

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**LETÍCIA DE LIMA TRINDADE**

**O ESTRESSE LABORAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
implicações para Saúde do Trabalhador**

**Porto Alegre  
2007**

**LETÍCIA DE LIMA TRINDADE**

**O ESTRESSE LABORAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
implicações para Saúde do Trabalhador**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liana Lautert

**Porto Alegre**

**2007**

T753

Trindade, Letícia de Lima

O estresse laboral da equipe de saúde de família: implicações para a Saúde do Trabalhador / Letícia de Lima Trindade - Porto Alegre, 2007.  
103 f. : il.

Dissertação – Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde da família. 2. Estresse. 3. Saúde do trabalhador. 4. Enfermeira – Aspectos psicológicos I. Lautert, Liana. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III Título. IV. Él estrés laboral del del equipo de la salud de la familia: implicaciones para la salud del trabajador [resumen]. V. It stress labor of the team of family health: implications for health of the worker [abstract].

CDD 610.73

Construída pela bibliotecária Cleusa Irene Silva (9/781)



**LETÍCIA DE LIMA TRINDADE**

**O Estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do  
trabalhador**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de dezembro de 2007.

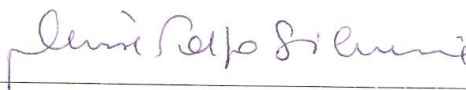
**BANCA EXAMINADORA**



---

Profa Dra Liana Lautert

Presidente



---

Profa Dra Denise Tolfo Silveira

Membro – UFRGS



---

Profa Dra Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro – UFRGS



---

Profa Dra Carmem Lúcia Colomé Beck

Membro - UFSM

---

*Aos meus pais, Mário e Rosane, pelo amor incondicional e apoio em todas as minhas decisões e escolhas. Esse trabalho é fruto do carinho, da paciência, dos ensinamentos, do apoio e da crença de vocês em mim.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao concluir essa etapa de formação e esforço não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas, as quais possibilitaram a realização desse estudo e marcaram tão importante conquista.*

*Agradeço a Deus, que guia meus passos e me ilumina, por me fazer acreditar na enfermagem, me trazer até aqui e por me ajudar a realizar esse sonho.*

*À Profª Drª Liana Lautert, orientadora e conselheira, por ter me acolhido, pelos inúmeros conhecimentos que dividiu comigo, por todo incentivo e carinho. Certamente estará presente ao longo de toda a minha formação, como exemplo de profissional e pessoa. Não há palavras para expressar, suficientemente, minha admiração e gratidão.*

*Ao meu querido e amado Élsio, amigo e companheiro, pelo incentivo, amor, paciência e por todos os momentos maravilhosos que temos passado juntos. Obrigada por estar na minha vida e me fazer sonhar cada vez mais.*

*À minha irmã Larissa, por me incentivar, por sonhar comigo e pela amizade eterna. Obrigada por estar ao meu lado quando vim para Porto Alegre e por todos os anos de nossas vidas, cheios de sonhos e conquistas.*

*À minha Tia Sandra, pessoa especial e querida, madrinha do coração, a qual vem torcendo por mim em todos os desafios que traço. Obrigada por me acolher e me cuidar ao longo do mestrado.*

*Aos meus sogros, pelo carinho e dedicação ao longo desses anos. Obrigada por fazer parte da minha família e pelo amor que construímos juntos.*

*Às Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Carmem Lúcia Colomé Beck e Rosa Maria Bracini Gonzáles, pelo carinho, amizade e incentivo em realizar a seleção de mestrado, bem como pelos ensinamentos.*

*Aos meus amigos e colegas de mestrado Paulo, Márcio, Estela, Fernanda, Tatiana, Quênia e Vivian ,e aos doutorandos Giselda, Sadjá, Jussara, Ana e Narciso, pela amizade e troca de idéias.*

*Ao amigo e colega Luccas, agradeço imensamente o apoio e auxílio, sem ti não teria sido possível realizar a análise quantitativa. Obrigada pela amizade e pela paciência.*

*À Giorgia pelo auxílio na coleta dos dados e pela amizade.*

*Às Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelas contribuições em minha formação.*

*Às Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Maria Alice Dias da Silva Lima, Carmem Lúcia Colomé Beck e Denise Tolfo Silveira pelas contribuições e sugestões fornecidas para o aprimoramento desse estudo.*

*À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo exemplo de instituição pública, gratuita e de excelente qualidade.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro e, por buscar qualificar a formação dos trabalhadores por meio do incentivo à pesquisa científica e às instituições de ensino brasileiras.*

*Ao Enfermeiro e Coordenador da Estratégia de Saúde da Família José Cristiano pelo apoio e auxílio na pesquisa de campo junto às Unidade de Saúde da Família.*

*A todos os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família de Santa Maria, que aceitaram gentilmente, participar do estudo.*

**A todos,  
meu carinho, gratidão e admiração!**



## RESUMO

O trabalho das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se por um lado representa um importante recurso de melhoria da assistência à saúde da população, por outro, produz demandas, por vezes complexas, aos trabalhadores, os quais, freqüentemente, necessitam usar mecanismos de adaptação e enfrentamento. Deste modo, objetivou-se compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores das equipes da ESF de Santa Maria e as implicações para sua saúde. O estudo foi do tipo híbrido e descritivo, desenvolvido junto aos trabalhadores das dezesseis (16) equipes de ESF do Município. A amostra contou com 86 trabalhadores (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde). A pesquisa ocorreu em duas etapas: na primeira foram identificados os trabalhadores com a Síndrome de *Burnout*; e na segunda foi realizada uma entrevista semi-estruturada com os trabalhadores que apresentaram os maiores e os menores escores da Síndrome. A análise dos dados quantitativos mostrou que o sexo feminino é predominante nas equipes da ESF de Santa Maria (84,9%), que a maioria possui companheiro (68,2%), tem filhos (69,4%) e não realiza atividades físicas (62,8%). Entre os sujeitos do estudo identificaram-se seis trabalhadores em *Burnout*. A idade jovem teve associação estatisticamente significativa com os níveis de estresse apresentados pelos trabalhadores ( $p= 0,034$ ). A entrevista revelou que a satisfação pela resolutividade do trabalho prestado e seu reconhecimento pela comunidade converge entre os dois grupos em estudo: trabalhadores desgastados e não desgastados; e que estes utilizam formas de enfrentamento direcionadas, predominantemente às emoções, enquanto os não-esgotados resolvem os problemas do cotidiano laboral com apoio do grupo de trabalho. Os dados apontam para a importância de ações que valorizem a saúde dos trabalhadores, bem como favoreçam o relacionamento interpessoal entre os membros da equipe da ESF.

**Descritores:** Enfermagem. Estresse. Saúde do Trabalhador. Estafa Profissional.

**Limites:** Humanos. Adultos. Masculino. Feminino.

## RESUMEN

El trabajo de los equipos de la Estrategia de la Salud de las Familias (ESF), si por un lado representa una importante combinación de acciones de mejora de la asistencia a la salud de la población, por otro, produce demandas, algunas veces complejas, a los trabajadores, que necesitan frecuentemente el uso de mecanismos de adaptación y enfrentamiento. De ese modo, se tuvo por objetivo comprender el estrés laboral vivenciado por los trabajadores de los equipos de la ESF de Santa María y las implicaciones para su salud. El estudio fue del tipo híbrido y descriptivo, desarrollado junto a los profesionales de los dieciséis (16) equipos de la Estrategia de Salud de la Familia de la Municipalidad de Santa María. La muestra del estudio contó con 86 profesionales (médico, enfermero, técnico en enfermería, odontólogo, auxiliar de consultorio dentario y agente de salud). La investigación ocurrió en dos etapas; en la primera fueron colectados los datos cuantitativos a través del Inventario de *Burnout*; y, en la segunda fue realizada una encuesta semiestructurada con los profesionales que presentaron los mayores y menores resultados de *Burnout*. El análisis de los datos cuantitativos permitió revelar que el sexo femenino es predominante entre los profesionales de la ESF de Santa María (84,9%), que la mayoría tiene compañero (68,2%), tiene hijos (69,4%) y no practica actividades físicas (62,8%). Entre los sujetos de la investigación se identificaron seis trabajadores con *Burnout*. La edad joven fue estadísticamente asociada con los niveles de estrés presentados por los profesionales ( $p=0.034$ ). La encuesta reveló cuales las fuentes de estrés de los trabajadores agotados, y que estos utilizan formas de enfrentamiento direccionadas predominantemente a las emociones, mientras que los no agotados buscan resolver los problemas cotidianos con apoyo del grupo de trabajo. Los resultados apuntan para la importancia de las acciones que valoren la salud de los trabajadores, bien como para el valor del relacionamiento interpersonal en el trabajo de los miembros de la ESF.

