

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIELA GOMES PEREIRA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**BELO HORIZONTE
2011**

DANIELA GOMES PEREIRA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Paula Cambraia de Mendonça Vianna

**BELO HORIZONTE
2011**

DANIELA GOMES PEREIRA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM TRABALHADORES DO PROGRAMA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Paula Cambraia De Mendonça Vianna

Banca Examinadora

Prof^ª Paula Cambraia De Mendonça Vianna – UFMG

Prof^ª Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, 08/07/2011

À meu esposo, pelo incentivo e apoio incondicional.

RESUMO

Este trabalho é um estudo de revisão de literatura narrativa sobre a Síndrome de *Burnout* em trabalhadores do Programa de Saúde da Família. O Programa surgiu como uma estratégia para a reorientação do modelo de assistência da saúde pública no Brasil, de forma a organizar e otimizar a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS). Houve uma mudança do foco de atendimento do âmbito hospitalar para o âmbito familiar e da comunidade, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde do País, as Equipes de Saúde da Família (ESF), passaram a ser responsáveis pela prevenção, promoção e vigilância em saúde, além da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos de uma determinada comunidade. Esses trabalhadores passaram a ter inúmeras e diversificadas atribuições, tiveram que assumir uma postura mais ativa, autônoma e descentralizadora ao servirem de referência para a comunidade, deparando-se com as mais diversas situações sociais, econômicas, biológicas e psicológicas. Assim ao desenvolver seu trabalho, esses profissionais estão expostos a inúmeros fatores que constituem fonte importante de estresse que, quando crônico, pode levar a Síndrome de *Burnout*, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional, ocorrendo quando o indivíduo não possui mais estratégias para enfrentar as situações e conflitos no trabalho. Este estudo objetiva identificar e caracterizar os fatores que podem levar ao adoecimento desses profissionais pela Síndrome de *Burnout*, ao demonstrar e caracterizar o tipo de trabalho realizado pelas ESF, no intuito de serem evitados e solucionados; e fornecendo informações sobre a síndrome, afim de a mesma ser cogitada ou percebida como hipótese diagnóstica a frente desses profissionais, relevante para um diagnóstico precoce, instauração de um tratamento correto e um acompanhamento adequado. Estas são questões fundamentais para a promoção e preservação da saúde do trabalhador, para que assim possam melhor desenvolver suas atividades, minimizando os danos à sua saúde, melhorando a qualidade de vida no trabalho, e assim possibilitar uma assistência integral e de qualidade à população.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*. Síndrome do Esgotamento Profissional. Programa de Saúde da Família. Processo de trabalho. Equipe de Saúde da Família.

ABSTRACT

This work is a study of narrative literature review about the Burnout Syndrome in employees of the Family Health Program. This program is a strategy for reorientation of public health care model in Brazil, in order to organize and optimize the effectiveness of the public health system in this country. There was a change of focus of hospital care to the family and community care, operated by the creation of a multidisciplinary teams in the basic health units of the country, the family health teams, which became responsible for prevention, promotion and health surveillance, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of grievances of a particular community. These workers have been given numerous and diverse assignments, had to take a more active posture, autonomic and decentralizing to serve as reference for the community facing the most diverse situations social, economic, biological and psychological. So to develop their work, these professionals are exposed to numerous factors that constitute an important source of stress and when chronic, stress can cause the Syndrome of Burnout or Professional Exhaustion Syndrome, a state of mental and physical exhaustion whose cause is closely tied to professional life, occurring when the individual no longer has strategies to face the situations and conflicts at work. This study aims to identify and characterize the factors that can lead to illness, these professionals by Syndrome of Burnout, to demonstrate and to characterise the type of work performed by the family health teams, in order to be prevented and resolved; and providing information about the syndrome, so the same be contemplated or perceived as diagnostic hypothesis forward of these professionals, with an early diagnosis, establishment of a proper treatment and adequate monitoring. These are key issues for the promotion and preservation of workers health, so that they can better develop its activities, minimizing the damage to his health, improving the quality of life at work, and then enable a full and quality assistance to the population.

Keywords: Burnout Syndrome. Professional Exhaustion Syndrome. Family Health Program. Work process. Family Health Team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	13
5.1 Conceito.....	13
5.2 Caracterização	14
5.3 Fatores de risco	15
5.4 Inventário de <i>Burnout</i>	18
5.5 Tratamento	18
6 O TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	21
6.1 O programa de saúde da família	21
6.2 O trabalho da equipe de saúde da família	22
7 A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E OS TRABALHADORES DAS ESF.....	24
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
9 REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Ao ser instituído, o Programa de Saúde da Família (PSF) modificou o modelo de atenção à saúde pública do País. O Programa, criado em 1994, surgiu como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial de forma a organizar e otimizar a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anteriormente, as ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar, eram realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho ou aqueles que contribuía, com parte do seu salário. A população não inserida no mercado de trabalho, sem recursos, era definida como indigente, e contava com algumas atividades de assistência médica realizadas por instituições filantrópicas, das Santas Casas de Misericórdia e hospitais universitários.

Com o PSF houve uma mudança do foco de atendimento para o âmbito familiar e a comunidade. O programa foi operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde do País, as Equipes de Saúde da Família (ESF), que passaram a ser responsáveis pela prevenção, promoção e vigilância em saúde, além da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos de uma determinada comunidade. É no âmbito do PSF que deve ocorrer o contato inicial e preferencial dos pacientes do SUS, constituindo porta principal de entrada para os serviços de toda a rede, incluindo os níveis mais altos de complexidade.

Diante deste cenário, os profissionais de saúde, tiveram que assumir uma postura mais ativa, autônoma e descentralizadora ao se tornarem mentores de ações de caráter individual ou coletivo, dirigida à população residente de um determinado território, visando o cuidado em saúde. Assumiram inúmeras e diversificadas atribuições ao servirem de referência para a comunidade, deparando-se com as mais diversas situações sociais, econômicas, biológicas e psicológicas, muitas vezes dentro do próprio domicílio do paciente. Somam-se a esses fatores, o trabalho em saúde, que tem como objeto a vida humana; o próprio trabalho em equipe e suas relações interpessoais; o contato com o público e atendimento ao cliente; as condições de trabalho; as cobranças da comunidade, dos gestores e do próprio profissional.

Assim esses trabalhadores convivem freqüentemente com sentimentos de ansiedade, angústia, medo, tristeza, irritação, fadiga, impotência e frustração na realização de sua atividade laboral, participam de situações diversas seu dia a dia, que acabam por afetar as dimensões de suas vidas.

As reações a estas situações caracterizam o estresse que, segundo Hans Selye em 1926, constitui um conjunto de reações, fisiológica, psicológica e comportamental, que um organismo desenvolve ao ser submetido a mudanças ou situações novas, geradas por pressões externas ou internas, visando à adaptação (LENTINE *et al*, 2003). O estresse leva ao adoecimento, causa danos à saúde física e psicológica dos trabalhadores envolvidos e interfere em sua vida pessoal e no trabalho, na qualidade e motivação.

