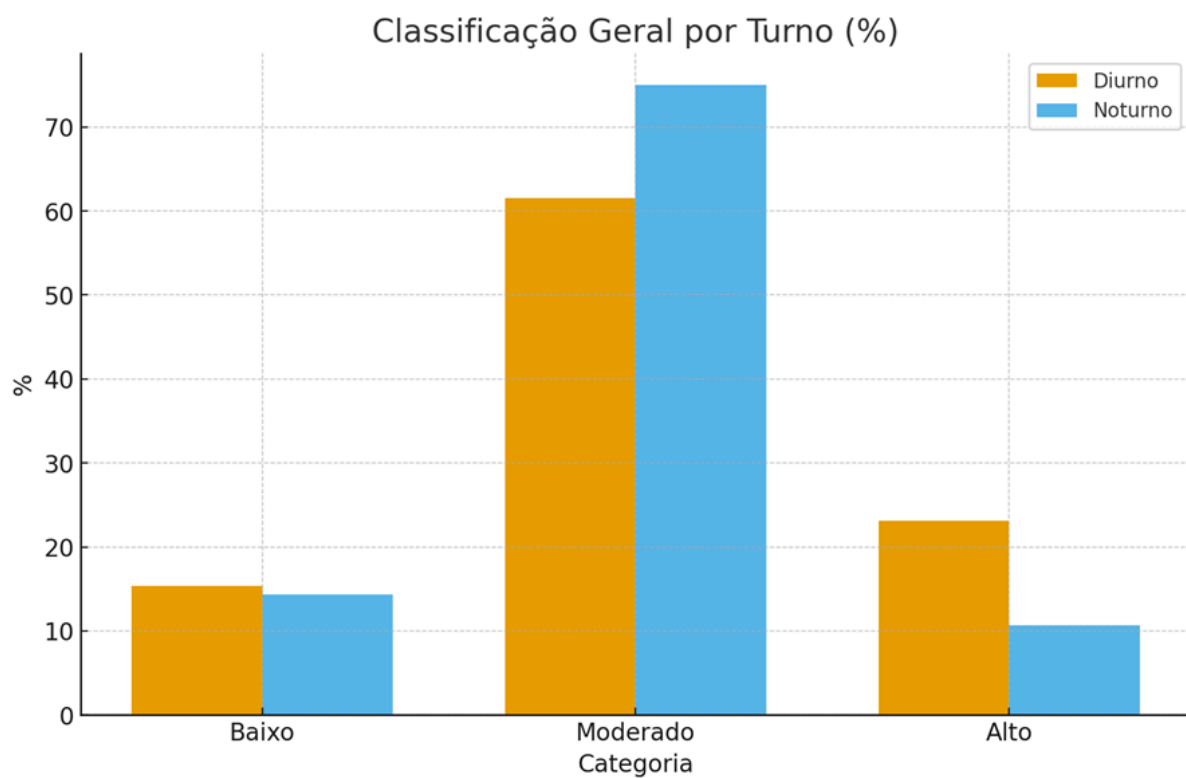


Figura 6. Classificação Geral por Turno (%)