**Descriptor:** Enfermería. Estrés. Salud del trabajador. Agotamiento Profesional.

**Límites:** Humanos. Adultos. Masculino. Femenino.

**Título:** El estrés en el trabajo del equipo de la salud de la familia: implicaciones para la salud del trabajador

## ABSTRACT

The work of the groups from the Social Program Family's Health (ESF) represents on one hand a very important strategy of improving the assistance to the population's health; on the other hand it sometimes produces complex demands to the workers, requiring a frequent usage of mechanisms of adaptation and confrontation. This way the aim of this study was to understand the labor stress which is been lived by the workers in the ESF groups in Santa Maria and its implications to their lives. This study was hybrid and descriptive. It was developed with the professionals from sixteen groups of the Family's Health program in that city. The sample of this study counted on 86 professionals (doctor, nurse, nurse technician, dentist, dentist's auxiliary and community agent of health). The research happened in two parts: in the first one the quantitative data was collected through the *Burnout' Inventory* and in the second part a semi-structured interview was given by the professionals who presented the highest and the lowest scores according to Burnout. The analysis of the quantitative data has unveiled the women are predominant among the ESF professionals in Santa Maria (84, 9%), the majority of them have a spouse (68, 2%), have children (69, 4%) and they do not practice any kind of physical activity (62, 8%). Among the people who were part of this study, it was possible to identify six who work in Burnout. The young age was statistically associated with the stress levels presented by the professionals ( $p= 0,034$ ). The interview has unveiled that the main sources of stress in exhausted workers who use the confrontation predominating to emotions while the people who do not feel exhausted try to solve their daily problems counting on their work group. The outcomes point to the importance of actions which value the workers' health, as well as to the importance of the interpersonal relationship between the workers from ESF

**Descriptions:** Nurse. Stress. Workers' health. Professional exhaustion.

**Limits:** Human beings. Adults. Men. Women.

**Title:** It stress labor of the team of family health: implications for health of the worker

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 –	<b>Distribuição dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família segundo a equipe e participantes do estudo, Santa Maria, 2007.....</b>	45
Tabela 2 –	<b>Distribuição dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família segundo a profissão, Santa Maria, 2007.....</b>	46
Tabela 3 –	<b>Distribuição dos trabalhadores por atividades extralaborais, Santa Maria, 2007.....</b>	49
Tabela 4 –	<b>Médias dos escores dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família nas três subescalas do Inventário de <i>Burnout</i>, Santa Maria, 2007.....</b>	51
Figura 1 –	<b>Distribuição das médias dos trabalhadores desgastados e não-desgastados da Estratégia de Saúde da Família que participaram das entrevistas, Santa Maria, 2007.....</b>	52

## LISTA DE SIGLAS

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**E** - Esgotados

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**GISO** - Grupo de Estudos sobre Saúde Ocupacional

**MS** - Ministério da Saúde

**NE** - Não-esgotados

**PACS** - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**RS** – Rio Grande do Sul

**SNS** - Sistema Nervoso Simpático

**SPSS** - *Statistical Package for the Sciences*

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UFRGS** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UFSM** - Universidade Federal de Santa Maria

**USF** - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	18
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	18
<b>3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	19
<b>3.1 O trabalho</b> .....	19
3.1.1 O trabalho na Equipe de Saúde da Família.....	21
<b>3.2 Atenção à Saúde do Trabalhador</b> .....	25
3.2.1 Desgaste e adoecimento do trabalhador de saúde.....	27
3.2.2 Outros estudos sobre desgaste e adoecimento no trabalho.....	30
<b>3.3 Estresse</b> .....	32
3.3.1 O estresse e suas conceituações.....	33
3.3.2 O enfrentamento.....	34
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	37
<b>4.1 Tipo de pesquisa</b> .....	37
<b>4.2 Local e participantes do estudo</b> .....	38
<b>4.3 Coleta de dados e instrumentos</b> .....	38
<b>4.4 Teste piloto</b> .....	40
<b>4.5 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	41
<b>4.6 Análise e apresentação dos dados</b> .....	41
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	44
<b>5.1 Dados quantitativos</b> .....	44
5.1.1 Variáveis demográficas dos participantes.....	44
5.1.2 Dados do Inventário de <i>Burnout</i> .....	50
<b>5.2 Dados qualitativos</b> .....	52
5.2.1 Satisfação e motivação no trabalho.....	53
5.2.2 Fatores geradores de problemas ou desgaste no trabalho.....	57
5.2.3 As formas de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.....	66
5.2.4 As alterações e/ou problemas de saúde dos trabalhadores em decorrência do trabalho.....	71

5.2.5 A relação dos trabalhadores com o trabalho.....	76
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecido.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS A – Dados de identificação e Inventário de <i>Burnout</i>.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO B – Escala de conversão do Inventário de <i>Burnout</i>.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO C – Folha de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo das experiências acadêmica e profissional observaram-se as diferentes e complexas demandas físicas e psíquicas que os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), vivenciam em seu cotidiano de trabalho. Nessa modalidade de atenção, os membros da ESF estão em contato diário com a realidade da comunidade, a qual é carente em múltiplos aspectos, o que pode afetá-los, tanto física como emocionalmente (TRINDADE, 2005).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores das equipes da ESF, do Município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul (RS), e as implicações para a saúde desses sujeitos. O estudo possibilitou identificar as principais causas de estresse, o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* entre os sujeitos, os fatores geradores de desgaste no trabalho bem como as implicações desse distúrbio na saúde dos trabalhadores.

A motivação para estudar a saúde do trabalhador decorreu dos estudos desenvolvidos pela mestranda durante a graduação, junto ao Grupo de Pesquisa Saúde, Trabalho, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Com o ingresso no Mestrado em Enfermagem e no Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Saúde Ocupacional (GISO), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pretendeu-se dar continuidade ao estudo da saúde do trabalhador agora voltada, particularmente, para a saúde dos trabalhadores que atuam na atenção básica em saúde.

Como apontado em diversos estudos, existe crescimento no número de trabalhadores da área da saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho. Isso é demonstrado nas pesquisas de Camelo e Angerami (2004); Guido (2003); Pereira (2002); Beck (2001); Gonzales (2001); Kirchof (2001); Lautert (1995); Bianchi (1990), entre outros, as quais apontam para a necessidade de se continuar investindo na busca de ações que contribuam para a melhora do trabalho em saúde e, em consequência, da saúde do trabalhador.

Entre os diferentes fatores que podem acometer a saúde do trabalhador, salienta-se o ambiente de trabalho como gerador de conflito, pois é no contexto do trabalho que, por vezes, os trabalhadores de saúde entram em choque, devido ao



hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos, uma vez que a atividade exige contato intenso com pessoas (LAUTERT, 2001).

Nesse sentido, acredita-se que os membros da ESF enfrentam diversas dificuldades na busca pela qualidade da atenção aos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade. Precisam assumir inúmeras e diversificadas atribuições por trabalharem inseridos na comunidade e por tornarem-se referência de atenção à saúde da população residente em sua área de abrangência. Dessa forma, deparam-se com problemas econômicos, sociais, biológicos, entre outros, os quais, por vezes, desencadeiam a sensação de impotência devido às limitações, que em muitas situações, comprometem o adequado cuidado da saúde.

O PSF, denominado ESF a partir de 2005, surgiu em 1994 e vem sendo implantada no Brasil como importante estratégia de mudança do modelo assistencial, tem como proposta levar os serviços de saúde até a periferia dos municípios, pautada nas diretrizes e nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2001). Representa um modelo de busca da saúde coletiva, com o objetivo de realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas realizadas em domicílios ou junto às coletividades, um dos principais desafios dos países subdesenvolvidos. Para tanto, recebe incentivos financeiros para sua implantação em todos os estados brasileiros. Tem como princípio desenvolver ações que atendam as demandas da população local, valorizando seus anseios e acolhendo suas necessidades com equidade.

Igualmente a outros níveis de atenção, a ESF tem como objeto de trabalho a vida humana, exigindo que seus trabalhadores tomem decisões precisas o que, por vezes, desencadeia ansiedade, medo, depressão, sentimento de impotência e estresse.

Além disso, os trabalhadores inseridos nesse modelo de atenção ficam expostos à realidade social das comunidades, na qual os recursos são escassos para atender as demandas com as quais se deparam. As falhas na rede de atenção à saúde, muitas vezes impossibilitam o trabalho e, em consequência, afetam a resolutividade das ações.

Apesar dos treze anos de existência da ESF, observa-se a necessidade de maiores investimentos em estudos que abordam a atuação dos trabalhadores nessa

modalidade de atenção à saúde, os quais devem embasar a (re)construção das estratégias em defesa da saúde ocupacional.

Nesse sentido, os trabalhadores da ESF necessitam de uma série de habilidades para atender à população e, na realidade, nem sempre possuem, comprometendo o adequado desenvolvimento e desempenho de suas competências e, ainda, na maioria das vezes, o ambiente de trabalho é inadequado para o exercício do autocuidado. Dessa forma, o ambiente laboral destaca-se como realidade social e, sendo assim, “a organização do trabalho deve ser destacada, face as suas implicações na saúde dos indivíduos” (DEJOURS, 1997, p. 67).

Sendo assim, questiona-se, nesse momento, o que o cotidiano de trabalho acarreta à saúde dos trabalhadores da ESF? Como os membros das equipes de saúde enfrentam os fatores estressantes de seu cotidiano de trabalho? Quais são os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos trabalhadores?

Para tanto, utilizou-se o constructo de estresse, o qual é conceituado por Lazarus e Folkman (1986) como um conceito relacional mediado cognitivamente, que reflete a relação entre a pessoa e seu entorno, identificado por aquela como danoso, a qual excede seus recursos e põe em perigo o seu bem estar. Sendo assim, cada indivíduo avalia a situação estressante - positiva ou negativamente - segundo o valor que atribui à mesma e os recursos que dispõe para enfrentá-la.

E, caso o estresse seja crônico e associado ao trabalho, é possível que os trabalhadores da ESF estejam sofrendo da Síndrome de *Burnout*, caracterizada pelo estresse laboral crônico e evidenciada pelo desgaste emocional, despersonalização e sentimento de incompetência (MASLACH; JACKSON, 1981), que ocorre quando o indivíduo não possui mais estratégias para enfrentar as situações e conflitos no trabalho.

Pelo exposto, acredita-se ser fundamental focalizar atenção à saúde dos membros da ESF, pois, assim como para os indivíduos em geral, também para esses trabalhadores, o trabalho faz parte de suas vidas, contribuindo para a formação de sua identidade e subjetividade; é por meio dele que organizam suas vidas, participam da sociedade e desenvolvem sua visão do mundo (DEJOURS, 2006). Portanto, torna-se importante conhecer como esses atores organizam-se na realidade em que estão inseridos, bem como os recursos e estratégias que utilizam para enfrentarem as situações cotidianas.

Cabe lembrar que esses trabalhadores são importantes atores na construção da atenção básica no Brasil, estão voltados para a prevenção e promoção da saúde da população e, portanto, requerem condições de trabalho que favoreçam suas ações e preservem sua saúde.