O estresse laboral crônico caracteriza a Síndrome de *Burnout*, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, que foi primeiramente descrita por Herbert J. Freudenberger em seu artigo *Staff Burn-out* de 1974, como um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional (PEREIRA, 2002). É evidenciada pelo desgaste emocional, despersonalização e sentimento de incompetência, ocorrendo quando o indivíduo não possui mais estratégias para enfrentar as situações e conflitos no trabalho (MASLACH e JACKSON, 1981; SILVA, 2000).

A motivação para o estudo do referido tema surgiu em decorrência do adoecimento da autora por esgotamento profissional. Sou médica de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte e o trabalho tem se constituído fonte importante de estresse para mim. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família veio como uma possibilidade de compreender o quadro, por meio da busca pelo conhecimento e entendimento do trabalho no PSF, sua organização, processo, demandas, intervenção, avaliação; suas formas de como e o que fazer, em toda sua complexidade. Este estudo vem como forma de conhecimento, auto-ajuda e superação, além de fonte de informação aos demais colegas que compartilham em todo ou em parte destes sentimentos.

2 JUSTIFICATIVA

Os profissionais do PSF constituem atores fundamentais na concepção do SUS por serem responsáveis pela prevenção e promoção da saúde da população; assim devem ter no trabalho, condições que favoreçam suas ações e preservem a sua saúde. Ao desenvolver seu trabalho, esses profissionais estão expostos a inúmeros fatores que podem constituir fonte importante de estresse, que pode levar ao adoecimento desses trabalhadores, além da interferência nos mais diversos setores de sua vida.

Este estudo vem como forma de esclarecer o adoecimento desses profissionais, ao caracterizar as atividades laborais exercidas pela ESF, procura identificar os fatores de risco relacionados à Síndrome de *Burnout*, no intuito de serem evitados e solucionados. Busca, também, promover e preservar a saúde do trabalhador, ao fornecer informações sobre a Síndrome de *Burnout*, afim de a mesma ser cogitada ou percebida como hipótese diagnóstica a frente desses profissionais, relevante para um diagnóstico precoce, instauração de um tratamento correto e um acompanhamento adequado. Essas questões apresentadas são fundamentais para que estes trabalhadores possam melhor desenvolver suas atividades laborais, diminuindo a insatisfação laboral e os afastamentos, importante para o serviço, usuários e o próprio trabalhador.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar e caracterizar os fatores que podem levar ao adoecimento dos profissionais das equipes de saúde da família pela Síndrome de *Burnout*.

3.2 Objetivos Específicos

- Fornecer informações sobre a Síndrome de *Burnout*;
- Caracterizar os fatores de risco para o adoecimento por Síndrome de *Burnout*;
- Demonstrar e caracterizar o tipo de trabalho realizado pelos profissionais do PSF, visando identificar seus fatores de risco relacionados à Síndrome de *Burnout*.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo de revisão bibliográfica narrativa sobre a Síndrome de *Burnout* em trabalhadores do Programa de Saúde da Família. O embasamento teórico visa uma melhor compreensão sobre a síndrome, sua etiopatogenia, fisiopatologia, seus aspectos clínicos, os fatores relevantes de agravamento e melhora, além de demonstrar abordagens terapêuticas disponíveis. Visa também descrever e caracterizar o trabalho dos profissionais das ESF, suas particularidades e seus fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Foram consultados bancos de dados (SciELO, PUBMED, BVS), revistas científicas, outras publicações e sociedades médicas especializadas, onde foi levantada literatura pertinente. Também foram utilizados livros textos indicados na formação do médico e do especialista em medicina de saúde e família, saúde pública, psiquiatria e medicina do trabalho, que proporcionou um bom entendimento e desenvolvimento do assunto.

A prática diária do trabalho em ESF e o aprendizado adquirido ao longo do curso de pós-graduação também foram importantes na execução deste trabalho, principalmente no que diz respeito a sua aplicabilidade ao tema proposto.

5 A SÍNDROME DE *BURNOUT*

5.1 Conceito

O termo *burnout* surgiu nos Estados Unidos, na década de 70, sendo uma composição de *burn* = queima e *out* = exterior, sugerindo algo que chegou ao limite com a sensação de estar acabado, deixando de funcionar ao queimar-se completamente. O termo nomeia uma síndrome, a Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional que, segundo Silva (2000) e Lentine *et al.* (2003), trata-se de uma experiência subjetiva que agrupa sentimentos e atitudes negativas devido resposta ao estresse ocupacional crônico, resultante da constante e repetitiva pressão emocional, levando a consequências nocivas para o indivíduo, por meio de disfunções física, mental e social, com prejuízo na sua relação com o trabalho e à organização. Tem sido descrita como consequência da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros (BRASIL, 2001b).

A síndrome está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no capítulo XXI, de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, sob o código Z73.0, referido com esgotamento. Também está incluída no Anexo II do Regulamento da Previdência Social brasileira, no Anexo do Decreto no 3.048, de 06 de maio de 1999, que trata de agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho; que associa ao código Z73.0 o código Z56.3, que representa agente etiológico ou fator de risco de natureza ocupacional o ritmo de trabalho penoso, e o código Z56.6, que representa outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

Trigo *et al.* (2007) citam autores em seu estudo que estudaram a prevalência do *Burnout* na população: Segundo Akerstedt (2004), Weber e Jaekel-Reinhard (2000), a síndrome configura como uma das principais doenças dos europeus e americanos, ao lado do diabetes e das doenças cardiovasculares, chegando a cifras de 40 a 80% dependendo do tipo e região de trabalho; Houtman *et al* (1998), estimaram que 4,2% da população de trabalhadores alemã era acometida pela síndrome. No Brasil, não foram encontradas informações sobre a prevalência do *Burnout* na população geral nos bancos de dados utilizados.

5.2 Caracterização

A Síndrome de *Burnout* constitui um processo, acometendo o indivíduo progressivamente, de maneira lenta e gradual. Segundo Silva (2000), Trigo *et al.* (2007) e Carlotto (2010); a síndrome caracteriza-se por três pilares básicos: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional e pessoal que afetam o desempenho profissional, a qualidade de vida do indivíduo e a organização.

Quando as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos disponíveis, é gerado um estresse laboral no indivíduo. Neste período, o que é característico é a percepção de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa pelo trabalhador. Evidencia-se um esforço em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido, momento em que podem manifestar-se sinais de fadiga, tensão e ansiedade. Com a manutenção do quadro e características de exposição aos estressores (tempo, intensidade, periodicidade), os mecanismos de adaptação e os recursos emocionais próprios esgotam-se, levando a exaustão emocional. Os sintomas se agravam, há sentimentos de mal estar, falta de energia, entusiasmo e motivação, associados a uma redução de interesse e de responsabilidade pela sua função (SILVA, 2000; TRIGO *et al.*, 2007; CARLOTO, 2010).

