



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Batista de Albuquerque, Francisco José; de Freitas Melo, Cynthia; de Araújo Neto, João Lins
Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital
Paraibana

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 25, núm. 3, 2012, pp. 542-549

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18824695014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da Síndrome de *Burnout* em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana

Evaluation of Burnout Syndrome in Professionals of the Family Health Strategy Service in João Pessoa – Paraíba

Francisco José Batista de Albuquerque^{*,a}, Cynthia de Freitas Melo^b
& João Lins de Araújo Neto^a

^aUniversidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil

& ^bUniversidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

Resumo

O presente trabalho avaliou se os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, apresentam síndrome de *burnout*. Foi utilizada uma amostra probabilística de 337 servidores, aplicando-se a Escala de Caracterização do *Burnout*, que investiga os seguintes fatores: (a) Exaustão emocional ($\alpha = 0,94$); (b) Desumanização ($\alpha = 0,70$); e (c) Decepção ($\alpha = 0,70$). No tratamento dos dados, foram realizadas estatísticas descritivas, análises fatoriais, análises de *Clusters* e testes de comparação de amostra. Os resultados apresentaram que 37,09% dos profissionais pontuaram índices altos e médios (*burnout* desenvolvida), e que a 70,45% dos profissionais que possuem outro trabalho não possuem a síndrome, concluindo-se a necessidade do cuidado à saúde mental desses que atuam na porta principal do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Síndrome de *burnout*, Estratégia Saúde da Família, profissionais de Saúde.

Abstract

This study evaluated whether the professionals who work at the Family Health Strategy Service in João Pessoa, Paraíba have burnout syndrome. It was used a random sample of 337 servers using the Burnout Characterization Scale which investigates the following factors: (a) Emotional exhaustion ($\alpha = .94$); (b) Dehumanization ($\alpha = .70$); and (c) Deception ($\alpha = .70$). In data processing, descriptive statistics, factor analysis, clusters analysis and sample comparison tests were performed. The results showed that 37.09% of the professionals scored high and medium rates (developed burnout), and 70.45% of the professionals who have other jobs do not have the syndrome. It is concluded the need for mental health care to those who work in the front of the Brazilian Single Health System.

Keywords: Burnout Syndrome, Family Health Strategy, health professionals.

O presente estudo é uma pesquisa entre participantes e objetivou avaliar se os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, apresentam a síndrome de *burnout*. A escolha do tema e da população estudada se prende a dois fatores de importância: primeiro, que os profissionais de saúde enfrentam na ponta da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), junto ao público, as dificuldades conhecidas do sistema como um todo; e, segundo, porque a maior parte dos estudos nesta área ocorre em cidades de grande porte e, sendo João Pessoa uma cidade média em termos populacionais e fora do eixo das grandes cidades brasi-

leiras, contribui, para ampliar o leque de dados sobre esta questão em nosso país.

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no dia a dia, podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; a falta de leitos hospitalares, para atender a demanda da população; e a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos, para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência.

Cresce a demanda de atendimentos, e o serviço torna-se de difícil acesso para as pessoas que dele necessitam e a ele têm direito. E, para estes, não interessa qual esfera do governo é responsável e sim, na hora da necessidade, se é atendido como cidadão e de forma eficiente. E se não ocorre tudo como esperado, os profissionais que atuam na ESF, porta principal da atenção básica do SUS, tornam-se os únicos alvos visíveis, para que os usuários

* Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária, Campus I, Sala 47, João Pessoa, PB, Brasil 58059-900. Tel.: (83) 32167675 e (83) 88751053. E-mail: frajoba@uol.com.br

despejem suas queixas e críticas, sendo responsabilizados pelas deficiências do serviço (Melo, 2009).

Deste modo, verifica-se que esses profissionais ficam cercados por pressões. Por um lado, encontra-se a gestão que busca o cumprimento de metas, e realização de atividades paralelas ao atendimento curativo (atividades de grupos, palestras, visitas domiciliares, preventivos), buscando resultados, sem ao menos disponibilizar recursos para boas condições para operacionalização do trabalho. E, por outro lado, os usuários que, tanto por não compreenderem as diretrizes da estratégia em priorizar o trabalho preventivo, como por não questionarem-se onde encontram-se os responsáveis pela deficiência, culpam e pressionam os profissionais que não conseguem atender toda a demanda.