Além disso protagonizam um programa de mudança do modelo assistencial em saúde coletiva, o qual por si só representa um desafio aos trabalhadores uma vez que suas atividades são voltadas a prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas realizadas em domicílios ou junto às coletividades, diferente do modelo biomédico, vigente até então.

## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

A seguir são apresentados o objetivo geral e específicos do estudo.

### **2.1 Objetivo geral**

O objetivo geral deste estudo foi compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores das equipes das ESFs de Santa Maria/RS e as implicações para sua saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

Este trabalho tem como objetivos específicos:

- identificar os trabalhadores com a Síndrome de *Burnout* das USF do município de Santa Maria/RS;
- descrever as principais causas de estresse identificadas pelos trabalhadores na ESF;
- identificar as formas de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da ESF perante a realidade laboral cotidiana; e
- conhecer as alterações de saúde apresentadas pelos trabalhadores com a Síndrome de *Burnout*.

### **3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

Para construção deste estudo foram resgatados subsídios teóricos, retomando os principais aspectos conceituais que envolvem a temática, entre eles o trabalho, a atenção à saúde do trabalhador, o estresse e o processo de trabalho na ESF, os mesmos nortearam as reflexões construídas ao longo das diferentes etapas do estudo.

#### **3.1 O trabalho**

Histórica e filosoficamente, o trabalho caracteriza-se como uma necessidade natural do homem. É o trabalho que distingue os seres humanos dos animais, pois esses, mesmo produzindo, fazem-no apenas para sua sobrevivência, enquanto o homem tem o trabalho como algo incorporado às suas vivências e necessidades (MARX, 1989).

Assim, define-se trabalho como “toda atividade na qual o ser humano utiliza sua energia física e psíquica para satisfazer suas necessidades ou para atingir um determinado fim” (COTRIM, 2002, p. 23).

Para Marx (1818-1883), é justamente pelo trabalho que se insere a cultura nas atividades do homem, diferenciando-o dos demais seres (COTRIM, 2002). Como atividade própria do homem, o trabalho baseia-se em um projeto mental que determina as formas de conduta que o ser humano deverá desenvolver para alcançar os objetivos almejados.

Por meio do trabalho, o homem desenvolve ferramentas que o impulsionam a ser mais criativo e desenvolver suas potencialidades. Além disso, observa-se que, socialmente, o trabalho tem como objetivo a manutenção da vida e o desenvolvimento da sociedade.

O trabalho traz reconhecimento social, confere identidade e favorece a auto-estima (CODO e GAZZOTTI, 1999), dá a sensação de utilidade e confere sentido à própria existência.

Entretanto, o trabalho não apresenta apenas pontos positivos. Ao longo da história, ao invés de promover a realização dos indivíduos e a solidariedade entre os homens, passou a distingui-los conforme sua produtividade e bens. Assim, o trabalho passa de libertador para alienante (MARX, 1989). Além disso, ele também contribuiu para a divisão sexual das tarefas, à medida que mulheres e homens passaram a desempenhar atividades laborais diferentes, por muitos anos. Aos homens ficaram as atividades intelectuais valorizadas, enquanto as mulheres ficaram responsáveis pelo trabalho manual, menosprezado pela sociedade.

Para o cristianismo, o trabalho já era considerado uma forma de sofrimento necessário para o fortalecimento do espírito. Para os cristãos, o sofrimento colocava-se como um dever de pagamento pelos pecados do homem e do mundo, pois a justiça exigia reparação das ofensas feitas a Deus (MEYER, WALDOW e LOPES, 1998).

Com a ascensão social da burguesia, no século XVI, e com o protestantismo, o trabalho foi ganhando outro valor para a Igreja e para a sociedade, passando a ser valorizado pelo lucro e visto como um sinal de bênção divina. Logo, quanto mais trabalhava, mais lucrava e era abençoado.

Para Marx Weber (1864-1920), o protestantismo vem para valorizar o trabalho e o desenvolvimento do capitalismo. Para Friedrich Hegel (1770-1830) o trabalho serve para autoconstrução do homem, pois através dele forma-se e aperfeiçoa-se, além de exercer o domínio sobre a natureza. Para August Comte (1798-1857) o trabalho é ação real e útil do homem sobre o mundo exterior e constitui-se, necessariamente, na fonte inicial de toda riqueza material (JAPIASSÚ e MARCONDES, 1991).

O advento da industrialização agravou os aspectos negativos, pois transformou o homem em objeto do trabalho, e desenvolveram-se práticas mecanizantes, conseqüência da automatização e a subdivisão do trabalho em várias etapas. A fragmentação do trabalho conduziu para a fragmentação do saber, que é uma das atuais causas da relação fria, monótona e apática entre o trabalho e o trabalhador e motivo de sofrimento (COTRIM, 2002).

Com isso, o indivíduo passou a inserir-se no mundo do trabalho sem participar do resultado final, passando a trabalhar para o mercado e não para si, não sendo possível identificar-se com o que produz. E muitas vezes, o trabalho não

possibilita, ao menos, condições de possuir o que ajudou a produzir, levando ao desprazer, ao embrutecimento e ao sofrimento.

O trabalho alienado se apresenta como algo externo ao trabalhador, algo que não faz parte de sua personalidade. Assim, o trabalhador não se realiza em seu trabalho, mas nega-se a si mesmo. Permanece no local de trabalho com uma sensação de sofrimento em vez de bem-estar, com um sentimento de bloqueio de suas energias físicas e mentais que provocam cansaço físico e depressão. Nessa situação, o trabalhador só se sente feliz em seus dias de folga enquanto no trabalho permanece aborrecido. Seu trabalho não é voluntário, mas imposto e forçado (MARX, 1989, p. 35).

Nessa perspectiva, identifica-se a relação do trabalho com o prazer/sofrimento para o indivíduo. E, ao causar sofrimento, pode gerar o adoecimento do trabalhador.

Os aspectos históricos e filosóficos demonstram os movimentos que influenciaram a atual relação do homem com o trabalho. Portanto, tornou-se importante entender o trabalhador e suas relações no mundo laboral, bem como, a influência dessa interação em sua saúde e adoecimento, tendo em vista que é freqüente o sofrimento psíquico decorrente do universo de trabalho.

### 3.1.1 O trabalho na Equipe de Saúde da Família

A expressão “Saúde Pública” costuma fazer referência às formas de agenciamento político-governamental (programas, serviços e instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às chamadas necessidades sociais de saúde. Nesse contexto, surge em 1994, o PSF, como era chamado na época, em conformidade com os princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteiam o SUS.

O PSF, hoje nomeado ESF, é decorrente do movimento sanitário, que busca a mudança do modelo assistencial em saúde e a consolidação do SUS e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, o qual tinha como objetivo principal enfrentar os altos índices de morbi-mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Assim, já se

indicavam mudanças no modelo, potencializando o vínculo entre os indivíduos e suas famílias às unidades básicas de saúde (FIGUEIREDO, 2004).

O PACS, por sua vez, foi criado como estratégia de transição para outra proposta mais abrangente, a ESF. Em concordância, esses programas buscam contribuir para a redução dos problemas enfrentados pelos serviços públicos de saúde, dar ênfase a práticas de combate de doenças e aumentar o vínculo com a população assistida (BRASIL, 2004).

A partir de 2005, o PSF passou a ser entendido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial e não apenas um programa, isto se deve também à dinâmica e evolução da Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família foi criada para atender a crescente necessidade de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, ou seja, com a indispensável redistribuição das responsabilidades entre os diversos níveis de governo, baseado no princípio de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior será a chance de solucioná-lo.

Segundo as diretrizes do MS (BRASIL, 2001 e 2002), cabe à ESF potencializar os seguintes princípios: territorialização; vínculo com a população; integralidade na atenção; trabalho em equipe, com enfoque interdisciplinar; e, promoção da saúde, com fortalecimento das ações inter-setoriais e participação da comunidade.

A ESF surgiu com o objetivo de diminuir a distância entre as equipes de saúde e a população, resultante de problemas históricos do Brasil, originários de questões territoriais, econômicas, políticas e culturais do modelo de saúde vigente até então. Considerando esses aspectos, a ESF retoma a participação da comunidade na identificação dos problemas de saúde, no acompanhamento e na avaliação do trabalho e na definição das prioridades específicas de cada comunidade.

Autores lembram que, no momento, a sociedade está discutindo o modelo de atenção à saúde que mais alcance os princípios e diretrizes do SUS (SCHIMITH, 2002). Há necessidade de definir o modelo assistencial a fim de direcionar-se o perfil profissional e os objetivos das ações de saúde. O modelo assistencial se refere à organização dos serviços de saúde a partir dos arranjos de saberes, bem como dos projetos de ações (MERHY, CECILIO e NOGUEIRA FILHO, 1991).



Destaca-se que, como modelo de atenção entende-se o diálogo entre o técnico e o político, que tem diretrizes políticas e sanitárias, com princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais que refletem uma determinada conjuntura epidemiológica e certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável (CAMPOS, 1997). Nesse sentido, a ESF apresenta potencialidade e contradições, principalmente, porque representa um modelo assistencial em construção no Brasil.

A ESF representa uma proposta para mudar a antiga concepção de atuação dos trabalhadores de saúde, saindo da medicina curativista e, passando a atuar baseando-se na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito de sua comunidade socioeconômica e cultural (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996). Dessa forma, esse modelo de atenção tenta construir ações de saúde a partir da realidade da população, pois se acredita, que com isso, se tenha maiores chances de atender-lhe as necessidades.

É por meio do acompanhamento do cotidiano das pessoas da área de abrangência, em conformidade com princípios do SUS e do desenvolvimento das habilidades dos membros da equipe, que esse modelo busca concretizar o objetivo de garantir a saúde da população.

Para isso é necessário que o serviço se organize de maneira a centrar-se no usuário e sua família, a fim de garantir a acessibilidade, a escuta e a relação entre trabalhadores e o usuário de forma humanitária, solidária e cidadã (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Logo, os trabalhadores da ESF devem planejar as ações, ou seja, ter a capacidade de diagnosticar a realidade local, focalizando os pontos positivos da comunidade a serem utilizados na resolução dos problemas mapeados. É preciso compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a intersetorialidade e a participação social, para que as pessoas possam tomar iniciativas que visem melhoras individuais e coletivas.