Segundo os mesmos autores a despersonalização é caracterizada pelo desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis direcionadas às outras pessoas, como os receptores do serviço prestado, colegas de trabalho; pode culminar com o acometimento das relações de amizade e até a própria família. Este é um enfrentamento defensivo, que o indivíduo passa a utilizar de maneira constante; o sujeito produz uma troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões experimentadas, ocasionando comportamentos de distanciamento e esvaziamento afetivo. A despersonalização pode ser consequência direta da insensibilidade emocional. A interferência negativa ou perda dessas relações sociais implica em um grande prejuízo ao trabalhador, pois, poder contar com um suporte social aumenta a possibilidade de enfrentamento das situações estressantes.

O terceiro elemento da síndrome, a sensação de diminuição da realização pessoal no trabalho, está intimamente ligado às características do contato com os estressores, a exaustão profissional e a despersonalização. Este sentimento reflete uma tendência do trabalhador a acreditar que seus objetivos profissionais não foram, nem vão ser atingidos. O indivíduo vivencia uma sensação de insuficiência, incompetência, frustração, baixa auto-estima e falta de esperança, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional.

Esses momentos descritos podem não se estabelecerem de forma clara e distinta entre um e outro. Cordes e Dougherty (1993) argumentam que não há nenhuma seqüência fixa no desenvolvimento da doença e um componente não é uma conseqüência inevitável de outro.

Somado ao quadro clínico da síndrome, geralmente estão presentes outros sintomas inespecíficos associados, como insônia, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angustia, tremores e inquietação, caracterizando uma síndrome depressiva e/ou ansiosa; que relacionados aos fatores anteriormente descritos fazem a suspeição da Síndrome de *Burnout*. (BRASIL, 2001b).

Esses sentimentos negativos podem se expandir aos demais setores da vida, família, amigos, com uma sensação de tristeza que afeta os pensamentos, sentimentos e o comportamento social, como: falta de concentração; alterações de memória (evocativa e de fixação); lentificação do pensamento; sentimento de solidão; impaciência; sentimento de impotência; labilidade emocional; baixa auto-estima; desânimo; agressividade, dificuldade para relaxar e aceitar mudanças; perda de iniciativa. Pode também estar associado a uma susceptibilidade aumentada para doenças físicas, como dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar); distúrbios do sono; cefaléias, enxaquecas; perturbações gastrointestinais (gastrites e úlceras); imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes; afecções na pele (pruridos, alergias, queda de cabelo, aumento de cabelos brancos); transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto); distúrbios do sistema respiratório; disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens); alterações menstruais nas mulheres; uso abusivo de substâncias como forma de alívio: tranqüilizantes, álcool, café, fumo, substâncias ilícitas; e risco aumentado para o suicídio (TRIGO *et al.* 2007).

Para as organizações e o ambiente de trabalho, a síndrome pode levar a prejuízos relacionados a índices elevados de absenteísmo e rotatividade, inconstâncias no emprego, aumento das condutas de risco, imprudência, negligência, queda da produtividade, elevação da demanda dos serviços de saúde, baixo nível de satisfação com o trabalho, além do sentimento de insegurança como descrito anteriormente, gerando um ciclo vicioso (FRITCH, 2003).

5.3 Fatores de risco

Apesar da Síndrome de *Burnout* constituir uma experiência emocional individual, sabe-se que existem fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da doença,

relacionados ao tipo de trabalho desenvolvido, a características individuais, a organização empresarial a qual pertence o trabalhador e a sociedade. Porém, segundo Maslach *et al.* (2001), esses fatores de risco, em geral, estão mais fortemente relacionados ao trabalho em si do que aos fatores biográficos ou pessoais, sugerindo que a síndrome seja mais um fenômeno social do que um fenômeno individual.

A síndrome afeta principalmente cuidadores e profissionais da área de serviços, que tem contato direto com seus usuários, como trabalhadores da saúde, educação e policiais. Atualmente, porém, as observações já se estendem a outros profissionais que cuidam e/ou solucionam problemas de outras pessoas e aqueles que atuam de forma indireta com pessoas (FRITCHE, 2003).

É comumente identificada uma história pessoal de grande envolvimento com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido. Aqueles mais competitivos, esforçados, impacientes, mais empáticos, sensíveis, altruístas, entusiastas, perfeccionistas, idealistas ou extremistas de controle ou passividade estão mais susceptíveis a desenvolver a síndrome (FRITCHE, 2003).

Os estudos analisados mostraram que de todas as variáveis demográficas estudadas, a idade é aquela que tem sido mais consistentemente relacionado à síndrome. É notado a ocorrência e um nível maior de *Burnout* entre os mais jovens, do que aqueles maiores de 30 ou 40 anos de idade. Vale ressaltar que, a partir do momento que os jovens adoecem no início de suas carreiras, são susceptíveis a abandonar seus trabalhos, deixando no mercado aqueles que não apresentam ou possuem níveis mais baixos de *Burnout*. Com relação ao sexo, alguns estudos mostraram incidências mais elevadas da síndrome no sexo feminino, porém estes resultados podem refletir a confusão do sexo com a ocupação, por exemplo, há mais policiais masculinos, e mais professores e enfermeiros femininos. É também notada incidência maior da síndrome em solteiros. Aqueles com um maior nível de educação têm uma ocorrência e nível maior de *Burnout* do que aqueles com menor nível. Cabe lembrar que as pessoas com ensino superior têm geralmente empregos com maiores responsabilidades e estresse maior, ou têm maiores expectativas para seus postos de trabalho e, portanto, ficam mais angustiadas quando essas expectativas não são realizadas (MASLACH *et al.* 2001).

Segundo Trigo *et al.* (2007), o risco de desenvolvimento da síndrome é maior quando se observa situações de sobrecarga de trabalho, demandas quantitativamente ou qualitativamente excessivas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, seja por insuficiência técnica, de tempo ou de infra estrutura organizacional. Estes fatores propiciam principalmente a exaustão emocional, um dos pilares da síndrome. Pode-se citar, também:

baixo nível de controle das atividades desenvolvidas, discrepâncias entre a expectativa de desenvolvimento profissional e os aspectos reais do trabalho desenvolvido, ambigüidade ou acúmulo de múltiplas funções desempenhadas, que provocam insatisfação no trabalhador; sentimentos de injustiça e desigualdade nas relações laborais, precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas, também são citados, levando a um sentimento de desamparo e desrespeito com o indivíduo. O convívio com colegas afetados pela síndrome ou com estresse também é descrito como fator de risco.

Situações que envolvam trabalhos rotineiros e repetitivos, mudanças de escalas e horários, trabalho noturno, dificuldade ou falta de informação na realização do trabalho, falta de treinamento, falta de apoio da gerência e dos colegas, função relacionada à resolução ou aconselhamento de problemas graves ou complexos, estão relacionadas a um índice maior de ocorrência da síndrome (MASLACH *et al.*, 2001).

O ambiente físico onde o trabalho é desenvolvido pode também contribuir para a ocorrência da síndrome, como o calor, frio ou ruído excessivos, além de ambientes com pouca higiene e com presença de tóxicos ou de elementos que podem afetar a saúde do trabalhador (TRIGO *et al.* 2007).