Cientes dessa realidade, diversos estudos já avaliaram a ESF na capital paraibana (Assis Neto, 2007; Melo, 2007, 2009; Oliveira, 2006), detectando suas falhas operacionais e escutando as queixas de seus usuários e profissionais. É indispensável, entretanto, compreender a realidade da ESF sob outra ótica. Torna-se necessário avaliar as consequências desses problemas operacionais sobre a saúde mental dos profissionais, que, além da limitação nas condições de trabalho, lidam com a insatisfação dos usuários, sendo, portanto, imperioso focar a saúde no seu contexto organizacional.

Sem risco de menosprezar as características individuais do trabalhador, pode-se afirmar que a organização, a política e a prática de gestão de pessoas assumem um papel preponderante na forma como o trabalhador se relaciona com o trabalho, já que atua como um palco onde se desenrolam todas as questões vinculadas ao exercício profissional, tais como relações e estrutura de poder, condições de trabalho, tecnologia, valores e crenças (Mendes & Morone, 2002; Tamayo, 2002; Tironi, 2005). E, por este motivo, como colocam Maslach e Leiter (1999), os gestores e avaliadores de programas governamentais não devem ser indiferentes ao surgimento de problemas na saúde mental de seus profissionais, alertando ainda que a melhor forma de preveni-los e tratá-los é considerá-los como um problema coletivo e organizacional, e não como individual.

Nesse contexto, um termo que tem ganhado espaço nas discussões dos psicólogos é o *burnout*. A sensação de estar acabado, ou síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes/ pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, demonstrando desinteresse e apatia (Codo, 1999; Maslach, 2005; Ministério da Saúde, 2001).

Contempla-se ainda, conforme mostra Borges, Argolo e Baker (2006), Gianasi (2004), Tamayo (2002), Tamayo e Trocôli (2000) e Tironi (2005), que são nas categorias

profissionais em que o trabalho exige o contato direto com o público, tais como professores, profissionais de saúde, motoristas e policiais, que os riscos de *burnout* são maiores. Especificamente, encontra-se também uma convergência nos estudos de saúde mental do trabalhador que apontam uma incidência elevada de *burnout* entre profissionais de saúde (Achkar, 2006; Capozzolo, 2003; Fackelinann, 2001; Gil-Monte & Peiró, 1997; Magalhães, 2006; A. T. C. Silva, 2008; Soares, 2008; Tamayo, 1997).

Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada atenção para os custos emocionais da sua realização. O exercício destas profissões implica uma relação com o paciente permeada de ambiguidades, como a de conviver com a tênue distinção entre envolver-se profissional, e não pessoalmente (Borges, Argolo, Pereira, Machado, & W. S. Silva, 2002). Dificuldades estas que pesa ainda mais sobre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), por estarem expostos a reclamações de seus usuários e subordinados a uma estrutura de poder.

Estes profissionais deparam-se diariamente com vários estímulos emocionais nocivos, podendo ser destacados: a intensa relação com o processo de dor e morte; pacientes que podem se apresentar políquelosos ou agressivos; conviver com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraponto ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre este profissional; a alta demanda de pessoas necessitadas de cuidado (Sebastiani, 2002). Tudo isso vivenciado de forma continuada faz com que os trabalhadores adquiram uma sobrecarga emocional, que poderá interferir na forma como se relacionam com os usuários da ESF e que se estende a outras esferas de sua vida.

Diante desse contexto, principalmente no que concerne à prevenção de riscos do trabalho e da análise de condições laborais, os estudos sobre *burnout* vêm ganhando relevância, sendo crucial contemplar os profissionais que trabalham na área de saúde coletiva, os quais lidam com as deficiências do sistema e com o contato direto com os usuários. Este estudo analisa como se dá este fenômeno em João Pessoa, uma capital de porte médio, com um modelo de ESF em expansão que, entretanto, como tantas outras cidades de seu porte deste país, ainda necessita ser mais contemplada pelas pesquisas de avaliação de programas, clima organizacional e saúde do trabalhador.

Método

Objetivo

A presente pesquisa objetivou avaliar se os profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) em João Pessoa, Paraíba, apresentam a síndrome de *burnout*, pretendendo, assim: (a) verificar o perfil biodemográfico dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; (b) verificar a adequação psicométrica da Escala de Ca-

racterização de *Burnout* para os profissionais da ESF; (c) identificar a pontuação geral dos fatores de *burnout* na amostra; (d) verificar a contribuição das variáveis biodemográficas sobre a síndrome.