Dessa forma, pretende-se romper o modelo assistencial tradicional à saúde, que age segundo o modelo flexneriano, ou seja, o atendimento é à “peça” doente, não ao indivíduo, sem levar em conta os aspectos sociais de sua vida (SCHIMITH, 2002). Entretanto, somente se ultrapassa a medicalização quando se dedica ao usuário real das ações e serviços de saúde, a forma de atenção que possibilita escutá-los e acolhê-los como indivíduos (CECCIM, 1999).

A ESF deve reorganizar a prática assistencial, com enfoque na assistência à família em seu ambiente social e físico e não no hospital. Esse modelo é definido como modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito do cidadão, que se expressa em melhores condições de vida; no que toca à área da saúde, essa melhoria deve ser traduzida como um direito de cidadania, serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996).

Assim, a ESF necessita basear-se, ainda, no trabalho interdisciplinar, em que a equipe formada por trabalhadores de diferentes áreas é capaz de desenvolver o trabalho em conjunto e harmonia, com base na troca de conhecimentos e, também deve ter como atribuição a abordagem integral do indivíduo, valorizando-o dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, com respeito, comprometimento e ética (BRASIL, 2001 e 2002).

Cada Unidade de Saúde da Família (USF) deve contar com no mínimo uma ESF, que necessita ser composta, obrigatoriamente, por um médico da família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs) que assistem um território, anteriormente delineado.

A territorialização favorece o conhecimento das características dos problemas da população, o impacto das ações de saúde desenvolvidas e, principalmente, a responsabilização do serviço de saúde com a população adscrita (UNGLERT, 1994).

Entretanto, pesquisadores acreditam que a territorialização na ESF não contempla o modo como as ações são produzidas, atendo-se somente ao mapeamento geográfico. Não há cuidado com as relações entre os trabalhadores, entre eles e os usuários, e, ainda, entre os trabalhadores e as tecnologias do agir em saúde (FRANCO e MERHY, 1999).

Recomenda-se que cada ESF acompanhe entre 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. Além disso, a jornada diária da ESF deve ser de oito horas, de segunda a sexta-feira. Estudos revelam que o número de ESF no Brasil, em 2000, alcançava 10.400 unidades e atingia mais de 300 milhões de brasileiros (SOUZA, 2000). Tendo em vista que novas equipes continuaram a ser implantadas, a ESF destaca-se como uma importante estratégia de ampliação do acesso à saúde.

Cada USF deve contar com uma estrutura física adequada para atender à população e possibilitar o trabalho das equipes. Além disso, os trabalhadores possuem determinadas responsabilidades, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, editada pelo MS (BRASIL, 2001), que envolvem as ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, do *Diabete Melittus* e da Tuberculose, bem como a eliminação da Hanseníase.

É importante salientar, também, que para desenvolver suas competências, após o treinamento introdutório, a equipe deve realizar a educação permanente, que inclui, entre os diversos conteúdos, a abordagem de aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, políticos e as fases do ciclo da vida dos indivíduos.

Esta estratégia reorganiza a atenção básica à saúde por meio da estruturação de equipes com multitrabalhadores, para que atendam às necessidades da população. Dessa forma, assumem múltiplas tarefas que têm alto grau de exigências e responsabilidades, uma vez que necessitam estar muito próximos da realidade dos indivíduos, o que expõem o trabalhador a riscos físicos e/ou psicossociais, tornando-os vulneráveis ao estresse e ao sofrimento psíquico (CAMELO e ANGERAMI, 2006).

Os membros da equipe da ESF atuam diretamente com pessoas que vivem em realidades que, em grande parte são permeadas pela miséria, violência, más condições de higiene e de moradia, inúmeras precariedades e impossibilidades. Esse cenário do trabalho influencia, de alguma forma, o profissional, ao mesmo tempo, que exige certa adaptação, além de conhecimento e competência, para implementar o cuidado nesse contexto.

### **3.2 Atenção à Saúde do Trabalhador**

Ao longo da história se passou a observar o ambiente e as condições do trabalho e suas influências na saúde dos trabalhadores. Ao menos, desde o Antigo Egito, já se reconhece a existência de doenças associadas ao trabalho. Sem que se possa apontar com precisão a data de sua origem, sabe-se da existência de textos judaicos que apresentavam normas, nas quais constavam preocupações com as relações potencialmente danosas do ambiente de trabalho.

Na modernidade, a preocupação com a relação entre as doenças e as atividades laborais ganhou muitos colaboradores. Cita-se, em destaque, Ramazzini (1633-1714), médico e professor italiano, que escreveu o primeiro tratado completo sobre as doenças do trabalho e um dos primeiros a estudar as relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições sociais; salientando -se, assim, sua visão sobre a determinação social da doença. Além disso, sistematizou e classificou as doenças segundo a natureza e o nexos com o trabalho e realizou perfis epidemiológicos por meio da análise da distribuição das doenças, conforme a ocupação/profissão (MENDES *et al*, 2003).

O interesse pela saúde dos trabalhadores intensificou-se ao longo dos anos. Hoje, sabe-se comprovadamente que as condições de trabalho, as longas, penosas e/ou perigosas jornadas de atividade e os ambientes impróprios, são capazes de produzir graves danos à saúde dos trabalhadores.

No Brasil, pela utilização da mão-de-obra escrava, até o final do século XIX, também existiram preocupações com os trabalhadores, mas no sentido de não se perder a principal força produtiva. Somente após a Proclamação da República (1889) é que alguns pensadores e políticos começaram a manifestar-se em favor desta categoria, até mesmo porque as finalidades mudaram. Os objetivos agora eram voltados para o desenvolvimento de famílias numerosas, potencialmente consumidoras, necessitando-se, desse modo, de indivíduos mais saudáveis, determinando assim, que “o trabalho não deveria mais fazer mal ao trabalhador” (MENDES *et al*, 2003, p. 21).

Nesse sentido, destaca-se a lógica do capitalismo, na qual a forma produtiva dos integrantes da sociedade é vista como norteadora do crescimento econômico e social, exigindo trabalhadores produtivos e capazes, o que pressupõe que estejam saudáveis.

Assim, começaram a surgir leis e decretos que beneficiavam os trabalhadores. Somente em 1990 é que surge a Lei nº 8.080, incorporada à nova Lei Orgânica de Saúde, que define a Saúde do Trabalhador, dentro das competências do SUS, como:

[...] um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos

aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Assim, a saúde do trabalhador aparece sob práticas diferenciadas em diferentes momentos e regiões, dentro de um mesmo país, contextualizada conforme as peculiaridades das atividades laborais. Entretanto, permanece o princípio básico de reconhecer os trabalhadores por seus saberes e singularidades, e também se faz necessário questionar as alterações dos processos de trabalho; a adoção de novas tecnologias e exercitar o direito deste sujeito a informações; e, a adoção de medidas de proteção, prevenção e recuperação de sua saúde, visando à humanização do trabalho (ODDONE, 1986).

### 3.2.1 Desgaste e adoecimento do trabalhador de saúde

O trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também o homem que o executa. Assim, “o homem se reconhece, se constrói e se transforma pelo trabalho (...). Além do valor econômico, o trabalho traz conhecimento, experiências e habilidades” (SOCRATTO e OLIVERHECKLER, 1999, p. 111).

No trabalho são depositadas alegrias, insatisfações, sonhos, desejos, raiva, enfim, a subjetividade de quem o executa. Quando não há espaços para a vazão da afetividade, quando não é possível o reconhecimento do próprio esforço no produto final, ocorre a ameaça à identidade e resulta no sofrimento do trabalhador.

Prazer e sofrimento são emoções que podem aparecer no trabalho, mesmo que não sejam oriundas dele (GONZALES, 2001) e, certamente, repercutem na vida profissional, pessoal e social do trabalhador.

As características intrínsecas das atividades desenvolvidas no cotidiano laboral, bem como suas condições de ambiente e o modo como o trabalhador se organiza são determinantes para o prazer e o sofrimento dele resultante (CODO e GAZZOTTI, 1999; CODO e VASQUES-MENEZES, 1999).

Na organização da estrutura do trabalho destacam-se as ações do trabalhador, bem como sua participação no controle do processo de realizá-lo, caso

essa estrutura seja muito inflexível, acarretará sofrimento. Entretanto, as ameaças a esse sujeito são regidas pelas características individuais que cada um utiliza, pelas formas particulares de perceber e enfrentá-las.

Torna-se oportuno destacar que, na atualidade, os trabalhadores estão imersos nos princípios do capitalismo, o qual valoriza a produtividade a qualquer custo, levando o ser humano, por vezes, a entrar em conflito com seus próprios limites (CODO e GAZZOTTI, 1999), tendendo, por vezes, a almejar uma produção que excede sua capacidade.

Sabe-se que o trabalhador com possibilidade de maior contato com o processo de trabalho no todo, tem melhor relação com o produto final de seu esforço. Porém, os trabalhadores de saúde tendem a idealizá-lo, acreditam e almejam que o único resultado seja a saúde do usuário, que nem sempre é possível de ser alcançada.

A saúde, por vezes, é idealizada para e pelos trabalhadores de saúde. Além disso, em grande parte de sua formação profissional, a morte é negada e reconhecida como incapacidade do trabalhador; e, ainda, a doença é tratada como um elemento acidental e necessita ser curada para restaurar a saúde. É importante lembrar que

(...) o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumentos de trabalho – os instrumentos de trabalho e as condutas que representam o nível técnico, conhecimento que é o saber de saúde e o produto final - é a própria prestação de assistência de saúde que é produzida no mesmo tempo em que é consumida (PIRES, 1996, p. 202).