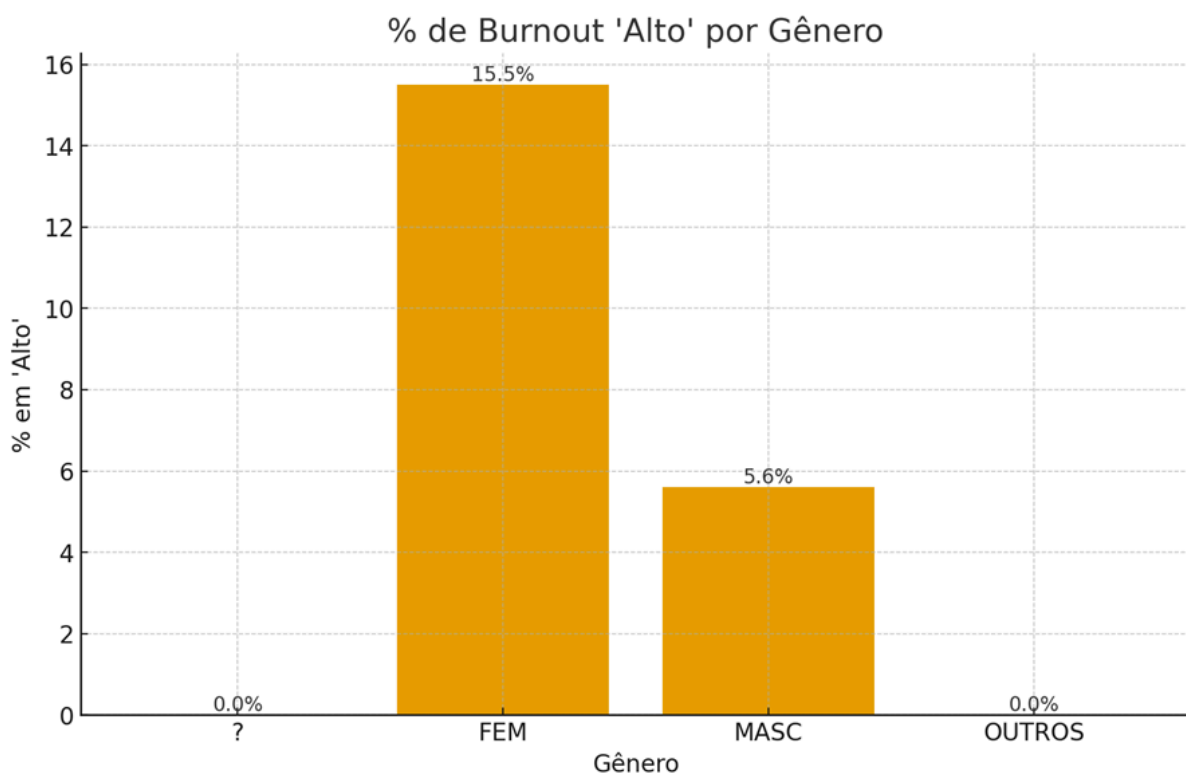


Figura 7. Classificação de Burnout 'Alto' por gênero.