Os fatores organizacionais relacionados a um maior índice de ocorrência da síndrome, segundo Maslach *et al.* (2001), incluem situações de insegurança social e econômica no trabalho, que causa um alto desgaste para a pessoa que o executa, como naquelas situações em que ocorra: falta ou baixa autonomia na realização do trabalho e de participação nas tomadas de decisões; burocracia excessiva, que impede a autonomia e participação criativa, interferindo também na tomada de decisões; normas institucionais rígidas; mudanças organizacionais freqüentes, com alterações freqüentes de regras e normas, provocando insegurança no trabalhador e predispondo-o a erros; conflitos interpessoais, falta de confiança e respeito entre os membros da equipe; comunicação ineficiente entre colegas, gerência, setores e níveis; impossibilidade de ascensão na carreira e melhora salarial; dentre outros, como, remuneração baixa, perda salarial, ameaça de demissões, perda de membros da equipe sem reposição, submissão a avaliações, falta de suporte social, não reconhecimento do trabalho executado.

Já os fatores relacionados a sociedade que predispõe a ocorrência da doença, incluem a falta de suporte social e familiar, que impede o apoio ao indivíduo; a pressão do prestígio social, que em busca de melhores ganhos, o indivíduo busca vários empregos, surgindo a sobrecarga de trabalho o que leva a insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas. (TRIGO *et al.*, 2007)

5.4 Inventário de *Burnout*

De acordo com Trigo *et al.* (2007), Trindade (2007) e Vieira *et al.* (2007) o instrumento mais utilizado e considerado o mais eficaz, para o diagnóstico de *Burnout* é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Foi desenvolvido por Maslach & Jackson em 1981 e constitui um questionário de autoinformação onde é possível identificar o grau de esgotamento do profissional. Segundo Maslach *et al.* (2001), é o único instrumento que contempla as três dimensões da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional e pessoal.

Inicialmente possuía duas versões aplicáveis a categorias profissionais específicas: MBI-HSS (*Human Services Survey*), para as áreas de saúde/cuidadores ou serviços humanos/sociais; MBI-ES (*Educator's Survey*), para educadores. Posteriormente, foi criado o MBI-GS (*General Survey*), destinado a profissionais que não estejam necessariamente em contato direto com o público-alvo do serviço. No Brasil, até o momento, só estão publicadas adaptações para o português das versões MBI-HSS e MBI-ES.

As respostas do questionário constituem uma pontuação em uma escala de 7 pontos, que vai de zero a seis, representando a frequência com que o entrevistado percebe ou vivencia o sentimento ou atitude relacionados ao desgaste emocional, despersonalização e baixa realização profissional, sendo: nunca (0), algumas vezes ao ano (1), no máximo uma vez ao mês (2), algumas vezes ao mês (3), uma vez por semana (4), poucas vezes por semana (5) e diariamente (6) (MASLACH & JACKSON, 1981).

Os escores totais são calculados para cada uma das três dimensões e pontos de corte são utilizados para classificar em níveis alto, médio e baixo. A combinação dos níveis encontrados nesses três parâmetros definem o grau de esgotamento do trabalhador. Desse modo, o grau de esgotamento alto corresponde a altos escores obtidos nas três dimensões, simultaneamente; grau moderado reflete os níveis moderados, por fim, grau baixo indica a obtenção de escores baixos nos três aspectos.

No Brasil, o MBI foi validado por Carvalho (1995) em professores da rede do ensino público oficial de primeiro e segundo graus e por Tamayo (1997) em enfermeiras e auxiliares de enfermagem (VIEIRA, 2006).

5.5 Tratamento

Os estudos analisados apontam estratégias de tratamento da Síndrome de *Burnout* que envolvem psicoterapia, atividade física, tratamento farmacológico e intervenções psicossociais apontadas também como estratégia de prevenção da doença. O afastamento das atividades laborais também é considerado, principalmente na fase inicial do tratamento.

A psicoterapia, realizada em grupo e/ou individual vem com o objetivo de ensinar aos indivíduos como conviver com eventos estressantes, de como desenvolver estratégias adequadas de enfrentamento, além da aquisição de técnicas de resolução de problemas, de treinamento de controle da ansiedade, de gestão do tempo, de gerenciamento de demandas profissionais e de habilidades interpessoais e sociais, fortalecendo a capacidade dos indivíduos para lidar com o local de trabalho (MASLACH *et al.*, 2001).

A atividade física e o treinamento de técnicas de relaxamento, meditação e alongamento pretendem restaurar o estado de homeostase quebrado em momentos de estresse, além de estimular o organismo a produzir endorfinas com o propósito de promover uma sensação de tranquilidade e bem estar (SOUZA e SILVA, 2002).

O tratamento farmacológico vem como indicação em casos de presença de sintomas depressivos ou ansiosos graves. Atualmente existe uma grande variedade de drogas e de esquemas posológicos possíveis, lembrando que a prescrição e acompanhamento deve ser realizado por profissional especialista (BRASIL, 2001b).

Maslach *et al.* (2001), em seu estudo, apontam um fator interessante. A maioria das discussões tem o foco de intervenção centrado no indivíduo, fato este paradoxal, já que os fatores organizacionais e situacionais desempenham papéis mais importantes do que os individuais no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Além disso, estratégias individuais são relativamente ineficazes no local de trabalho, onde uma pessoa tem muito menos controle sobre os fatores de stress do que em outros domínios de sua própria vida. Afirmam, também, que existem razões filosóficas e pragmáticas subjacentes a isso, já que é mais barato mudar as pessoas do que as organizações.

Associar o foco sobre o ambiente de trabalho, bem como no indivíduo representado neste espaço é essencial para as intervenções de tratamento da síndrome. Isto sugere que o modo mais eficaz de intervenção é combinar as alterações na prática organizacional com as intervenções educacionais descritas acima. Por exemplo, ensinar os trabalhadores em como lidar com sobrecarga, associado à valorização do trabalho e compensação pelo esforço, pode levar ao encorajamento já que as pessoas podem ser capazes de tolerar uma maior carga de

trabalho ao sentirem-se valorizados, que estão fazendo algo importante e que são recompensados por seus esforços.

Medidas de moderado impacto na estrutura organizacional tais como: tempo para pausas no turno de trabalho, criação de espaços para descanso e lazer, delegação de responsabilidades que fortaleçam o controle, e suporte adequado oferecido pela chefia são descritos como capazes de contribuir para menores níveis da doença além de promover o senso de competência, a auto-eficácia e a auto-estima (SOUZA e SILVA, 2002).

O valor potencial das intervenções organizacionais é grande, e sabe-se que são complexos e difíceis de se implementar, exigindo um considerável investimento de tempo, esforço e dinheiro (MASLACH *et al.*, 2001).

6 O TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

6.1 O Programa de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial brasileiro, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

O SUS passou a reconhecer a saúde como direito de todos e dever do estado e tem como princípios básicos o acesso universal, igualitário e gratuito a ações e serviços em saúde para toda a população, em uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Com o modelo de saúde proposto, era necessário a implantação de um modelo de gestão compatível com os serviços de saúde, de forma a otimizar a efetividade do sistema. Assim o MS reorienta a atenção básica, hoje referida como Atenção Primária a Saúde (APS), através da criação do PSF em 1994 (BRASIL, 1998).