Delineamento e Hipóteses

O presente estudo trata de uma pesquisa entre participantes em que as variáveis antecedentes referem-se às variáveis biodemográficas e funcionais dos participantes e ao perfil dos participantes da pesquisa (variáveis do participante), e as variáveis consequentes referem-se aos índices de *burnout* apresentados pelos profissionais das EqSF.

Assim, baseado na literatura de saúde mental do trabalhador e avaliação de programas, hipotetiza-se que:

1. Os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família apresentam *burnout*.

2. Os profissionais da ESF com nível superior apresentam menor índice de *burnout* do que os profissionais de nível médio e técnico.

3. Os profissionais que possuem outros trabalhos apresentam menor *burnout* em comparação com os seus pares que apenas trabalham na ESF.

4. Os profissionais prestadores de serviço apresentam maiores índices de *burnout* do que os concursados.

Amostra

Foi utilizada uma amostragem probabilística estratificada, por categoria profissional e por Distrito Sanitário, composta por 337 profissionais das EqSF (médico, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário [ACD] e agentes comunitários de saúde [ACS]), de forma que estes fossem efetivamente representantes dos 2095 profissionais que atuam no município (ver Tabela 1).

Tabela 1

Número de Sujeitos da População e (Participantes da Amostra), Segundo Agrupamento Estratificado de Categoria Profissional e Distrito Sanitário

Categoria profissional	População (amostra)					Total
	Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário IV	Distrito Sanitário V	
Médico	46 (8)	37 (6)	54 (9)	26 (4)	16 (3)	30
Dentistas	47 (8)	37 (6)	54 (9)	27 (5)	18 (3)	31
ACD	46 (8)	37 (6)	54 (9)	27 (5)	18 (3)	31
Enfermeiros	47 (8)	37 (6)	53 (9)	26 (4)	19 (3)	30
Auxiliares de enfermagem	46 (8)	39 (6)	53 (9)	26 (4)	18 (3)	30
ACS	314 (89)	245 (6)	370 (57)	152 (24)	106 (17)	185
Total	546 (129)	432 (36)	638 (102)	284 (46)	195 (32)	337

Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos: um questionário biodemográfico e a Escala de Caracterização do *Burnout* ([ECB], Tamayo & Trocôli, 2000). A utilização do questionário biodemográfico objetivou caracterizar a amostra, através das seguintes variáveis: escolaridade; tempo de atuação na profissão, na rede pública de saúde e na ESF; vínculo empregatício; carga de horário de trabalho; existência de outros trabalhos paralelos.

A Escala de Caracterização do *Burnout* (2ª versão) originalmente é composta por 46 itens. No presente estudo, revalidada para amostra de profissionais da ESF, ela foi reduzida a 37 itens, distribuídos nas suas três di-mensões originais do *burnout*, que são: (a) Exaustão emocional ($\alpha = 0,94$), (b) Desumanização ($\alpha = 0,70$) e (c) Decepção ($\alpha = 0,70$).

A primeira dimensão (Exaustão emocional) transmite a idéia de esgotamento, cansaço e desgaste no trabalho; a segunda (Desumanização) sugere dureza emocional, desinteresse e atitudes negativas no trato com o outro; e a terceira dimensão (Decepção), denota desanimo, deses-

pero, frustração e inadequação no trabalho (Gianasi, 2004).

Procedimentos de Coleta de Dados e Éticos

A aplicação do instrumento foi realizada de forma individual, auto-aplicável, dentro das Unidades de Saúde da Família (USF's). Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas com seres humanos, o estudo foi aprovado por comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o protocolo nº 0298. Os participantes da pesquisa foram informados previamente dos objetivos e procedimentos do estudo, sendo garantido o anonimato da sua colaboração e a confidencialidade de suas respostas. Foi solicitado ainda que os participantes assinassem um Termo de Consentimento Informado, de acordo com a "Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos".