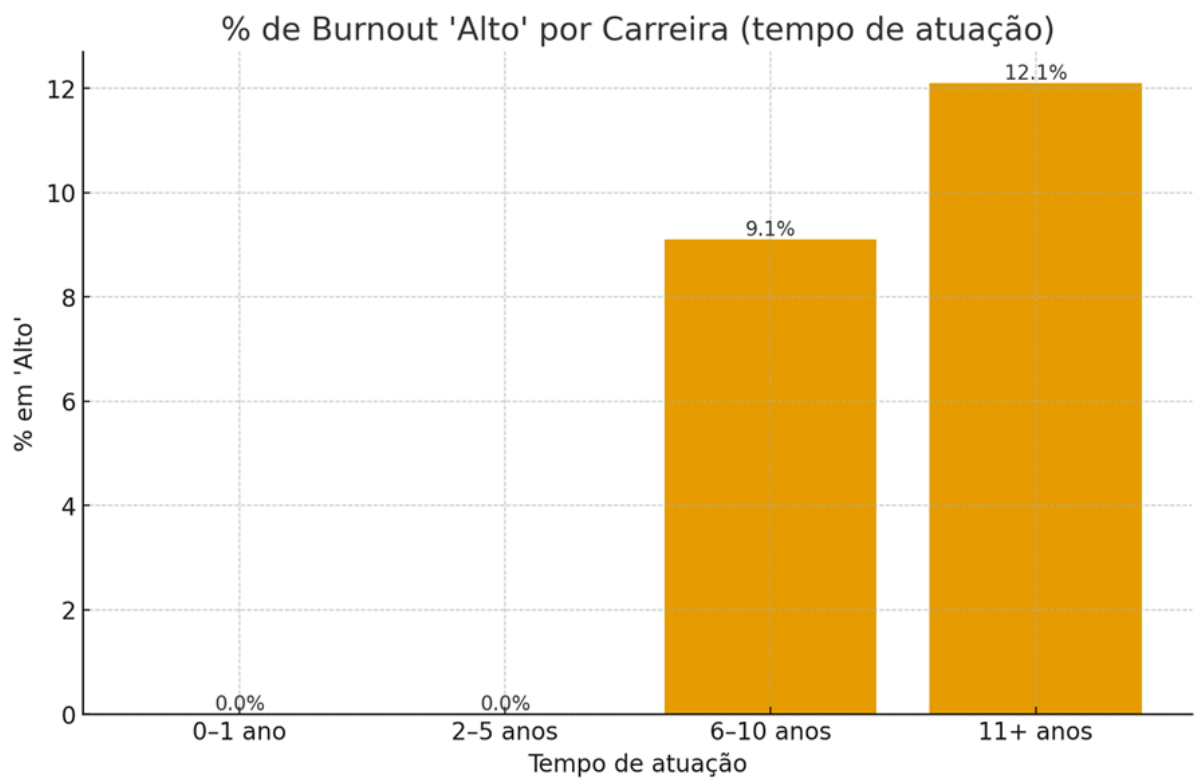


Figura 9. % de Burnout 'Alto' por carreira (tempo de atuação).

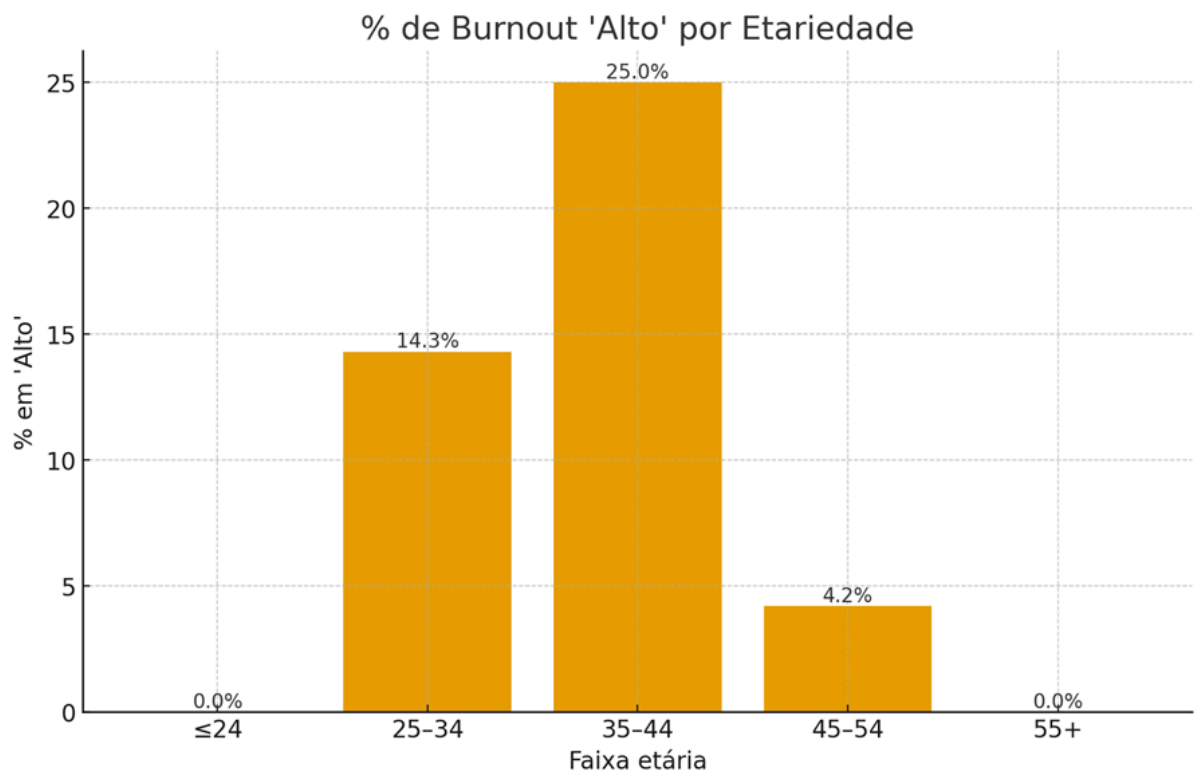


Figura 8. Classificação de Burnout 'Alto' por etariedade (faixa etária).