A APS constitui um conjunto de ações em saúde situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, um nível de menor complexidade, antes orientado para a cura de doenças, medicalização e alguns poucos serviços de caráter preventivo, como a vacinação. Com a instituição do PSF, se volta a ações de promoção, proteção, recuperação e vigilância da saúde, além da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos, do indivíduo, da família e comunidade, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994; FARIA *et al.* 2008).

Esses cuidados foram operacionalizados por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do País, as Equipes de Saúde da Família (ESF). As ESF são compostas de no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. AS ESF trabalham com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. Cada Equipe de Saúde da Família deve responsabilizar-se, em média, por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, em um universo próximo a 4.500 pessoas, dependente de fatores como densidade populacional, acessibilidades aos serviços e outros considerados como de relevância local. A Unidade Básica de Saúde pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2000).

As ESF devem estar vinculadas à rede de serviços de saúde da cidade/pólo/estado, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir. É no âmbito da APS, das unidades básicas de saúde e das ações do PSF, que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS (BRASIL, 2000).

A partir de então, o PSF fica consolidado como uma estratégia de abrangência nacional, sendo priorizada como modelo de organização a ser adotado em todo o país, em caráter substitutivo a todos os outros modelos.

6.2 O trabalho da equipe de saúde da família

Como dito anteriormente, as ESF são responsáveis pela vigilância e cuidados em saúde de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica previamente e planejadamente delimitada. Nessa perspectiva, toma a família como objeto central da atenção, entendida e percebida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas em seus aspectos biopsicossociais, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas estruturas sociais e culturais dela decorrentes. Isto possibilita às ESF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. O PSF promoveu a adoção de uma postura mais ativa das equipes de saúde, frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade são submetidas (BRASIL, 2000; FARIA *et al.*, 2008).

As ESF devem, na realização de suas atividades, avaliar os indicadores de saúde de sua área; conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar com a participação da comunidade um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde e dos determinantes de processo saúde/doença; programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea seja na UBS, na comunidade ou no domicílio; utilizar os sistemas de referência e contra-referência de forma contínua e racionalizada para resolver os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados; realizar as atividades de visita domiciliar e internação domiciliar e participar de grupos comunitários; valorizar a relação com os usuários e com suas família para criação de

vínculo de confiança, compromisso e co-responsabilidade; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável além de muitas outras atividades (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000).

Para alcançar os objetivos de suas ações, a ESF deve conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, devem ter visão estratégica dos problemas das famílias, comunidade e território pelos quais se responsabilizam, seus contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação e ações de acordo com o diagnóstico de saúde comunitário local. É exigida dedicação exclusiva dos trabalhadores, com uma carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 1998; BRASIL, 2008).

Ao considerarmos esse modelo de atenção à saúde, conforme proposto, a complexidade do processo saúde/doença e a saúde, de uma forma ampliada e integral, verificamos a necessidade e a importância de equipes de saúde e seus trabalhadores com um perfil que correspondam às demandas identificadas na população, com uma atuação que leve em conta as dimensões sociais, econômicas, subjetivas e biológicas dos usuários. O profissional da Equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva. Deve buscar uma prática para desenvolver habilidades visando o atendimento, à promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação da comunidade a que pertence (BRASIL, 1998; CAMELO e ANGERAMI, 2004; CORNETA *et al.*, 1996).

Na maior parte das situações, é a própria equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. É então, exigido que a equipe tenha competência, não somente técnica e política, mas também gerencial. Ela deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver, coordenar e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (BRASIL, 1998).

Ao atuar em equipe, o profissional deve ter em mente, que o trabalho em equipe não deve ser o simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, mas deve haver uma real abordagem de inter ou transdisciplinaridade com comprometimento de todos os envolvidos. A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação e eficiência de seu trabalho (BRASIL, 1998).

7 A SÍNDROME DE *BURNOUT* E OS TRABALHADORES DAS ESF

Na maioria da literatura analisada, foram expostos índices da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores gerais da saúde, principalmente em países do exterior. Apenas dois trabalhos expressaram índices relacionados a porção de trabalhadores do PSF no Brasil.

Trigo *et al.* (2007), em seu estudo, citou diversos outros sobre a prevalência da síndrome em profissionais da saúde: Shamian *et al.* (2003), em seu trabalho com enfermeiros do Canadá, evidenciou que possuíam uma das taxas mais altas de licenças médicas entre todos os trabalhadores, e que essas se deviam, principalmente, ao *Burnout*. Henderson (1984) sugeriu que a síndrome poderia afetar mais de 40% dos médicos alemães. Creagan (1993), afirmou que dependendo da especialidade médica ou região dos Estados Unidos, os estudos documentaram uma variação de acometimento de médicos pelo *Burnout* de 40% a 70%. Shanafelt *et al.* (2002), em seu estudo realizado em Nova York, Chicago e Wisconsin obteve, de um total de 422 médicos, uma porcentagem de 27% apresentando sintomas de *Burnout*. Olkinuora *et al.* (1990), afirmam que sintomas de estresse, *Burnout* e pensamentos suicidas foram avaliados em uma população de 2.671 médicos finlandeses, sendo que os médicos de postos de saúde municipais tinham os mais elevados níveis da síndrome, e os que trabalhavam no setor particular, universidades e institutos de pesquisa foram os que apresentaram os menores níveis. Martinez (1997), em seu estudo realizado no México, evidenciou uma prevalência da síndrome de aproximadamente 47,16% entre profissionais da atenção primária e atenção especializada dos serviços de saúde daquele país. Na Espanha, Munoz *et al.* (2003) apontaram uma prevalência de 85,7% entre os médicos da atenção primária e 69,1% da atenção especializada, afirmando que a síndrome está emergindo como um problema de saúde pública entre esses profissionais naquele país.

No Brasil, o estudo de Borges *et al.* (2002), realizado no Rio Grande do Norte, com 205 profissionais de três hospitais universitários constatou que 93% dos participantes de um dos hospitais apresentavam *Burnout* em níveis moderado e elevado.

Trindade (2007) desenvolveu um trabalho junto a dezesseis equipes de Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria (RS). A amostra foi composta por 86 trabalhadores, representando 86,3% dos profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário) e 30,2% dos agentes comunitários de saúde, que responderam ao *Maslach Inventory Burnout*. Neste estudo, foram identificados seis trabalhadores (6,9%) com a Síndrome de *Burnout*.

Silva e Menezes (2008), em seu estudo realizado com 141 agentes comunitários das unidades básicas de saúde do município de São Paulo (SP), em 2006 demonstrou que 24,1% dos entrevistados apresentaram síndrome de *Burnout*, sendo que moderados ou altos de esgotamento profissional foram observados em 70,9% dos participantes para exaustão emocional, em 34% para despersonalização e em 47,5% para baixa realização profissional.

Outros estudos chamaram a atenção para transtornos mentais, como estresse, depressão, ansiedade, insônia nesses trabalhadores, assim como para alguns dos preditores da Síndrome de *Burnout*, como a exaustão emocional e a despersonalização, não a focando especificamente.