Análise dos Dados

As repostas dos questionários foram registradas no banco de dados do pacote estatístico SPSS (*Statistical*

Package for Social Science) para Windows versão 15.0. A análise de dados aconteceu em quatro etapas. Na primeira, foi realizada uma análise fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB), para verificar a adequação dos itens aos fatores. Foi utilizado o método dos Componentes Principais (*Principal Components [PC]*), para verificar a fatorialidade da matriz. Em seguida, foi utilizada a Extração de Fatores Principais (*Principal Axis Factoring [PAF]*), com rotação oblíqua, para extração dos fatores. Na segunda etapa, foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) nos dados biodemográficos, para fornecer informações acerca da amostra. Na terceira, foram feitas análises por *cluster*, pois, como os escores brutos de *burnout* ainda dizem pouco sobre o desenvolvimento da síndrome, grupos diferentes podem ter padrões distintos do que seja tolerável nos três fatores (Gianasi, 2004). E como os dados foram coletados por um instrumento com características ordinais, optou-se por considerar a estatística não-paramétrica como a mais idônea para a exploração dos dados. Por fim, comparou-se o grupo de profissionais com *burnout* desenvolvida com o restante da amostra, a partir das características biodemográficas.

Resultados e Discussão

O Perfil Biodemográfico dos Participantes

Inicialmente foi traçado o perfil biodemográfico dos participantes, conforme apresentado na Tabela 2. Ao analisar o tempo de atuação na profissão, os profissionais das EqSF atuam, em média, há 10,02 anos ($DP=9,30$). Essa média é semelhante ao tempo em que trabalham na rede pública ($M=9,27$; $DP=8,38$). Verificou-se ainda que estes profissionais atuam, em média, há apenas 3,9 anos ($DP=2,60$) nas 180 Unidades de Saúde da Família (USF's), o que pode indicar a ocorrência de uma elevada rotatividade de profissionais nas diversas USF's posto que as unidades já existem há mais de seis anos.

No que se refere às características de contrato dos profissionais, verifica-se que todos os participantes afirmaram possuir uma carga horária de 40 horas semanais e que a maioria (60,5%) afirma ser concursada, observando-se, entretanto, que a maior parte dos médicos e enfermeiras (80%) é prestadora de serviços, isto é, não possui vínculo empregatício estável com o município. A categoria dos ACS's é a que possui maior número de concursados - 71,9%. Verificou-se ainda que 13,1% dos profissionais da EqSF possui outro trabalho, paralelo à ESF.

Tabela 2
Perfil Biodemográfico dos Participantes da Amostra

Variáveis estatísticas	Dados	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS	Total
Tempo de atuação na profissão	Média	18,25	15,33	14,56	19,30	8,44	5,81	10,02
	Mediana	19,12	14,50	12,00	20,00	5,00	5,00	6,00
	DP	14,47	7,87	10,31	9,77	7,18	4,12	9,30
Tempo de atuação na rede pública	Média	15,26	13,55	11,78	16,70	2,22	5,83	9,27
	Mediana	13,16	12,00	10,00	17,00	2,00	5,00	5,0
	DP	13,11	8,22	9,33	9,13	1,52	3,96	8,38
Tempo de atuação na USP	Média	2,25	4,46	3,87	4,13	4,01	4,17	3,9
	Mediana	1,37	5,00	4,50	4,00	4,50	5,00	5,0
	DP	2,20	2,23	1,97	2,71	2,04	4,27	2,60
Concursado	F	6	6	19	13	11	13	204
	%	20	20	63,3	41,9	35,5	71,9	60,5
Serviço prestado	F	24	24	11	18	20	52	129
	%	80	80	36,7	58,1	64,5	28,1	59,5
Possui outro trabalho	F	7	6	5	12	5	9	44
	%	23,3	20	16,7	38,7	16,1	4,9	13,1
Não possui outro trabalho	F	23	24	25	19	26	176	293
	%	76,7	80	83,3	61,3	83,9	95,1	86,9

Qualidades Psicométricas da Escala

Ao início das análises da Escala de Caracterização do *Burnout*, considerou-se a adequação de se efetuar uma análise fatorial com o conjunto de 46 itens desta medida, o

que foi plenamente corroborado pelo $KMO = 0,905$ e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2 = 6479,586$, $p < 0,001$.

Utilizou-se o método dos Componentes Principais para verificar a fatorialidade da matriz. Solicitou-se ainda a

Extração de Fatores Principais, com rotação oblíqua, devido à correlação positiva na matriz, para extração dos fatores. Confirmou-se a extração dos três fatores da escala original, anteriormente descritos no método. Obteve-se alfas de Crombach aceitáveis (0,94; 0,70; 0,70), que explicam 33,31% da variância; com altos valores de *eigenvalues* (12,56; 2,38; 1,98). Foram removidos 9 itens da escala original, que apresentaram carga fatorial abaixo de 0,30, permanecendo um total de 37 itens, com cargas fatoriais acima de 0,30.