5 DISCUSSÃO

A presente pesquisa evidencia um quadro consistente de desgaste ocupacional significativo que afeta os trabalhadores da emergência avaliados, com nuances importantes relacionadas ao turno de trabalho, gênero, faixa etária e tempo de carreira. Os resultados obtidos por domínios reforça que o desgaste não se distribui de forma homogênea: o domínio Pessoal concentra 35,0% (28/80) dos casos altos, seguido de Trabalho/Organização com 28,75% (23/80) e, por último, Paciente/Atendimento com 12,5% (10/80). Esse padrão sugere que o núcleo do sofrimento não está centrado prioritariamente na relação com o paciente, mas em fatores subjetivos e organizacionais: exaustão física e emocional, dificuldade de recuperação, sobrecarga de tarefas, fluxos intensos, burocracias e pausas insuficientes. Essa configuração é coerente com a concepção de burnout como síndrome cujo foco central é a fadiga e a exaustão crônica, mais do que um “cansaço do paciente” em si.

Já na classificação geral mostra dois perfis: no diurno, com 23,08% em Alto e 61,54% em Moderado; no noturno, 10,71% em Alto e 75,00% em Moderado. Em suma, o diurno concentra mais casos graves, enquanto o noturno concentra mais quadros moderados. Essas diferenças não caracterizam o problema como exclusivo de um turno, pois apontam para estressores transversais como picos de demanda, sobrecarga administrativa, pausas inadequadas, dimensionamento aquém do necessário, necessidade de coordenação em tempo real.

Na análise de classificação por gênero, a média do escore global (Likert 1–5) foi maior entre mulheres ($\approx 3,12$) do que entre homens ($\approx 2,84$). Quanto à proporção em “Alto”, observa-se Feminino $\approx 15,5\%$ versus Masculino $\approx 5,6\%$. Ainda que diferenças de composição e papéis ocupacionais possam mediar parte desse efeito, o padrão é consistente com a literatura sobre sobrecarga de mulheres em virtude da dupla jornada, maior carga de trabalho invisível e responsabilidades de cuidado (IBGE, 2023). Sugere-se, portanto, a implantação de ações específicas de suporte e flexibilização.

Na análise por etariedade, incluem os homens, mulheres e não declarados, profissionais jovens e de meia-carreira (25–44) e veteranos (11+ anos). A combinação de pressões pessoais e organizacionais justifica a maior parte do quadro, com diferenças por turno que reforçam a necessidade de respostas sistêmicas. Ainda que não haja tendência linear

(Spearman ns), o subgrupo 11+ anos concentra casos altos ($\approx 12,1\%$), acima de 6–10 anos ($\approx 9,1\%$) e 0–5 anos ($\approx 0\%$). Isso aponta para acúmulo crônico em uma parcela de veteranos: desgaste que se mantém ao longo do tempo, especialmente quando rotinas, papéis e reconhecimento não se renovam ou quando o profissional permanece exposto a contextos de alta pressão sem contrapartidas de recuperação. A distribuição de “Alto” por faixa etária apresenta pico em 35–44 anos (25,0%), seguida por 25–34 (14,3%); há redução em 45–54 (4,2%) e ausência de casos altos em ≤ 24 e 55+. A correlação de Spearman entre burnout e idade é negativa e significativa ($\rho \approx -0,33$; $p \approx 0,0065$), indicando que quanto mais jovem, maior o escore global, com a meia-carreira (35–44) despontando como ponto de atenção. Esse resultado sugere um olhar entre exigências crescentes de entrega/ liderança e protocolos ainda em consolidação como a formação, estabilidade contratual, autonomia e redes de apoio.