Lentine (2003) em seu estudo realizado com 812 profissionais (enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem) que trabalham nas UBS no município de Londrina, Paraná, demonstrou que todos os profissionais referiram nível médio de estresse em seu local de trabalho, sendo 62% dos enfermeiros, 61% dos médicos e 62% dos auxiliares de enfermagem. A grande maioria dos profissionais considera seu trabalho estressante, sendo que esta foi a resposta de 96% dos enfermeiros, 77% dos médicos e 73% dos auxiliares de enfermagem. Silva e Menezes (2008) encontraram prevalência de transtornos mentais comuns em 43,3% dos 141 agentes comunitários das unidades básicas de saúde do município de São Paulo (SP).

Os trabalhadores das instituições de saúde em geral estão expostos a diversos riscos ocupacionais que interferem em sua saúde e em seu trabalho, assim sendo, podem servir de preditores para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* ao atuar como agente estressor, levando a limitação de sua capacidade de desempenhar suas funções e assim interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários.

A própria profissão de cuidado à saúde, ao estar extremamente relacionada ao cuidado do outro, estando este outro, freqüentemente, em estado de completa vulnerabilidade e/ou sofrimento, exige do profissional além de toda técnica, equilíbrio emocional para lidar com as situações de dificuldade encontradas, não só com paciente, mas também com sua família (CARVALHO, 2007).

Os riscos ocupacionais podem ser oriundos de fatores físicos (ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações), químicos (substâncias, compostos ou produtos químicos que possam penetrar e ser absorvidos pelo organismo por via respiratória, pele ou ingestão), biológicos (contaminação por agentes biológicos devido a exposição a sangue e fluídos corpóreos causadores de infecções, por via cutânea, respiratória ou digestiva), ergonômicos (relacionados à adequação entre o homem e o trabalho, principalmente aspectos relacionados à adoção de postura inadequada e/ou prolongada,

equipamentos, materiais e mobiliário não reguláveis e formas de organização do trabalho onde as capacidades psico-fisiológicas dos trabalhadores não são consideradas) e psicossociais (fadiga, tensão; perda do controle sobre o trabalho, rodízios do trabalho noturno e em turnos, horas extras, dobras de plantão; trabalho subordinado; desqualificação do trabalhador; trabalho parcelado com a fragmentação e repetição de tarefas; ritmo acelerado de trabalho (CHIODI e MARZIALE, 2006).

Somado a tudo isso, existem os inúmeros desafios próprios do trabalho no PSF. Ao realizar e qualificar o cuidado em saúde prestado aos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade, há exigência que esses trabalhadores desempenhem uma série de habilidades particulares relacionadas: ao próprio programa e suas condições organizacionais, ao perfil dos profissionais, ao trabalho desenvolvido, ao meio ambiente de trabalho. Esses fatores também servem de estressores, que podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação desses profissionais no trabalho.

Os profissionais que atuam no PSF protagonizam uma nova estratégia de saúde, que visa a promover mudanças no modelo assistencial em saúde coletiva, o que por si só representa um desafio, de fazer funcionar um sistema novo, em construção, que apresenta problemas na rede de serviços de saúde e que requer investimentos adequados e permanentes para implantação das equipes e qualificação dos trabalhadores, além da sensibilização e apoio dos gestores e da população para a consolidação desse novo modelo (TRINDADE, 2010; TRINDADE e LAUTERT, 2010).

A própria formação dos profissionais, baseada num modelo biológico-tecnista dificulta a inserção nesse novo modelo assistencial, gerando angústia, sentimento de impotência e inabilidade para lidar com o ambiente de trabalho. Soma-se a isto a redefinição de competências desses trabalhadores e o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais que também configuram impactos ao profissional, potencializando seu desgaste (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Assim as escolas de formação detêm importante papel na construção de profissionais hábeis para a realização de tarefas complexas e diversificadas como é o trabalho no PSF. É preciso formar profissionais que se insiram na realidade da população, criando vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde (CAMELO, 2006)

Os profissionais das ESF trabalham inseridos na comunidade e vivenciam em seu cotidiano de trabalho, diferentes e complexas demandas. Estão em contato diário com a realidade da comunidade, que é carente em múltiplos aspectos; estão freqüentemente dentro

dos domicílios, revelando por vezes uma realidade biopsicossocial bastante diferente do que se julga aceitável. Associado a isso, a busca da população pela resolução de seus problemas, muitas vezes vem de forma irresponsável, como se não tivessem participação na concepção de sua realidade, culminando com discussões, falta de respeito e agressões, que podem prejudicar as relações entre o trabalhador e a comunidade.

Esses trabalhadores apresentam inúmeras e diversificadas atribuições o que pode levar ao desempenho de vários papéis no desenvolvimento do trabalho. Esse acúmulo de tarefas, associado ao ritmo de trabalho implantado nas unidades de Saúde da Família, a elevada demanda do serviço e as solicitações dos gestores e comunidade podem gerar sobrecarga do trabalhador, favorecendo um atendimento com pouca qualidade e gerando insatisfação com a assistência prestada, tanto para o trabalhador quanto para o usuário e gestor.

É necessário um processo de informação e capacitação permanente e eficaz de todos os profissionais envolvidos, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas, papel fundamental das instituições, proporcionando um instrumental para lidar com as questões técnicas, sociais, bem como emocionais, possibilitando o aperfeiçoamento profissional por meio da educação permanente (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O trabalho em equipe também pode agir como estressor. Quando os profissionais não estão preparados para o trabalho em equipe, qualquer situação pode ser desgastante nas relações que se estabelecem entre eles, podendo provocar o desenvolvimento da ineficiência, comunicação deficitária, desorganização do trabalho e insatisfação.

O trabalho em equipe deve ser visto como um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras com um plano de trabalho definido para se alcançar objetivos comuns. Reconhece-se a diversidade de conhecimentos e habilidades entre seus membros, que se complementam e enriquecem o trabalho, por meio de práticas democráticas contribuindo para que a equipe tenha mais chances de atingir seu objetivo, criando condições necessárias para o crescimento individual e do grupo. Assim, devem estar dispostos a compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e os resultados (FARIA *et al.*, 2008).

Se por um lado, esses fatores podem servir de desafio e gerar atração e gosto por um espaço considerado privilegiado por se tentar fazer diferente em um ambiente instigador, por outro pode expressar fragilidade para com as condições de trabalho às quais estão submetidos, principalmente se existem poucas ou nenhuma condição para a realização do trabalho.

Há recursos humanos, físicos e materiais insuficientes (permanente e de consumo)

para as atividades preconizadas, o que leva também a uma sobrecarga de trabalho. Os profissionais têm que lidar com essas questões cotidianamente, pois as conseqüências recaem sobre a unidade de trabalho, não descartando a possibilidade de causar danos a clientes e trabalhadores. Sabe-se, porém, que mesmo com recursos insuficientes nos serviços de saúde é necessário fazer as coisas acontecerem, podendo gerar sentimentos de angústia (CAMELO, 2006).