Análise Descritiva dos Fatores da ECB: Avaliação do Burnout em seus Profissionais

Para avaliação da ocorrência e desenvolvimento do *burnout*, serão apresentados, a seguir, os resultados encontrados em cada um dos fatores: (a) Exaustão emocional ($\alpha = 0,94$); (b) Desumanização ($\alpha = 0,70$) e (c) Decepção ($\alpha = 0,70$).

Como não há uma normatização da ECB, escolheu-se um critério de análise mais detalhado dos dados levantados. Seguindo a sugestão dos autores da ECB, conforme realizado em Tironi (2005), optou-se por realizar dois pontos de corte na escala, identificando-se os dois percentis referentes aos pontos que dividem a distribuição dos escores dos participantes, por fator, em três partes iguais, resultando em valores nos níveis baixo, médio e alto de *burnout*. Portanto, os intervalos apresentam os seguintes valores: (a) exaustão emocional: baixo ($X < 1,39$), médio ($1,39 < X < 2,78$), e alto ($2,78 < X$); (b) desumanização: baixo ($X < 1,12$), médio ($1,12 < X < 2,24$), e alto ($2,24 < X$) e (c) decepção: baixo ($X < 1,47$), médio ($1,47 < X < 2,94$), e alto ($2,94 < X$).

Como a vivência da síndrome de *burnout* caracteriza-se pelo desenvolvimento de três fatores (exaustão emocional, desumanização e decepção), em três níveis de distribuição dos escores nesses fatores (baixo, médio e alto), ocorrem 27 possibilidades de combinação. Para identificação destas combinações apresentar-se-ão as análises por *cluster*, demonstrados nas Tabelas 3, 4 e 5.

Na Tabela 3, apresentam-se as combinações onde o *burnout* encontra-se mais avançado, em que coexistem níveis altos e médios. Observou-se que 37,09% dos participantes ($f = 125$) apresentaram tal tipo de combinação, sendo que, dentre estes, 19,88% ($f = 67$) apresentaram-se com nível acentuado de *burnout*, combinando escores médios nos três fatores, e 0,9% ($f = 3$) dos participantes apresentaram escores máximos em todos os fatores.

Corroborando com os estudos de Achkar (2006) e Capozzolo (2003), esses números mostram que os níveis gerais de *burnout* dos profissionais são elevados, ao se contemplar que, em uma amostra probabilística estratificada, 37,09% dos representantes dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, que atendem nessa porta principal de acesso ao SUS, apresentam *burnout* desenvolvida, em combinações de níveis médios e altos; e que destes 0,9% apresentam apenas índices altos, encontrando-se um quadro avançado da síndrome.

As interações do tipo dois, na Tabela 4, onde se encontram as combinações de altos, médios e baixos, são menos agudas para os profissionais da ESF, possuindo apenas 5,04% da amostra ($f = 17$). Esses sujeitos já apresentam características de sofrimento no trabalho, entretanto não as remetem ao *burnout*, já que ainda está em caráter processual.

Tabela 3
Análise de Clusters que Combinam Níveis Altos e Médios de Burnout

Fatores	Combinações do tipo 1							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Exaustão emocional	M	A	M	M	A	A	M	A
Desumanização	M	M	A	M	A	M	A	A
Decepção	M	M	M	A	M	A	A	A
Participantes(125/337)	67	4	40	4	5	0	2	3

Nota. Legenda: A (Alto), M (médio), B (baixo).

Tabela 4
Análise de Clusters que Combinam Níveis Altos, Médios e Baixos de Burnout

Fatores	Combinações do tipo 2											
	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Exaustão emocional	A	A	B	A	M	B	M	B	A	B	A	B
Desumanização	B	A	A	B	B	M	A	A	M	A	B	B
Decepção	A	B	A	M	A	A	B	M	B	B	B	A
Participantes(17/337)	0	1	0	0	0	1	11	0	2	2	0	0

Nota. Legenda: A (Alto), M (médio), B (baixo).

Por fim, as combinações do tipo três, com níveis médios e baixos, foi representada por 57,86% da amostra ($f=195$), podendo-se inferir que estes profissionais têm usa-

do bem suas estratégias para lidar com as situações estressoras, tornando-os mais imunes à síndrome (ver na Tabela 5).