A utilização do Copenhagen Burnout Inventory (CBI) mostra-se particularmente pertinente nesse contexto, uma vez que o instrumento foi construído justamente para discriminar burnout pessoal, relacionado ao trabalho e ao cliente/paciente, e apresenta evidências robustas de validade e consistência interna na versão brasileira aplicada a trabalhadores da saúde (MOSER et al., 2023). Os achados deste estudo, com maior concentração de “Alto” em Pessoal e Trabalho/Organização, dialogam com pesquisas que apontam elevados níveis de exaustão e sofrimento relacionados à estrutura e organização do trabalho em serviços de alta complexidade, como urgência, emergência e atendimento móvel (SILVA et al., 2024). Isso sugere um nível importante de exaustão física e emocional que transcende o ambiente de trabalho, invadindo outros campos da vida dos profissionais. Esse resultado é coerente com a literatura que descreve o burnout como um processo de adoecimento que “transborda” o espaço laboral, afetando sono, relações familiares e lazer, sobretudo quando há jornadas extensas, múltiplos vínculos empregatícios e dificuldade de desconexão psíquica do trabalho (MENDES; POMPERMAYER; LAGO, 2014). No contexto da emergência, em que a intensidade e a imprevisibilidade do trabalho são elevadas, tal achado pode ser interpretado como um indicativo de risco para desfechos mais graves, como adoecimento mental, afastamentos prolongados e rotatividade.

Do ponto de vista da gestão do trabalho, o fato de o domínio Paciente/Atendimento apresentar menor proporção de casos altos reforça a hipótese de que a relação clínica, apesar de emocionalmente exigente, também pode funcionar como fonte de sentido e reconhecimento, moderando parcialmente o impacto do estresse. Estudos em contextos de emergência e terapia intensiva descrevem esse paradoxo: o contato direto com o usuário é, ao

mesmo tempo, fonte de sofrimento e elemento que sustenta o compromisso profissional, sobretudo quando há percepção de eficácia e utilidade do cuidado prestado (SILVA et al., 2024). Nesse cenário, intervenções centradas apenas em “treinar” o manejo da relação com o paciente tendem a ser insuficientes se não forem acompanhadas de mudanças organizacionais (dimensionamento adequado, revisão de fluxos, espaços formais de escuta e supervisão).

Quando se analisam os resultados por turno (Figuras 3 a 6), a classificação geral desenha dois perfis: no turno diurno, 23,08% dos profissionais estão em “Alto” e 61,54% em “Moderado”; no noturno, 10,71% em “Alto” e 75,00% em “Moderado”. Embora o diurno concentre maior gravidade, o noturno apresenta uma proporção expressiva de quadros moderados, indicando que o problema é transversal e não exclusivo de um turno específico. Esse padrão se aproxima de achados que associam o burnout, em serviços de urgência/emergência, tanto à exposição a picos de demanda e sobrecarga administrativa quanto à rotinas fragmentadas e exigência de tomada de decisão rápida com recursos limitados (PAES JR. et al., 2022). É importante ressaltar que a distribuição desigual da amostra entre turnos e o desenho transversal do estudo limitam inferências causais sobre “maiores riscos” em um turno específico. Ainda assim, os dados apontam para estressores comuns, fluxo assistencial intenso, pausas inadequadas, tarefas burocráticas acumuladas, necessidade de coordenação em tempo real entre múltiplas equipes – que exigem respostas institucionais integradas e não apenas medidas pontuais focadas em indivíduos ou em um único horário de trabalho.

Na análise por gênero (Figura 7), observa-se média global mais elevada entre mulheres ($\approx 3,12$) em comparação aos homens ($\approx 2,84$), além de maior proporção de casos em “Alto” ($\approx 15,5\%$ vs. $\approx 5,6\%$). Esse padrão é compatível com a literatura que documenta maior vulnerabilidade feminina ao burnout em função da dupla jornada, da sobreposição de papéis produtivos e reprodutivos e da sobrecarga de trabalho invisível e de cuidado. Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que, em 2022, mulheres dedicam, em média, cerca de 21,3 horas semanais aos afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas, enquanto homens dedicaram 11,7 horas, configurando quase o dobro de tempo investido nessas tarefas, mesmo entre pessoas ocupadas (IBGE, 2023). Estudos sobre “economia do cuidado” e desigualdades de gênero reforçam que essa sobrecarga repercute diretamente na saúde física e mental, aumentando a probabilidade de quadros de estresse crônico, adoecimento psíquico e burnout (IGANSI et al., 2025). Nesse sentido, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de ações específicas de suporte às trabalhadoras, por

exemplo, maior previsibilidade de escalas, possibilidades de flexibilização e políticas institucionais sensíveis à conciliação entre trabalho e cuidado.