Lentine *et al.* (2003) em seu estudo sobre o estresse entre profissionais de saúde que trabalham nas UBS na cidade de Londrina, apontaram que os fatores que causam mais estresse nos locais de trabalho são: para os enfermeiros: a alta demanda (19%), a baixa/falta de resolutividade (10%), a falta de apoio, motivação e cobrança da chefia (8%); para os médicos: a carga horária excessiva (18%), a alta responsabilidade (14%), a rotina de trabalho/correria do dia-a-dia (9%); para os auxiliares de enfermagem: pacientes sem respeito/estressados e sem consciência do trabalho na UBS (19%), a alta demanda por atendimento (14%), a falta de recursos humanos juntamente com a falta de materiais e estrutura física (10%).

Os outros estudos analisados ainda apontam: o modelo do PSF e as características do programa; divisão territorial inapropriada, com excesso de usuários adscritos nas equipes, impedimentos à construção de sistema de saúde universal, integral e equitativo, a insalubridade; excesso de trabalho, esforço exigido, pressão por cumprimento de produção, fragmentação do trabalho, rapidez exigida no atendimento devido múltiplas funções e excesso de pacientes, cobranças injustificadas dos usuários que muitas vezes se eximem de seu cuidado; falta de respeito com o funcionário público no exercício de sua função, desvio de função, assédio moral, tarefas interrompidas freqüentemente, falta de autoridade decisória, trabalho extremamente repetitivo, falha no sistema de referência e contra-referência para os demais níveis de atenção (BORGES *et al.*, 2002; BRAGA *et al.*, 2011; CAMPOS, 2005; CHIODI e MARZIALE, 2006).

Citam ainda, enfrentamento a situações perigosas como (agressividade dos usuários e visitas a locais distantes e ermos), perfil inadequado dos trabalhadores, falta de cursos de capacitação e educação permanente, à falta de espaço de reflexão da prática, trabalho em equipe, falta de apoio da equipe de trabalho, falta de confiança nos colegas, instalações precárias e inadequadas das unidades de saúde, distancia das unidades, sendo a maioria delas situadas na periferia, violência da periferia, dificuldade de acesso ao trabalho, ausência de uma política de recursos humanos, remuneração baixa, vínculos empregatícios temporários, dedicação exclusiva, prestígio da profissão, cobrança pessoal com sensação de inadequação e

incompetência (BORGES *et al.*, 2002; BRAGA *et al.*, 2011; CAMPOS, 2005; CHIODI e MARZIALE, 2006).

Assim, esses trabalhadores para conviver ou suportar as situações consideradas como estressantes, voltam-se para si, utilizando recursos pessoais e a esquivar-se como estratégia de enfrentamento, o que gera sofrimento e frustração no trabalho, ao mesmo tempo em que o problema não é modificado. A percepção de falta de apoio do grupo de trabalho, colegas e gestores os compele a empregar recursos próprios para enfrentar o problema, agravando o sofrimento e ficando predispostos ao adoecimento.

Um serviço de apoio aos profissionais deve ser implementado. O suporte social representa mais do que um simples apoio emocional, está associado ao engajamento dos indivíduos em estratégias pró-ativas de controle, diante de situações estressantes. Devem entre outras atividades, responder às necessidades individuais, orientando os trabalhadores sobre os estressores a que estão expostos, oferecendo suporte social e psicológico de enfrentamento. Acredita-se que seja necessário programar medidas que favoreçam o controle da saúde dos trabalhadores da atenção básica, por meio da detecção precoce dos problemas, bem como da instauração de ações interventivas, a fim de amenizar o desgaste da equipe e do trabalhador e favorecendo a qualidade de vida. Devem ainda promover encontros com profissionais habilitados, prover oportunidade para comunicar-se com outras equipes que têm experiência similar, promover e dar suporte para pesquisa. Programas específicos devem ser criados para cada situação, a fim de favorecer o crescimento pessoal dos trabalhadores e profissionais. (CAMELO, 2006; TRINDADE e LAUTERT, 2010).

O trabalho em saúde, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também os homens e mulheres que o executam. Estes necessitam reconhecer-se em seu espaço, se gratificarem com o fruto do seu trabalho, e também se transformarem nesse processo. O trabalho enriquece não apenas pelo dinheiro, mas também pela experiência, habilidades, enfim, pelo desenvolvimento pessoal e coletivo que propicia. (BARBOSA e AGUIAR, 2008 *apud* CODO e VAZQUES-MENEZES, 1999).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, existem poucos trabalhos sobre a Síndrome de *Burnout* e sua relação com esse grupo específico de trabalhadores, mas os dados disponíveis apontam um acometimento significativo, o que justifica mais pesquisas a respeito.

Mas o exposto nos faz refletir sobre as reais condições nas quais o trabalho das ESF é desenvolvido. Nota-se que os trabalhadores do PSF estão expostos a vários fatores de risco preditores da síndrome, que constituem fontes de estresse para esses profissionais, dificultando o desempenho do trabalho.

Com a frequência, a intensidade, as características e o tempo de exposição à essas situações, a avaliação cognitiva da situação se deteriora, os mecanismos de adaptação se esgotam, iniciando-se o processo da Síndrome de *Burnout*: exaustão física e emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

Ao desenvolver suas atividades, esses trabalhadores buscam enfrentar e resolver os problemas de saúde identificados na população adscrita, preconizando que as ações se traduzam em serviços resolutivos, integrais e humanizados; ao estarem expostos a inúmeros estressores e ao adoecerem, eles sentem que falharam em sua missão, culminando na baixa resolutividade dos serviços prestados, descrédito da população pela equipe, conflitos, frustração e sofrimento próprios e da população atendida. Assim, é necessário que estes fatores de risco sejam identificados e tratados precocemente, diante das importantes repercussões para a vida do trabalhador e sua família, instituição e comunidade atendida. Nesta perspectiva, é mandatório o planejamento de medidas resolutivas e preventivas, além de estratégias educativas e assistenciais, que possam melhorar as condições de trabalho visando à promoção da saúde desses profissionais e conseqüentemente a assistência prestada.

O PSF ao constituir uma nova estratégia de saúde, delegou novas competências ao trabalhador. É necessário criatividade, capacidade reflexiva, envolvimento efetivo. A qualificação para atuar neste novo campo é fundamental, portanto, ela deve ser iniciada nos programas de graduação e ter uma continuidade em serviço, para que assim esses trabalhadores possam lidar melhor com todos os desafios presentes na prática diária, sejam eles de qualquer natureza, técnica ou emocional.

É necessário considerar a importância das estratégias organizacionais e individuais visando melhorias no ambiente de trabalho e na estrutura do serviço.

Os recursos humanos e materiais devem estar disponíveis. Cada equipe deve ter um número adequado de indivíduos adscritos, baseado nos critérios estabelecidos pelo MS. As

equipes devem ser completas, contando com os profissionais também estabelecidos pelo MS. Elas devem atuar em um ambiente físico adequado e específico para realização de suas atividades. Esses recursos constituem componentes importantes na organização do trabalho, sua falta ou escassez pode dificultar as relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários. A organização também deve promover remuneração compatível e vínculos empregatícios mais seguros. Exigências de melhora dos índices de saúde podem e devem ser feitas, desde que não extrapolem e que sejam dadas as ferramentas para ESF realizarem o seu trabalho de forma adequada.