Tabela 5

Análise de Clusters que Combinam Níveis Médios e Baixos de Burnout

Fatores	Combinações do tipo 3						
	21	22	23	24	25	26	27
Exaustão emocional	M	M	B	M	B	B	B
Desumanização	B	M	M	B	B	M	B
Decepção	M	B	B	B	M	M	B
Participantes(195/337)	1	68	103	1	2	18	2

Nota. Legenda: A (Alto), M (médio), B (baixo).

No resumo geral desses resultados, as análises de *Clusters* mostraram que, assim como afirmam Gianasi (2004) e Tamayo e Trocôli (2000), há uma heterogeneidade nos índices de *burnout* dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa. Verificou-se que 37,09% de profissionais, com combinações de índices altos e médios de *burnout*, apresentam a síndrome já desenvolvida e que 5,04%, com combinações de níveis alto, médio e baixo, apresentam a síndrome em desenvolvimento, enquanto que 57,86% dos profissionais possuem estratégias de manejo das situações estressoras do trabalho, apontando, portanto, que, no total, 42,13% destes profissionais apresentam a síndrome desenvolvida (combinações do tipo 1) ou em desenvolvimento (combinações do tipo 2), números que podem ser considerados preocupantes. Confirma-se, assim, a hipótese 1, de que os profissionais que atuam na estratégia, apresentam *burnout*.

Para melhor compreensão do perfil desses profissionais que apresentam a síndrome de *burnout* desenvolvida, foram analisados ainda, de forma mais detalhada, os 37,09% ($f=125$) dos profissionais que apresentaram índices altos e médios de *burnout*, síndrome desenvolvida, comparando-os à amostra geral em relação a todas variáveis biodemográficas apresentadas (tipo de categoria profissional, nível de escolaridade, existência de outros trabalhos paralelos, tipo de vínculo empregatício e renda mensal).

Classificando-os por categoria profissional, detectou-se que, entre os avaliados como *burnout* desenvolvida, apresenta-se 56,67% ($f=17$) dos médicos da amostra geral dessa categoria; 26,67% ($f=8$) das enfermeiras; 33,33% ($f=10$) dos Auxiliares de Enfermagem; 32,26% ($f=10$) dos dentistas; 6,45% ($f=2$) dos Auxiliares de Consultório Dentário; e 42,16% ($f=78$) dos Agentes Comunitários de Saúde; verificando-se que, em todas as categorias, há taxas significativas de síndromes em seus profissionais. Constatou-se, ainda, que os Auxiliares de Consultório Dentário são os que possuem menos representantes com a síndrome (6,45% dos profissionais dessa categoria), provavelmente pelo fato de estes terem um trabalho menos direto com a comunidade, pois, como mostra Melo

(2009), esses profissionais lidam apenas com o dentista e com os usuários no consultório dentário, onde toda responsabilidade é do dentista. Constatou-se, desta forma, que 38,46% dos profissionais da amostra com nível superior, e 36,58% dos de nível médio/técnico possuem *burnout* desenvolvida. Pôde-se observar que não há uma diferença significativa da predominância da síndrome nesses dois grupos, consequentemente, inferiu-se que o grau de escolaridade não é um fator determinante para a síndrome, sendo prioritariamente um problema organizacional. Refutando, portanto, a hipótese 2 de que os profissionais de nível superior apresentariam menores índices da síndrome.

Ao analisar as variáveis biodemográficas nessas comparações, verificou-se que 29,55% ($f=13$) dos profissionais que possuem outro trabalho apresentam *burnout*, enquanto 70,45% ($f=31$) desses não apresentam a síndrome, com uma diferença estatisticamente significativa [X^2 ($N=337$; 1) 17,72; $p < 0,05$]. Constatou-se, assim, que a maioria dos profissionais com trabalho paralelo não apresentaram a síndrome, confirmando a hipótese 3. Fato que pode ser explicado porque, provavelmente, apesar da maior sobrecarga de trabalho, estes devem ter uma maior satisfação com sua renda mensal ($M=2,113$; $DP=1461,85$) do que os demais profissionais ($M=1,097,51$; $DP=1183,19$), que geralmente apresentam insatisfação com sua remuneração (Melo, 2007, 2009; Oliveira, 2006), além de que o outro trabalho pode ser mais gratificante em termos psicológicos, compensando as tensões do trabalho na ESF, ou podem ainda conduzir os profissionais a um menor comprometimento psicológico com o serviço na ESF.