A distribuição de burnout por faixa etária (Figura 8) e tempo de carreira (Figura 9) adiciona outra camada à compreensão do fenômeno. A faixa etária de 35–44 anos apresenta o maior percentual de casos altos (25,0%), seguida por 25–34 anos (14,3%), com redução em 45–54 anos (4,2%) e ausência de casos em ≤ 24 e ≥ 55 anos. A correlação de Spearman negativa e significativa entre escore global e idade ($\rho \approx -0,33$; $p \approx 0,0065$) indica que, na amostra estudada, quanto mais jovem, maior o burnout, com um “pico” na meia-carreira. García-Pérez et al. (2025) apontam que esse grupo etário apresenta maior vulnerabilidade em razão da combinação de elevadas exigências de desempenho, acúmulo de responsabilidades e trajetórias profissionais ainda em consolidação.

Ao mesmo tempo, a análise por tempo de atuação mostra concentração de casos altos no grupo com 11+ anos de carreira ($\approx 12,1\%$), superior aos grupos de 6–10 anos ($\approx 9,1\%$) e 0–5 anos ($\approx 0\%$). Embora não se observa tendência linear (Spearman não significativo), o acúmulo crônico de desgaste entre veteranos é um achado relevante: profissionais que permanecem por longos períodos em contextos de alta pressão, sem renovação de papeis, reconhecimento e possibilidades reais de recuperação, tendem a apresentar quadros de exaustão persistente. García-Pérez et al. (2025) em revisão recente com trabalhadores da saúde na América Latina descrevem justamente essa coexistência de vulnerabilidade entre mais jovens (sob pressão de inserção e desempenho) e entre veteranos expostos por muitos anos a condições adversas, indicando que diferentes fases da carreira demandam estratégias específicas de cuidado.

De forma integrada, a combinação dos achados por domínio, turno, gênero, idade e carreira aponta para um fenômeno que não pode ser reduzido à “fragilidade individual” ou a um único fator isolado. Trata-se de um quadro de burnout sustentado pela interação entre exigências intensas e contínuas do trabalho em emergência, condições organizacionais frequentemente insuficientes e desigualdades estruturais (como a divisão de gênero do trabalho de cuidado). Nesse sentido, os dados reforçam recomendações de que intervenções efetivas em burnout devem articular ações em múltiplos níveis. No âmbito institucional e organizacional, destacam-se a revisão do dimensionamento da equipe e dos fluxos de trabalho, a qualificação das lideranças, a criação de espaços sistemáticos de escuta e supervisão clínica, a implementação de políticas de pausas e recuperação, bem como o

monitoramento periódico do burnout com instrumentos validados, como o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (MOSER et al., 2023).

No nível coletivo e interprofissional, recomendam-se a realização de grupos de apoio, rodas de conversa e espaços de compartilhamento de experiências entre as equipes, com foco na construção de sentido do trabalho e no fortalecimento de redes de apoio no ambiente laboral (SILVA et al., 2024). Já no nível individual, as intervenções envolvem ações de psicoeducação sobre burnout, estratégias de coping, promoção do manejo adequado do sono e do descanso, bem como o estímulo à busca por apoio psicológico quando necessário.

Em síntese, a representação gráfica dos resultados evidencia que a área profissional estudada reúne condições típicas de “grupo de risco” para burnout, tal como descrito em estudos nacionais e internacionais com profissionais de emergência e de hospitais públicos, como mostrado por Medeiros et al. (2022). Ao mesmo tempo, o detalhamento por domínios e subgrupos oferece um diagnóstico refinado que pode subsidiar a elaboração de um plano de intervenção alinhado à realidade local, com prioridade para o enfrentamento dos fatores pessoais e organizacionais que sustentam o desgaste, sem perder de vista as especificidades de turno, gênero, idade e tempo de carreira.