É importante lembrar que, os trabalhadores de saúde têm contato direto e intenso com outros seres humanos, em sua maior parte acometida por doença, o que pode levá-los à tensão emocional (MASLACH e JACKSON, 1981). Além disso, “cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades” (CODO e GAZZOTTI, 1999, p. 238).

Assim, todo indivíduo que em seu trabalho necessita envolver-se com seus clientes corre o risco de se desgastar, e a tensão gerada em decorrência do

estabelecimento de vínculos afetivos e a impossibilidade de concretizá-los é uma característica estrutural dos profissionais que se envolvem no cuidado.

Maslach e Jackson (1981), Codo e Gazzotti (1999) descrevem que o trabalhador, primeiramente, envolve-se afetivamente com o trabalho. Ao não alcançar seu objetivo, estressa-se e caso isso não cesse, ele desgasta-se, não agüenta, desiste do trabalho ou passa a sofrer da Síndrome de *Burnout*.

Essa Síndrome caracteriza-se como resposta ao estresse laboral crônico, no qual os recursos pessoais são perdidos, esgotados ou inadequados às demandas, ou ainda, não proporcionam os retornos esperados. A Síndrome de *Burnout* ocorre quando o indivíduo não possui mais estratégias de enfrentamento, quando entra em exaustão, ingressa no colapso, deixando de lado até as próprias necessidades (LAUTERT, 1995; CODO e GAZZOTTI, 1999; NEVES, SELIGMAN-SILVA e ATHAYDE, 2004).

Os estudos sobre estresse ou acerca do mal-estar dos trabalhadores, principalmente os ligados aos serviços de prestação de cuidados, como os trabalhadores de saúde, assistência social e educação, deram origem aos conceitos da Síndrome de *Burnout* e de esgotamento profissional (CHANLAT, 1990; CODO e GAZZOTTI, 1999).

A Síndrome de *Burnout* é definida como “uma síndrome de esgotamento físico e emocional, compreendendo o desenvolvimento de imagens negativas sobre si mesmo, de atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho e uma perda de interesse em relação aos clientes” (CHANLAT, 1990, p. 120).

Herbert J. Freudenberger foi o primeiro a utilizar o termo em seu artigo *Staff Burn-out*, datado em 1974, para alertar os cientistas dos problemas a que os trabalhadores de saúde estão expostos em função do trabalho (FREUDENBERGER e RICHELSON, 1991).

Os resultados do sofrimento no trabalho vão manifestar-se de formas diversas, conforme as formas de enfrentamento (emocionais e/ou cognitivas) dos trabalhadores, podendo levar a uma série de sintomas físicos e/ou psíquicos e, na maioria das vezes, levam a um endurecimento emocional (CODO, HITOMI e SAMPAIO, 1994).

Na estrutura apresentada por Maslach e Jackson em 1981, quando o trabalhador desenvolve a Síndrome de *Burnout* apresenta três fatores independentes, mas que podem estar associados, quais sejam: a

despersonalização, a exaustão emocional e o baixo envolvimento pessoal no trabalho (CODD e GAZZOTTI, 1999).

Assim, quando o trabalhador entra em conflito e passa a avaliar negativamente o seu desempenho e a sua satisfação no trabalho, este perde o sentido, bem como leva o sujeito a ter um baixo envolvimento pessoal na profissão e, conseqüentemente, à despersonalização.

Quando o vínculo afetivo é substituído por um racional, quando se perdem sentimentos (PEREIRA *et al*, 2002), ocorre a despersonalização que é marcante nos trabalhadores que podem assumir comportamentos cínicos, dissimulam afetivamente ou que desenvolvem uma crítica exacerbada de tudo e dos demais no ambiente de trabalho.

Esta postura acima descrita levará a cortes e perdas nas relações interpessoais no trabalho, gerará conflitos e desconforto, resultando no sofrimento no trabalho. Provavelmente, os principais sentimentos para os trabalhadores serão de perda, ansiedade, melancolia, baixa auto-estima, enfim, o sofrimento físico e psíquico.

### 3.2.2 Outros estudos sobre o desgaste e adoecimento do trabalhador

Destacam-se, ainda, os estudos de psicopatologia do trabalho, dentre os quais sobressai-se o grupo de estudiosos franceses coordenado por Christophe Dejours, que se preocupam em analisar o sofrimento psíquico, as defesas contra ele, e a doença como resultante da confrontação dos homens com a organização do trabalho (NEVES, SELIGMANN-SILVA e ATHAYDE, 2004).

A organização do trabalho é entendida, por um lado, como a “divisão de tarefas entre os operadores (...); e, por outro lado, como a divisão de homens: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle” (DEJOURS e JAYET, 1994, p 125), entre outros. Caso a organização do trabalho tenha por alvo principal o corpo do trabalhador, ela atuará no nível da vida psíquica. Assim, o trabalho desperta sentimentos no trabalhador e as relações no trabalho mobilizam investimentos afetivos como o amor, ódio, amizade, solidariedade, confiança, entre outros.



Algumas vezes o trabalho, por determinados fatores, passa a mobilizar sentimentos negativos no trabalhador, esses podendo levá-lo ao sofrimento e a partir disso, desenvolver recursos para suportar e não adoecer devido às pressões psíquicas da atividade (DEJOURS, 2006). O sofrimento é entendido como “vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico” (DEJOURS e JAYET, 1994, p 127).

No momento em que ao trabalhador só resta adaptar-se, tem início o território do sofrimento e da luta contra o sofrimento. Este sofrimento diz respeito à vida contrariada, a não satisfação das necessidades relacionadas aos desejos (inconscientes) mais profundos dos sujeitos. Nessa situação, o trabalho só é vivenciado como fonte de sobrevivência e não como pólo identificatório e, conseqüentemente, liga de fonte sublimatória de prazer (NEVES, SELIGMANN-SILVA e ATHAYDE, 2004, p. 30).

Frente ao sofrimento, os homens desenvolvem estratégias individuais e coletivas, capazes de protegê-los e de elaborar defesas que o escondam ou evitem, não estando completamente sujeitos à organização do trabalho. Apesar de cada sujeito identificar o prazer e o sofrimento no trabalho de forma singular, uma vez que são experiências subjetivas, é possível que os trabalhadores unidos possam mobilizar esforços coletivamente e construir uma estratégia defensiva comum (DEJOURS e JAYET, 1994; DEJOURS, 2006).

Assim, os estudos sobre a sua psicodinâmica colocam a vida no trabalho como uma luta para lidar com o sofrimento que este provoca na busca de um equilíbrio mínimo psicossomático, o qual é sempre instável (NEVES, SELIGMANN-SILVA e ATHAYDE, 2004).

Desse modo, o risco de sofrimento pode funcionar como elemento popular e criativo, contribuindo para beneficiar a identidade do trabalhador. Pode ser canalizado a fim de aumentar a resistência do trabalhador à desestabilização psíquica e social, fazendo o trabalho funcionar como mediador para a saúde (DEJOURS e JAYET, 1994).

Existem, ainda, outros estudos (ODDONE, 1986; LAURELL e NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993) no campo de saúde do trabalhador, que estão mais voltados para o ambiente de trabalho, o qual é identificado como possuidor de características determinantes no desencadeamento do sofrimento para o trabalhador.

Nesses, destacam-se as cargas de trabalho, as quais podem ser conceituadas como “o conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências das tarefas (...) abrangendo os esforços físicos, cognitivos e psicoafetivos (emocionais)” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 58).

A carga de trabalho é resultado de um conjunto de elementos do processo da atividade que interatuam, dinamicamente, bem como com o corpo do trabalhador, e levam a processos de adaptação (LAURELL, 1982). Quando o processo de adaptação se esgota, se traduz em desgaste, passa a ser entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva do corpo e da mente do indivíduo. As principais fontes geradoras de cargas de trabalho, na atualidade, são decorrentes, principalmente, das alterações tecnológicas em curso no mundo laboral, as quais se constituem em grandes fontes de tensão e fadiga para a coletividade.

Além disso, as cargas interagem dinâmica e potencialmente, podendo ou não gerar alterações biopsicossociais nos trabalhadores, expressas em patologias (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Nessa perspectiva, estuda-se o trabalho como gerador de desgaste, que atinge, principalmente, a saúde mental do trabalhador. Na perspectiva do desgaste, retoma-se a relação complexa entre os processos coletivos (intersubjetivos) e os processos psicossomáticos individuais (SELIGMANN-SILVA, 1994), colocando-se o indivíduo como mediador que possui autonomia para canalizar os elementos desgastantes como algo criativo, podendo proporcionar o desenvolvimento das potencialidades do trabalhador. No entanto quando esta dinâmica não ocorre, o trabalhador fica exposto ao estresse.

### **3.3 Estresse**

Não se têm dados exatos que indiquem uma data de surgimento do estresse entre os humanos, mas suspeita-se que deve ter surgido juntamente com a humanidade.

Na atualidade, o termo estresse é largamente utilizado nas mais diversas áreas, apresenta conotação, na maioria das abordagens, negativa no contexto da sociedade. E os indivíduos o relacionam, principalmente, a fatores externos e

esquecem que são os responsáveis pela construção das formas de enfrentamento, frente às situações estressantes.

Sabe-se que todo indivíduo está exposto a situações que desencadeiam o estresse, ao longo das diversas etapas da vida. Na Era Moderna, o modo de vida da população, o aumento das tecnologias, o crescente individualismo, entre outros aspectos, têm produzido efeitos negativos sobre a vida das pessoas e gerado estresse.

O aparecimento do estresse requer manejo dos indivíduos nas situações que causam desconforto. Entretanto, ele também desencadeia aspectos positivos, que podem levar o indivíduo a se desacomodar, a buscar o melhor de si (LAUTERT, 1995). O estresse também é utilizado pelos indivíduos como recurso frente às diferentes situações da vida no cotidiano, sem ele a vida humana não teria a dinâmica produtiva que possui.

A partir dessas considerações, selecionaram-se algumas obras das quais teceram-se reflexões a fim de que se possa visualizar melhor o tema e nortear a pesquisa.