Observando ainda a Tabela 6, verifica-se que cerca de um terço dos participantes apresentam *burnout* ($f=125$; 37%). Dentre os profissionais com *burnout* desenvolvida, verificou-se que a maioria 58,4% ($f=73$) é concursada, enquanto apenas 41,6% ($f=52$) dos profissionais que não apresentam a síndrome são concursados, constatando-se uma diferença estatisticamente significativa entre estes [X^2 ($N=337$; 1) 32,30; $p < 0,05$]. Constatou-se, dessa forma, que a maior parte dos profissionais com a síndrome são concursados, refutando a hipótese 4.

Tabela 6

Análise da Síndrome de Burnout em Função do Vínculo Empregatício

Vínculo empregatício	Avaliação da síndrome		TOTAL
	Apresenta <i>burnout</i>	Não Apresenta <i>burnout</i>	
Concursado	73 (58,4%)	52 (41,6%)	125 (100%)
Não concursado	49 (41,6%)	160 (58,4%)	209 (100%)
Total	125 (100%)	212 (100%)	337 (100%)

Além disso, realizou-se ainda o cruzamento da variável “vínculo empregatício” com as demais variáveis biodemográficas, encontrando-se como única diferença significativa entre elas a renda mensal. Verificou-se que os profissionais concursados possuem menor salário ($M=999,46$; $DP=1023,63$) do que os prestadores de serviço ($M=1.618,67$; $DP=1517,75$), com diferença estatisticamente significativa ($t=-4,08$; $p<0,05$). Concluindo-se, portanto, que os profissionais concursados apresentam maiores índices da síndrome por possuírem menor salário. É importante frisar que o desvio padrão da renda elevado se deve à heterogeneidade da amostra e aos distintos salários entre as categorias profissionais. Entretanto como não foram percebidas diferenças estatisticamente significativas nos índices entre os profissionais de nível superior (que possuem maior renda) e os de nível médio e técnico (que possuem menor renda), esta diferença na média da renda não deve ser razão explicativa única para o maior índice de *burnout* entre os profissionais concursados.

Considerações Finais

A Estratégia Saúde da Família é vista como a base estruturante da atenção básica e instrumento de reorganização do SUS (Ministério da Saúde, 2006a). Possui, entretanto, falhas operacionais que geram distâncias entre o “SUS teórico”, tal como formulado, e o “SUS real”, tal como encontrado no cotidiano de funcionamento das USF’s.

As constatações do presente estudo denunciaram que essas falhas operacionais da ESF, já tão mencionadas na mídia, geram consequências sobre a saúde mental dos seus profissionais, que repercutem sobre esses índices preocupantes de *burnout*. Enfatiza-se a necessidade de que sejam desenvolvidas mais pesquisas nessa área de estudo, em especial na saúde do trabalhador, e contemplando também a importância de se trabalhar a prevenção em saúde não apenas na direção profissionais-usuários, mas que também sejam criadas ações de cuidado à saúde mental dos profissionais de saúde.

Já existe no SUS uma Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2006b) e uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (Ministério da Saúde, 2005). Estas, entretanto, deveriam caminhar entrelaçadas, no cuidado da saúde mental dos profissionais. Não deveria ocor-

rer a operação isolada, ou paralela, dessas duas políticas. É necessário, portanto, falar em política pública para a prevenção, proteção social, tratamento e reabilitação da saúde mental do trabalhador, inclusive dentro da Estratégia Saúde da Família.

Sendo também primordial contemplar as questões que geram desgaste na saúde mental do trabalhador: limitações técnicas, pessoais e materiais; a alta demanda de atendimento; o desrespeito de alguns usuários insatisfeitos e, em especial, a baixa remuneração. Fatores que, somados às pressões organizacionais e vivenciados diariamente, geram uma sobrecarga emocional, que pode interferir, inclusive na relação dos profissionais com os usuários.

É necessário que os gestores do SUS reconheçam que a saúde mental dos profissionais da ESF repercute diretamente sobre a qualidade dos serviços prestados, e na sua relação com o trabalho e com a comunidade. Recomenda-se que seja feito o uso dos psicólogos que atuam como apoiadores matriciais nas Unidades de Saúde da Família, para que acompanhem não apenas os “casos de saúde dos usuários”, mas também trabalhem na prevenção de desgaste mental dos profissionais, com a finalidade de que, desta forma, a Política de Saúde Mental e Política de Saúde do Trabalhador possam caminhar, não em paralelo, mas juntas.