A análise lexical realizada pelo IRaMuTeQ evidenciou que os relatos dos profissionais se organizam em torno de eixos centrais relacionados à sobrecarga de trabalho e organização do serviço, às estratégias de enfrentamento individuais e ao desejo de maior apoio institucional e cuidado com a equipe. As classes temáticas formadas pelo software agrupam segmentos de texto que remetem, de modo recorrente, à falta ou insuficiência de pessoal, ao acúmulo de tarefas, à pressão por produtividade, à ausência de pausas adequadas e à sensação de que “sempre falta alguém” para compor a equipe. Esse conjunto de sentidos aponta para um cenário em que o desgaste não é vivenciado apenas como cansaço físico, mas como experiência de sobrecarga crônica sustentada por um modelo de organização do trabalho que dificulta a recuperação.

Outro núcleo de significados diz respeito às estratégias de enfrentamento acionadas pelos profissionais para lidar com o sofrimento. Aparecem, de forma recorrente, referências a “fazer uma coisa de cada vez”, buscar apoio em colegas, utilizar humor, praticar atividades físicas, escutar música, investir em momentos com a família ou até recorrer à medicalização para suportar a rotina. Embora essas estratégias indiquem recursos importantes de coping, também revelam que grande parte do esforço de adaptação recai sobre o indivíduo, que

precisa criar saídas pessoais para suportar condições de trabalho que permanecem essencialmente as mesmas.

Os relatos também destacam com força a dimensão relacional e institucional do sofrimento. Diversos participantes mencionam conflitos na equipe, percepção de falta de reconhecimento, tratamento desigual entre profissionais, comunicação falha entre gestão e trabalhadores e carência de espaços de escuta qualificada. Ao mesmo tempo, há uma demanda explícita por mais apoio psicológico, grupos de conversa e ações que valorizem o cuidado com quem cuida, sugerindo que os próprios profissionais reconhecem a necessidade de intervenções coletivas e institucionais, e não apenas individuais.

Em conjunto, os achados qualitativos reforçam que o desgaste vivido na emergência hospitalar não pode ser compreendido apenas como fragilidade pessoal, mas como resultado de um contexto em que se articulam alta demanda, recursos limitados, conflitos relacionais e insuficiência de apoio organizacional. Ao aproximar esses relatos dos resultados quantitativos do CBI, observa-se convergência entre os altos níveis de burnout pessoal e relacionado ao trabalho e as narrativas que descrevem uma rotina marcada por sobrecarga, falta de reconhecimento e necessidade de maior cuidado com a saúde mental da equipe.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender os níveis de burnout em profissionais que atuam na emergência de um hospital público de referência, identificar situações percebidas como mais desgastantes no cotidiano de trabalho e descrever estratégias de enfrentamento mobilizadas pela equipe. Os resultados quantitativos indicaram predomínio de níveis moderados e altos de burnout, com maior concentração do “alto” nos domínios pessoal e relacionado ao trabalho, enquanto o domínio voltado ao contato com pacientes apresentou menores proporções de escores elevados. Esse padrão sugere que o sofrimento não se ancora prioritariamente na relação assistencial em si, mas em sobrecargas internas e organizacionais, como exaustão, dificuldades de recuperação, ritmo intenso e condições estruturais de trabalho.

A análise qualitativa das questões abertas, realizada com apoio do software IRaMuTeQ, aprofundou essa compreensão ao evidenciar um cenário marcado por sobrecarga de tarefas, insuficiência de pessoal, sensação de falta de reconhecimento, conflitos nas relações interpessoais e percepção de injustiça organizacional. Ao mesmo tempo, foram identificadas tanto estratégias de enfrentamento consideradas protetivas — como apoio social, lazer, espiritualidade e busca de atividades prazerosas — quanto recursos potencialmente desadaptativos, como medicalização, negação e silenciamento do sofrimento. A convergência entre os achados quantitativos e qualitativos reforça que o burnout na emergência não se reduz a uma experiência individual de cansaço, mas expressa condições de trabalho que atravessam a organização, a gestão e a cultura institucional.