Devem ainda promover a educação permanente, a fim de favorecer o crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores e profissionais

Medidas voltadas para o aprimoramento e fortalecimento das relações sociais, valorizando a comunicação dentro da própria equipe ou entre usuários e gestores devem ser realizadas, com o comprometimento e apoio de todos os envolvidos para que o resultado do trabalho seja positivo.

É preciso que os usuários tenham consciência de seus problemas e que sejam agentes no processo de saúde e doença. É necessário, também, reeducar as comunidades sobre a mudança no sistema de saúde e na abordagem do processo de saúde, que a população repense o seu estilo de vida e se sinta co-responsável na busca pela solução de seus problemas.

Um serviço de apoio aos profissionais é de grande valia, deve oferecer e servir de suporte e fortalecimento social, físico e psicológico para o enfrentamento dos agentes estressores aos quais estão expostos na realização de atividades do seu cotidiano laboral

A promoção e preservação da saúde do trabalhador são mandatórias, e deve contar com cuidados adequados e permanentes; os problemas devem ser percebidos precocemente, no intuito de serem evitados e solucionados, assim como a aplicação de medidas resolutivas eficazes, visando amenizar o desgaste do trabalhador e de sua equipe de trabalho.

Essas estratégias de intervenção podem trazer aos profissionais de saúde, mais tranquilidade na realização de seu trabalho, minimizando os danos à sua saúde, melhorando a qualidade de vida no trabalho e possibilitando uma assistência integral e de qualidade a população.

9 REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.P.; AGUIAR, A.C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia de saúde da família em Ipatinga - Minas Gerais – Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008.

BARBOSA, S.P.; AGUIAR, A.C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia de saúde da família em Ipatinga - Minas Gerais – Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-388, out./dez. 2008 *apud* CODO, W.;VAZQUES-MENEZES, I. O que é *Burnout*? In: CODO, W. (Coord.). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, Brasília: CNTE; UnB, p. 237-254.1999.

BORGES *et al.* A Síndrome de *Burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P.; Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em 16 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

_____. **Caderno de atenção básica: a implantação da unidade de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

_____. **Caderno de Atenção Básica: saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 63 p. (a)

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p. (b)

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C.V.A. **Porque o medico não fica: satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família do município de São Paulo** - Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2005.

CARLOTO, M.S. Síndrome de *Burnout*: diferenças segundo níveis de ensino. **Psico**, v. 41, n. 4, p. 495-502, out./dez. 2010

CAMELO, S.H.H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de gerenciamento**. Dissertação (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, fev 2004 .

CARVALHO, L. **Atenção básica: stress e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros de Paracambi / RJ**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

CHIODI, M.B.; MARZIALE, M.H.P.; Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão Bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 212-217, abr./jun. 2006.

CORNETA, V.K. *et al.* A reorganização dos serviços de saúde no sistema único de Saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 44-49, jun. 1996.

CORDES, C.L.; DOUGHERTY, T.W.D. A Review and an Integration of Research on Job *Burnout*. **The Academy of Management Review**, v. 18, n. 4, p. 621-656 , out. 1993.

FARIA, H. P. *et al.* Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: Unidade Didática 1. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 64p.

FRITCHE, A.T.C. *Burnout* - uma ameaça à integridade do trabalhador com sérios prejuízos às organizações. **Rev. Terra e Cultura**, n. 37, p. 91-102, 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESF: balanço da estratégia e da formação dos profissionais. **RET-SUS**, v.3, n. 34, jan./fev. 2008.

LENTINE, E.C.; SONODA, T.K.; BIAZIN, D.T. **Estresse de profissionais de saúde das unidades básicas do município de londrina**. *Rev. Terra e Cultura*, n. 37, p. 103-112, 2003.

MARTINEZ, J. *Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout em personal sanitario*. **Rev Esp Salud Pública**, n. 71, p. 293-303, 1997.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. *The measurement of experienced Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, abr. 1981.

MASLACH *et al.* *Job Burnout*. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 52, p. 397-422, fev. 2001.

MUNOZ, A. *et al.* Study of the prevalence of burnout in doctors in the Health Area of Talavera de la Reina. **Aten Primaria**, n. 32, p. 343-348, 2003.

OLIVEIRA *et al.* Riscos psicossociais que acometem a saúde dos trabalhadores da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição (CEEN)**. 2009. Disponível em <<http://www.cpgls.ucg.br>> Acesso em 14 fev. 2011.

PEREIRA, A.M.T.B. ***Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador***. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 282 p.

SANTANA, M.P.; CARMAGNANI, M.I.; Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde Soc.**, v.10, n.1, p. 33-53, 2001.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, F.P.P. *Burnout*: um desafio à saúde do trabalhador. **Revista de Psicologia Social e Institucional**, v.2, n.1, jun/2000.

SOUZA, W.C.; SILVA, A.M.M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no *Burnout* em profissionais de saúde. **Estud. Psicol.**, v. 19, n. 1, abr. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 fev. 2011.

TAMAYO, R.M. **Relação entre a Síndrome do *Burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 1997.

TELLES, H.; PIMENTA, A.M.C. Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 3, set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 14 mai. 2011.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* AKERSTEDT, T. S. *Gender, age, stress, work hours*. In: **Who technical meeting on sleep and health**. Bonn Germany, p. 156-180. 2004.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* CREAGAN, E.T. *Stress among medical oncologists: the phenomenon of burnout and a call to action*. **Mayo Clinic Proc**, n. 68: p. 614-615, 1993.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* HENDERSON, G. *Physician burnout*. **Hosp Physician**, n. 20: p. 8-9, 1984.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* HOUTMAN, I.L.D.; SCHAUFELI, W.B.; TARIST, T. **Psychische vermoeidheid en werk (Mental fatigue and work)**. *Alphen a/d Rij: NOW - prioriteiten programma PVA/Samsom*. 1998.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* OLKINUORA, M *et al*. *Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians*. **Psychiatr Epidemiol**, n. 25, p. 81-86, 1990.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* SHAMIAN, J. *et al*. *Nurse absenteeism, stress and workplace injury: what are the contributing factors and what can/should be done about it?* **Intern J of Social Policy**, n. 23, p. 81-103, 2003.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* SHANAFELT, T.D. *et al*. *Burnout and selfreported patient care in an internal medicine residency program*. **Ann Intern Med**, n. 136, p. 358-367, 2002.

TRIGO, T.R.; Teng, C.T.; Hallak, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-333, 2007 *apud* WEBER, A.; JAEKEL-REINHARD, A. *Burnout syndrome: a disease of modern societies?* **Occup Med**, London, v. 50, n. 7: p. 512-517, 2000.

TRINDADE, L.L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

TRINDADE, L.L. *et al.* Estresse e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipe de saúde da família. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 5, p.684-689, 2010

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 13 fev. 2011.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L.; BECK, C.L.C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 5, out. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 14 mai. 2011.

VIEIRA, I. *et al.* *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n. 3, dez. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 fev. 2011.