Por outro lado, é importante lembrar que as pessoas trabalham em um ambiente organizacional e, portanto, sujeitas às normas da gestão que é operada por pessoas escolhidas pelas secretarias de saúde. Por isso, cabe à responsabilidade última desta instância analisar e gerir de modo que seus trabalhadores tenham condições de trabalho, tanto materiais quanto psicológicas, preservando sua saúde mental como cidadãos e como prestadores de serviços à comunidade. Como as comparações entre os grupos indicam que os servidores concursados apresentam piores índices de *burnout*, é possível que este fenômeno se deva ao fato de que como os não concursados não possuem estabilidade laboral e, portanto, que haja maior rotatividade entre eles à medida em que se “quei-mem” no trabalho, tanto por sua própria iniciativa quanto por parte da gestão. Sugere-se, que além de continuar realizando concursos públicos, para que se possam oferecer serviços de atenção à saúde para a população, através de profissionais capacitados, que também sejam lhes sejam oferecidas condições de segurança laboral e fatores de estímulo e realização profissional, características

da atuação de uma gestão pública comprometida com a dignidade das pessoas, como é sua obrigação enquanto gestor que deve cuidar também dos seus funcionários como passo inicial, para atingir o bem estar social que o país necessita.

Referências

- Achkar, T. C. S. (2006). *Síndrome de Burnout: Repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado na cidade de Cascável-PR*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.
- Assis Neto, O. Q. (2007). *A integralidade da atenção a partir da percepção dos profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(1), 34-43.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: Um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200.
- Capozzolo, A. A. (2003). *No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. (Tese de Doutorado não-publicada). Universidade Estadual de Campinas, SP.
- Codo, W. (Ed.). (1999). *Educação: Trabalho e carinho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fackelinann, K. (2001, May 7). Nursing burnout may lead to major health care crisis. *USA TODAY*, p. 9.
- Gianasi, L. (2004). *As fontes de desajuste físico e emocional e a síndrome de burnout no setor de transporte coletivo urbano de Natal*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis.
- Magalhães, A. B. (2006). *A Síndrome de Burnout no contexto hospitalar pediátrico*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Maslach, C. (2005). Entendendo o burnout. In A. M. Rossi, P. L., Perrewé, & S. L. Sauter (Eds.), *Stress e qualidade de vida no trabalho* (pp. 41-55). São Paulo, SP: Atlas.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas, SP: Papirus.
- Melo, C. F. (2007). *Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa e Fortaleza a partir das crenças das usuárias dos PSFs, dos Centros de Referências e das Políclínicas*. (Monografia de Graduação não-publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Melo, C. F. (2009). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças de seus profissionais*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Mendes, A. M., & Morrone, C. F. (2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: Trajetória conceitual e empírica. In A. M. Mendes, L. O. Borges, & M. C. Ferreira (Eds.), *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 25-42). Brasília, DF: Universidade de Brasília.
- Ministério da Saúde. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2005). *Política Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: Autor. Retrieved July 15, 2012, from http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1
- Ministério da Saúde. (2006a). *Política Nacional de Atenção Básica. Série A. Normas e manuais étnicos. Pactos pela Vida: Vol. 4*. Brasília, DF: Autor. Retrieved May 20, 2012, from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
- Ministério da Saúde. (2006b). *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Autor. Retrieved July 15, 2012, from http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925
- Oliveira, S. F. (2006). *Avaliação do Programa Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Sebastiani, R. W. (2002). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In V. A. Angerami-Camon (Ed.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 9-30). São Paulo, SP: Pioneira Psicologia.
- Silva, A. T. C. (2008). *Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde no município de São Paulo*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Soares, A. S. (2008). *Mobbing: Relações com a Síndrome de Burnout e a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição universitária de Campo Grande*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.
- Tamayo, M. R. (1997). *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília, DF.
- Tamayo, M. R. (2002). *Burnout: Relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional*. (Tese de Doutorado não-publicada). Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília, DF.
- Tamayo, M. R., & Troccoli, B. T. (2000). Construção e validação da Escala de Caracterização de Burnout [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Ed.), *XXX Reunião Anual de Psicologia: Resumos* (p. 283). Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Tironi, M. O. S. (2005). *A síndrome de burnout em médicos pediatras: Um estudo em duas organizações hospitalares*. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Recebido: 18/02/2011
1ª revisão: 04/07/2011
Aceite final: 13/07/2011