### 3.3.1 O estresse e suas conceituações

A palavra estresse tem sua origem do latim e no dicionário de Língua Portuguesa significa “agressão ao organismo em sua totalidade por agentes de qualquer natureza (emoção, frio, doenças, etc.); conjunto de respostas fisiológicas, metabólicas e comportamentais a essa agressão” (LAROUSSE, 1992, p. 472). Na área da saúde destaca-se o conceito de estresse como “*una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*” (LAZARUS e FOLKMAN, 1986, p. 43).

Para Hans Selye (1965) a palavra estresse, na biologia, indica o estado que se produz no ser humano, como resultado da interação do organismo com os estímulos ou circunstâncias nocivas ao estado dinâmico do mesmo. Os estudos de Selye consideraram o modelo de resposta fisiológica.

O processo de desenvolvimento do estresse possui dois aspectos essenciais: as situações que podem desencadeá-lo, ou seja, um estímulo potencialmente estressor, e a resposta do indivíduo a esse estímulo. Quando a resposta do indivíduo é negativa ao estímulo estressor, desencadeia-se um processo adaptativo inadequado, o chamado *distress* e que freqüentemente leva ao adoecimento. Caso o indivíduo tenha uma resposta positiva frente à mesma situação, ocorre *eustress*, que pode ser positivo para o indivíduo, gerando a sensação de bem estar e satisfação mediante o enfrentamento da demanda (GRANDJEAN, 1998).

O estímulo estressor pode originar-se do meio externo (calor, frio, trabalho, família, cultura, outros) e do meio interno (pensamentos e emoções). O estresse ocorre quando há o desequilíbrio dos recursos físicos, sociais, biológicos ou psicológicos dos indivíduos frente às demandas externas ou internas, e ocorre em níveis diferentes para cada indivíduo.

O estresse inclui dois elementos associados que são os componentes psicológicos, como condutas, pensamentos, emoções e padrões de comportamento; e os componentes fisiológicos, entre esses, o aumento das atividades do Sistema Nervoso Simpático (SNS) (LAUTERT, 1995).

Assim, observa-se que a percepção e avaliação têm influência nos eventos estressantes, uma vez que é o próprio indivíduo que define o valor atribuído ao evento (LAUTERT, 1995). Sendo assim, as características individuais dos seres humanos são importantes aspectos a serem observados nas situações de estresse.

Nesse sentido, destacam-se vários elementos que influenciam a valorização que o indivíduo faz dos estímulos – internos e/ou externos – os quais incluem desde formas aprendidas de enfrentamento em situações com potencial estressor, até a características pessoais como o tipo de personalidade. Por exemplo, pessoas mais competitivas, hostis e ansiosas, têm maiores predisposições ao adoecimento, pois são acometidas com maior freqüência pelo estresse (BERMUDÉZ, 1994).

### 3.2.2 O enfrentamento

Decorrente ao que foi exposto anteriormente, torna-se importante entender o enfrentamento. O mesmo é tido como um conjunto de esforços cognitivos e de

conduta em permanente mudança, desenvolvidos pelo indivíduo para suprir as demandas externas e/ou internas avaliadas como dependentes dos próprios recursos. É utilizado a fim de amenizar e/ou eliminar e/ou alterar a situação/evento (dirigido ao problema) causador de perturbação e para regular a resposta emocional conseqüente (dirigido à emoção).

Ressalta-se que o conjunto de crenças sobre o mundo, os valores, a motivação e o compromisso (como o trabalho, por exemplo), bem como o estilo da conduta de vida adotado pelos trabalhadores (impaciente, competitivo,...) são importantes aspectos psicológicos interdependentes do fenômeno externo com potencial estressor (LAZARUS e FOLKMAN, 1986).

Nesse sentido, observa-se que os indivíduos desenvolvem formas de enfrentamento variadas, mesmo frente a uma mesma situação conflitante, o que se deve a diversos fatores. Por isso, diferentes estudos sobre o estresse laboral buscam entender as formas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais frente aos fatores conflitantes do universo laboral, a fim de que se possa entender a dinâmica laboral e relacional bem como as formas de expressão/posicionamento desses indivíduos.

O enfrentamento é decorrente da necessidade de adaptação ao contexto social e histórico em que se vive. Entretanto, alguns grupos de trabalhadores tendem a deparar-se com situações que exigem maiores recursos para enfrentamento como, por exemplo, os trabalhadores de saúde, uma vez que seu trabalho exige o contato intenso com pessoas, na sua maioria, em sofrimento, estão na proximidade com a dor, o adoecimento, a finitude, e por vezes, de diferentes carências (econômicas, psíquicas, sociais,...) (LAUTERT, 2001).

Nesse contexto, os trabalhadores de saúde mediam o estresse originado no ambiente e situações do trabalho por meio dos recursos pessoais ou grupais. No entanto, nem sempre o indivíduo possui recursos suficientes e capazes de amenizar e/ou eliminar as demandas do estresse.

Conforme a frequência e a duração das situações/eventos estressantes, os recursos tendem ao esgotamento. Além disso, o valor (cognitivo) atribuído pelo indivíduo a essas situações são determinantes. A avaliação cognitiva determina a forma de enfrentamento, e, em conseqüência, as reações emocionais e as alterações somáticas decorrentes das situações estressantes (LAUTERT, 2001).

Logo, no ambiente de trabalho, as situações/conflitos gerados são mediados por mecanismos individuais, e/ou coletivos, dos trabalhadores. O valor atribuído ao trabalho, o comprometimento e as expectativas, associados ao contexto organizacional e às relações interpessoais do trabalho, são determinantes para o desfecho do estresse laboral.

Por meio da revisão da literatura percebeu-se que o estresse laboral ou Síndrome de *Burnout* ainda é desconhecido para muitos trabalhadores não sendo comum associar o estresse decorrente ou associado ao trabalho a problemas de saúde ou à doença ocupacional. Entretanto, é considerado uma alteração de saúde grave, que vem acometendo um contingente crescente de trabalhadores mundialmente, exigindo reflexões e mudanças nas relações sociais e laborais, uma vez que afeta o bem-estar físico e psíquico dos trabalhadores e dos grupos em que estão inseridos.

Isto posto, optou-se por investigar a Síndrome de *Burnout* entre trabalhadores da ESF, principalmente, porque atuam em uma área que mobiliza o sujeito devido à convivência cotidiana com situações conflituosas e dilemas. Além disso, buscou-se identificar as fontes de motivação e/ou satisfação no trabalho, os problemas no trabalho, as formas de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores, as alterações em sua saúde, bem como a relações desses indivíduos com o trabalho.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

O caminho metodológico foi determinado em conformidade com o objeto de estudo, para se construir os materiais e métodos da investigação, definir e delimitar o grupo a ser investigado, prever os recursos financeiros e humanos necessários e, ainda, atender as questões éticas da pesquisa.

### 4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa caracteriza-se como um estudo do tipo híbrido e descritivo, com o objetivo primordial de descrever as características de determinada realidade (GIL, 2002).

Optou-se pela integração das técnicas e métodos quantitativos e qualitativos, pois se acredita que esta associação facilita a compreensão da realidade e o aprofundamento do tema em pauta (BRICEÑO-LEÓN, 2003).

Logo, preferiu-se integrar as abordagens qualitativas e quantitativas, para usufruir ao máximo de suas potencialidades. Sobre isso, aponta-se a tendência emergente da integração destas abordagens, destacando o enriquecimento que trazem às investigações.

Desse modo, por meio da abordagem quantitativa, identificaram-se os trabalhadores com a Síndrome de *Burnout* e sua relação com as variáveis demográficas dos sujeitos em estudo (JEKEL, ELMORE, KATZ, 2005). E, por meio da abordagem qualitativa aprofundou-se o tema, visando identificar as causas da Síndrome de *Burnout* e formas de enfrentamento do estresse utilizadas pelos trabalhadores.

## **4.2 Local e participantes do estudo**

O estudo foi realizado com trabalhadores que atuam em unidades da ESF, em Santa Maria/RS. No Município existem 16 ESFs, com equipes de trabalho que variam de tamanho, tendo no mínimo oito e no máximo doze trabalhadores. As equipes totalizam 66 profissionais e cerca de 96 ACSs, totalizando 162 trabalhadores. Para participar do estudo foram convidados os 66 profissionais e 32 ACS (dois ACSs de cada equipe).

Aceitaram participar do estudo 57 profissionais e 29 ACSs, totalizando 86 (53,08% do total de trabalhadores das ESF e 87,75% dos convidados para participar da pesquisa) trabalhadores, sendo 12 médicos, 13 enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem, 5 odontólogos, 8 auxiliares de consultório dentário e 29 agentes comunitários de saúde, os quais aceitaram fazer parte do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

Devido ao número elevado de agentes comunitários de saúde de cada equipe (de 6 a 8) e o tempo disponível para a pesquisa, optou-se por incluir na amostra do estudo 2 agentes comunitários de cada ESF. A seleção dos mesmos foi intencional, optando-se por aqueles que se interessaram em participar da pesquisa e que estavam na unidade, no momento da coleta dos dados.

## **4.3 Coleta de dados e instrumentos**

A coleta foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2007, sendo pré-agendada com o coordenador de cada equipe. Na maioria das ocasiões, os encontros foram realizados durante as reuniões de equipe, as quais geralmente ocorriam nas quartas-feiras. Para coleta dos dados junto aos sujeitos, que por diferentes motivos (férias, folga, outros) não estavam na ESF no momento da ida ao campo, reagendava-se a data e retornava-se à unidade.



A pesquisa dividiu-se em duas etapas; na primeira foram coletados os dados quantitativos, através do Inventário de *Burnout*<sup>1</sup> (anexo A). Nessa etapa todos os 66 profissionais e 32 agentes comunitários de saúde (dois de cada equipe) foram convidados a participar do estudo, desses aceitaram participar 57 profissionais e 29 ACSs, totalizando 86 trabalhadores.