Como implicação prática, os resultados apontaram para a necessidade de ações sistemáticas de prevenção e cuidado em saúde mental voltadas à equipe, que ultrapassassem intervenções pontuais e individualizantes. Durante a pesquisa viabilizou-se a inclusão do setor no programa PET SAÚDE - que é um programa federal que junta universidade, serviços de saúde do SUS e comunidade, usando a lógica da educação pelo trabalho. A ideia é que estudantes aprendam dentro dos serviços, junto com profissionais, desenvolvendo projetos que fortaleçam o SUS e promovam a saúde mental dos trabalhadores da rede. Diante disso, foi apresentado durante o processo da pesquisa os resultados que apontavam para o alto nível de esgotamento entre a equipe. Dentre as possibilidades, foi criado dentro desse projeto espaços de escuta e acolhimento, grupos de apoio e discussão de casos voltados aos profissionais que participaram dessa pesquisa.

A articulação entre as ações desenvolvidas no âmbito do PET-Saúde e a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso oportunizou que os resultados fossem buscados e analisados de forma célere, tão logo se evidenciaram indicadores de sofrimento e risco de burnout entre os trabalhadores da emergência. Essa aproximação entre ensino, serviço e pesquisa permitiu não apenas a produção de conhecimento, mas também a devolutiva rápida dos achados à gestão e à equipe, evidenciando a preocupação institucional com a saúde mental dos seus profissionais e a disposição em subsidiar possíveis estratégias de cuidado e qualificação das condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. A morte é um dia que vale a pena viver. São Paulo: Sextante, 2019.

BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto; BAPTISTA, Adriana Said Daher. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.674, de 5 de novembro de 2024. Atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5674_05_11_2024.html. Acesso em: 16 set. 2025.

CASTRO, Elisa Kern de; REMOR, Eduardo Augusto (org.). Bases teóricas da psicologia da saúde. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. 251 p. (Multidisciplinaridade em Saúde e Humanidades).

COSTA, J. C. da; LIMA, R. A. G. de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151–157, mar./abr. 2005.

ESTEVES, Germano Gabriel Lima; LEÃO, Ana Adelaide Martins; ALVES, Esther de Oliveira. Fadiga e estresse como preditores do burnout em profissionais da saúde. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 695-702, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.3.16943>. Acesso em: 20 nov. 2025.

FREUD, Sigmund. O ego e o id (1923). In: FREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. A roda da vida. São Paulo: Planeta, 1997.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

OPENAI. ChatGPT. Disponível em: <https://www.openai.com/chatgpt>. Acesso em: 15 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-11. São Paulo: OPAS/OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 10 set. 2025.

RODRIGUES, C. C. F. M.; SANTOS, V. E. P.; SOUSA, P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1083–1088, set./out. 2017.

ROSEMBERG, M. S.; GRANNER, J.; LI, Y.; SENG, J. S. A scoping review of interventions targeting allostatic load. *Stress*, v. 23, n. 5, p. 519–528, 2020. DOI: 10.1080/10253890.2020.1784136.

SILVA, José Antonio Rodrigues de Oliveira. A síndrome de burnout: a doença do trabalho, suas características e riscos à saúde do trabalhador. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, Brasília, v. 90, n. 1, p. 21–38, jan./mar. 2024. Disponível em: <https://revista.tst.jus.br/rtst/article/view/26>. Acesso em: 16 set. 2025.

SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8. ed. Belo Horizonte: Artesã, 2018. 200 p. 5. reimpressão, 2024.

SÍNDROME de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200012>.

VIEIRA, Isabela; RUSSO, Jane Araújo. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290206.

WORDEN, J. William. Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental. Tradução de Adriana Zilberman; Leticia Bertuzzi; Susie Smidt. São Paulo: Roca, 2013.

NOBRE, D. F. R. et al. **Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1457-1463, 2019.

VIEIRA, Isabela; RUSSO, Jane Araújo. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290206.

WORDEN, J. William. Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental. Tradução de Adriana Zilberman; Leticia Bertuzzi; Susie Smidt. São Paulo: Roca, 2013.

NOBRE, D. F. R. et al. Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1457-1463, 2019.