Para aprofundar a interpretação dos achados quantitativos é possível utilizar diferentes procedimentos, um deles é após a coleta e análise dos mesmos realizar uma entrevista para complementar os dados encontrados na primeira etapa e/ou buscar os não encontrados, ambos dão suporte para a discussão dos resultados (BRICEÑO-LEÓN, 2003).

Assim, na segunda etapa foram entrevistados os trabalhadores que apresentaram os maiores e os menores escores no Inventário de *Burnout*, ou seja, aqueles que se enquadraram no percentil superior/igual a 75, nas subescalas de despersonalização e desgaste emocional, bem como os que se enquadraram até o percentil 25 na subescala de realização profissional (Escala de Conversão disponível no anexo B), que formaram o grupo com a Síndrome de *Burnout* ou esgotados. Os trabalhadores que apresentaram os menores escores nas escalas de desgaste emocional e despersonalização e os maiores em realização profissional compuseram o grupo de trabalhadores sem a Síndrome de *Burnout* ou não-esgotados.

Deste modo, o número de participantes da entrevista (apêndice B) foi de 12, sendo 6 sujeitos com a Síndrome de *Burnout* e 6 sem *Burnout*.

Utilizou-se na primeira etapa do estudo o Inventário de *Burnout* de Maslach validado por Lautert (1995), o qual foi respondido pelos profissionais das 16 ESF. Esse instrumento é um questionário de auto-informe para ser respondido por meio de uma escala do tipo *Likert* 7 pontos, indo de zero a seis pontos. Entre seus 22 itens, 9 são relativos à dimensão desgaste emocional, 5 à despersonalização e 8 à realização profissional, tendo esta última subescala, escore inverso.

O Inventário de *Burnout* é um dos instrumentos mais conhecidos para pesquisas com diferentes profissionais (BELTRÁN *et al*, 2005). Esse instrumento foi validado e traduzido para o português por Lautert em 1995, obtendo um  $\alpha$  de

---

<sup>1</sup> Autoria de Maslach e Jackson (1981), traduzido para Língua Portuguesa e validado por Lautert (1995).

*Cromback* de 0,86 na subescala de desgaste emocional, 0,69 em despersonalização e 0,76 em realização profissional.

Na segunda etapa da pesquisa, a qualitativa, foi realizada uma entrevista semi-estruturada (apêndice B), que foi respondida pela amostra discriminada anteriormente, e coletada pela pesquisadora. As falas foram gravadas para qualificar o registro dos dados.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, para que se pudesse explorar amplamente as questões e ser útil para ajudar no diagnóstico de um problema complexo (GIL, 2002; HUNGLER, BECK e POLIT, 2004). Além disso, é uma técnica eficiente para obtenção de dados, em profundidade, acerca do comportamento humano, o qual é de interesse desta pesquisa.

Os métodos e técnicas empregadas no estudo foram selecionados e associados segundo a proposição do problema e os objetivos da pesquisa (GIL, 2002; HUNGLER, BECK e POLIT, 2004). Nesse sentido, a integração de instrumentos quantitativos e qualitativos favoreceu a coleta de dados e permitiu aprofundar aspectos sobre o tema em estudo.

Destaca-se que, para a coleta dos dados, nas duas etapas que compuseram a pesquisa, a pesquisadora foi até as ESFs e, respeitando as dinâmicas das equipes, agendou os encontros, previamente, com os participantes do estudo, para que os mesmos não fossem prejudicados em suas atividades.

#### **4.4 Teste piloto**

O Inventário de *Burnout* e o roteiro da entrevista foram submetidos a estudo piloto, a fim de capacitar a pesquisadora para a coleta de dados e para avaliar a pertinência e adequação das perguntas das entrevistas. O teste foi feito na USF São José, a qual possui, no mínimo, um profissional de cada categoria. Como foram desnecessárias mudanças nos instrumentos de coleta de dados, os dados destes trabalhadores foram incluídos na amostra do estudo.

#### **4.5 Aspectos éticos da pesquisa**

Foram observados os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme o que preconizam as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997).

Assim, primeiramente, o projeto foi encaminhado para avaliação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob o número 2006643. Após aprovação (anexo C) foi realizado contato com a Secretaria de Saúde de Santa Maria e exposto o projeto de pesquisa, bem como solicitou-se autorização para apresentação do mesmo às ESFs.

O projeto foi apresentado aos trabalhadores da ESF e realizados os esclarecimentos necessários. Somente após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), disponibilizado em duas vias, uma para o sujeito da pesquisa e outra para a pesquisadora, agendaram-se os encontros e deu-se início à pesquisa.

#### **4.6 Análise e apresentação dos dados**

Para análise dos dados quantitativos foi usada a estatística descritiva (frequência, percentual, média e desvio padrão). O Inventário de *Burnout* é composto por três subescalas, a de desgaste emocional, de realização no trabalho e a de despersonalização, as quais foram analisadas separadamente.

Com a análise estatística testou-se a associação das características demográficas, sexo, idade e tempo de serviço e com a Síndrome de *Burnout*, mediante o uso do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para as variáveis qualitativas e o Teste *t* de *Student* para análise das variáveis quantitativas contínuas. Para a realização da análise estatística utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (Programa SPSS), versão 10.01 *for Windows*, o qual possibilitou criar o banco de dados, analisá-los, bem como realizar todos os procedimentos necessários.

Como o Inventário de *Burnout* de Maslach foi validado especificamente com enfermeiras que trabalham em hospital (LAUTERT, 1995), calculou-se o *Alpha de Cronbach* para conhecer a consistência interna do instrumento para esta amostra.

Para a análise, primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra; e, posteriormente, submetidas à Análise de Conteúdo, que é uma técnica de tratamento de dados que busca a lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Trata-se de um esforço teórico, que visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação de dados coletados em entrevista (MINAYO, 1996).

Assim, os dados transcritos foram lidos, aprofundadamente, buscando-se os significados e estruturas dos conteúdos das falas dos participantes. Para alcançar os significados, utilizou-se a técnica de Análise Temática, a qual “comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de palavras, frases, ou resumos” (MINAYO, 1996, p. 201). Operacionalmente, a Análise Temática dividiu-se em três etapas: a) a pré-análise, na qual foram lidas as repostas das entrevistas, retomados os objetivos da pesquisa e formulados indicadores para interpretação dos dados; b) a exploração do material, na qual foram codificados os dados brutos por meio do recorte do texto em unidades de registro, classificação e agregação; e, por fim, c) o tratamento dos dados e interpretação.

Para preservar a identidade dos sujeitos adotou-se a sigla E para falas de trabalhadores esgotados e NE para profissionais não-esgotados, e o número da seqüência da entrevista, para diferenciá-los entre si (exemplo: E1; E2; NE1; NE2...).

As categorias criadas a partir das falas das entrevistas foram construídas a partir das semelhanças e diferenças entre as respostas dos esgotados e não-esgotados separadamente.

Entre os profissionais esgotados, na questão referente à satisfação e motivação no trabalho, foram encontradas as categorias: efetividade da assistência prestada, salário, flexibilidade do horário de trabalho, reconhecimento profissional e o dia a dia com o paciente. Entre os não-esgotados surgiram as categorias: trabalho em equipe, identificação com a área de atuação, reconhecimento profissional, tempo na profissão e vínculo com o paciente e /ou com a família e efetividade da assistência prestada.

Na questão referente aos problemas ou desgastes oriundos do trabalho, tanto para esgotados como para os não-esgotados, as categorias foram agrupadas em cargas de trabalho (psíquicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e biológicas).

Quanto às formas de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores, as categorias centrais encontradas para os não-esgotados e esgotados foram mecanismos coletivos e mecanismos individuais de enfrentamento, respectivamente.

No que tange aos problemas de saúde identificados pelos trabalhadores, os não-esgotados relataram apenas uma categoria: sintomas físicos, enquanto para os esgotados surgiram as categorias sintomas físicos, psíquicos e comportamentais.

Na questão referente à relação dos trabalhadores com o trabalho, entre as respostas dos não-esgotados surgiram as categorias boa relação com o trabalho, satisfação com a área de atuação, satisfação e motivação no trabalho. Já as respostas dos esgotados deram origem às categorias boa relação com o trabalho, insatisfação e desmotivação no trabalho.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e discussão dos dados deste estudo foi disposta em duas seções; na primeira foram apresentados os dados quantitativos coletados por meio do Inventário de *Burnout*, e, na segunda os dados qualitativos referentes à entrevista.

Na primeira seção, encontram-se as variáveis demográficas dos sujeitos da amostra; as atividades extralaborais que realizam; os resultados do Inventário de *Burnout*, com respectiva análise estatística descritiva dos dados.

Na segunda seção estão descritos os achados da entrevista, a qual teve como objetivo conhecer as questões subjetivas dos trabalhadores que apresentaram os menores e os maiores índices no Inventário de *Burnout*, no que se refere à satisfação com o trabalho, situações que geram problemas e/ou desgastes no ambiente laboral, problemas de saúde identificados pelos trabalhadores, mecanismos de enfrentamentos utilizados pelos mesmos e como caracterizam sua relação com o trabalho.

### 5.1 Os dados quantitativos

A etapa quantitativa do estudo foi desenvolvida para identificar e avaliar a Síndrome de *Burnout* dos profissionais que trabalham nas ESFs do Município de Santa Maria/RS, descrever as características sociodemográficas dos participantes do estudo, assim como investigar as variáveis associadas a esse distúrbio.

#### 5.1.1 Variáveis demográficas e laborais dos participantes

Participaram deste estudo trabalhadores das dezesseis ESFs do Município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul; destes, 86 aceitaram colaborar com a pesquisa. Na Tabela 1, são apresentadas as equipes de ESF com o respectivo número de trabalhadores e o número de participantes do estudo.

**Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família segundo a equipe e participantes do estudo, Santa Maria, 2007.**

Nome da Equipe	Trabalhadores da UBS (n)	Participantes do estudo	
		(n)	(%)
ESF Urlândia B	8	04	4,7
ESF Santos	8	04	4,7
ESF Santo Antônio	8	04	4,7
ESF Maringá	8	04	4,7
ESF São João	8	04	4,7
ESF Vila Lídia	10	05	5,8
ESF Bela União	10	05	5,8
ESF Alberto Binato B	10	05	5,8
ESF Alto da Boa Vista	10	05	5,8
ESF Parque Pinheiro Machado	10	05	5,8
ESF Urlândia A	12	06	7,0
ESF São José B	12	06	7,0
ESF Alberto Binato A	12	07	8,1
ESF São José A	12	07	8,1
ESF Vitor Hoffmann	12	07	8,1
ESF Arroio do Só	12	08	9,3
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Fonte: TRINDADE, LL. Coleta direta de dados. Santa Maria/RS, 2007.

As equipes têm um número variável de trabalhadores, de modo compatível com a quantidade de famílias que utilizam os serviços em cada uma das unidades e de acordo com a delimitação territorial (área de abrangência de cada ESF). Assim cada equipe tem de oito a doze trabalhadores, sendo que as maiores possuem médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde, enquanto as menores não contam com o odontólogo e o auxiliar de consultório dentário.

**Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família segundo a profissão, Santa Maria, 2007.**

Profissão	Trabalhadores da equipe/convidados	Participantes do estudo	
	n	n	%
Odontólogo	05	05	05,8
Médico	16	12	14,0
Enfermeiro	16	13	15,1
Técnico de Enfermagem	24	19	22,1
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	08	05	09,3
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	96/32	29	33,7
<b>TOTAL</b>	<b>162/98</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

Fonte: TRINDADE, LL. Coleta direta de dados. Santa Maria/RS, 2007.

Observa-se por meio da Tabela 2 que 100% dos odontólogos; 75% dos médicos; 81,25% dos enfermeiros; 79,2% dos técnicos de enfermagem; 62,5% dos ACDs e 90,62% dos ACSs convidados aceitaram participar do estudo. Dessa forma, acredita-se que houve uma boa aceitação e interesse dos trabalhadores em participar da pesquisa.

Dos 86 participantes do estudo, 34,9% (30) eram trabalhadores com formação superior; 31,4% (27) com nível técnico; e 33,7% (29) com formação a nível médio (agentes comunitários); sendo 73 (84,9%) do sexo feminino; 58 (68,2%) têm companheiro; e 59 (69,4%) têm filhos.

Após análise estatística dos dados, tanto o sexo como o tempo de serviço na profissão, a categoria profissional, o estado civil, ter filhos, os anos de estudo, a equipe em que trabalha e o tempo de serviço no ESF, não revelaram associação estatística com os escores das três subescalas do Inventário de *Burnout*.

A idade foi a única variável significativa estatisticamente ( $p= 0,034$ ), no *Teste t de Student*. A média de idade do grupo foi de  $36,94 \pm 9,3$  anos, sendo a idade mínima de 20 anos e a máxima de 68 anos. Os mais jovens obtiveram escores superiores nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização do Inventário.

Estudos apontam maior incidência da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores mais jovens, sendo mais comum a ocorrência do distúrbio entre os que ainda não



alcançaram 30 anos (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002); e atribuem-na à pouca experiência, acarretando insegurança, ou ao choque da realidade, quando percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos. A Síndrome de *Burnout* pode se apresentar desde o início da atividade profissional, podendo, entretanto, vir a exteriorizar-se mais adiante, ante as mudanças laborais.

Além disso, a idealização, comum entre jovens trabalhadores, associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são realizadas e que levam com maior frequência à Síndrome de *Burnout*. A motivação também, paradoxalmente, torna os indivíduos mais vulneráveis a esse distúrbio (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARLOTTO, 2001).

Em relação ao sexo, prevaleceu o feminino, com 73 participantes (84,9%). Não se encontrou unanimidade entre os estudos sobre a relação entre sexo e a Síndrome de *Burnout*. Entretanto, muitos estudos referem pontuações mais elevadas em exaustão emocional entre as mulheres e despersonalização entre os homens, o que parece ser influência dos papéis sociais (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002). No caso das mulheres, a exaustão emocional pode ser decorrente da dupla jornada de trabalho (cuidados do lar e profissão), comumente adotada por elas. Já a despersonalização pode estar mais associada aos homens em decorrência da pressão e exigência social em relação ao cumprimento de determinados papéis masculinos.

Com relação ao estado civil, houve o predomínio dos indivíduos com companheiros (58 trabalhadores - 68,2%); e, ainda, a maioria possui filhos (59 trabalhadores - 69,4%). Ter ou não filhos é uma variável que apresenta controvérsias, quando associada à Síndrome de *Burnout* (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002); encontram-se dados de que a paternidade equilibra o indivíduo, possibilitando melhores estratégias de enfrentamento de situações problemáticas. Isso pode ser justificado pela maior cobrança do indivíduo que se torna, com o nascimento dos filhos, responsável por outro e, dessa forma, necessita tomar condutas seguras e evitar comportamentos de risco.

Os anos de escolaridade entre os trabalhadores obtiveram a média de 14,4±4,9, a mínima e a máxima foram de 11 a 35 anos, respectivamente e não houve associação entre esta variável e a Síndrome de *Burnout*. No entanto, verifica-

se que alguns pesquisadores descrevem que os indivíduos com maior nível educacional tendem a desenvolver maiores escores de Desgaste Emocional e Despersonalização e falta de realização pessoal no trabalho, o que pode estar relacionado ao reconhecimento e *status* que algumas profissões conferem (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O tempo de trabalho na ESF foi de  $3,38 \pm 1,9$  anos, o mínimo foi de 1 mês e o máximo de 108 meses (9 anos); 25% dos sujeitos estava há 28 meses (2,3 anos) na ESF; 50%, 34,5 meses (2,8 anos); e 75%, 52,5 meses (4,3 anos). Estes escores coincidiram com o tempo na profissão que obteve a média de  $3,69 \pm 2,29$  anos, o mínimo foi de 10 meses e o máximo de 41 anos. Entre os trabalhadores, 25% tinham até dois anos na profissão, 50% até 3 anos e 75% até 6 anos.

Freudenberger (1974) descreve que a Síndrome de *Burnout* pode ter início no primeiro ano em que se ingressa na instituição de trabalho, possivelmente devido às dificuldades de inserção no grupo, organização para execução das tarefas, a instabilidade do emprego associada à necessidade de aceitação e reconhecimento, entre outros aspectos, fato que não foi observado entre estes trabalhadores. Cabe lembrar que os estudos divergem, ora apontam que a Síndrome de *Burnout* aumenta sua incidência com o tempo de trabalho, ora acomete os ingressantes no mercado de trabalho, devido a pouca experiência na profissão e/ou na instituição (CODO e MENEZES, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Acredita-se que um fator que pode ter influenciado estes resultados tenha sido o fato de que maioria (83 trabalhadores - 96,5%) escolheu atuar na área e recebeu treinamento para trabalhar nessa modalidade de atenção (78 trabalhadores - 92,9%).

Ao iniciar na ESF é recomendado que os trabalhadores recebam treinamento para atuar em consonância com esta modalidade de atenção, sendo, portanto, necessário investir na adesão às propostas do SUS, da qual depende o reconhecimento do valor das ações produzidas. O perfil inadequado dos trabalhadores, o exacerbo de cooperativismos, a falta de capacitação, a remuneração insuficiente e a ausência de uma política nacional de recursos humanos voltados para a realidade do SUS, impedem a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime (BORGES, TAMAYO e ALVES FILHO, 2005).

A remuneração insuficiente evidencia-se neste grupo à medida que a maioria dos trabalhadores (58 trabalhadores - 67,4%) trabalha somente na ESF; entretanto, um número representativo (28 trabalhadores- 32,6%), trabalha em outro local. Isso se torna relevante, uma vez que esta Estratégia requer dedicação exclusiva dos trabalhadores. A seleção dos trabalhadores exige disponibilidade de 40 horas semanais, ou seja, 8 horas diárias; e a ESF como único vínculo empregatício dos membros da equipe; dessa forma alguns estão burlando o sistema.

Considerando que o desgaste emocional está associado à sobrecarga de trabalho, em pesquisas sobre estresse e a Síndrome de *Burnout*, optou-se por identificar as atividades extralaborais realizadas pelos trabalhadores fora do horário de trabalho.

**Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família por atividades extralaborais, Santa Maria, 2007.**

<b>Atividade</b>	<b>Trabalhadores da UBS (n)</b>	<b>Validade Percentual (%)</b>
Realiza afazeres domésticos	68	79,1
Assiste televisão	58	67,4
Realiza leitura de jornais, livros, revistas	52	60,5
Estuda	46	53,5
Trabalha em outro local	28	32,6
Realiza alguma atividade física	32	62,8

Fonte: TRINDADE, LL. Coleta direta de dados. Santa Maria/RS, 2007.

Os trabalhadores revelaram que a atividade mais praticada fora do trabalho são os afazeres domésticos, exercido por 68 trabalhadores (79,1%), dado explicado pela amostra predominantemente feminina (84,9%).

Apesar do trabalho no ESF exigir dedicação exclusiva dos trabalhadores, um grande número respondeu que trabalha em outro local além do ESF (28 - 32,6%). Pode-se pensar que isso se deve à necessidade de aumentar a renda familiar; sendo comum entre os trabalhadores de saúde tentar conciliar dois empregos; na maioria das vezes nos turnos da noite e do dia. Entre os médicos, muitos optam por não se dedicarem somente ao atendimento em unidade básica e hospitalar, mas também ao consultório particular, que possibilita flexibilidade de horários. O que

confirma a idéia de que dentre os fatores que afetam o comprometimento, encontra-se o fato de os trabalhadores de saúde, em geral, terem mais de um vínculo empregatício, decorrente da necessidade de complementação da renda familiar (BORGES; TAMAYO e ALVEZ FILHO, 2005).

Ainda quanto às atividades extralaborais, a menos praticada é a realização de exercícios físicos, referenciados por somente 32 (37,2%) trabalhadores. Contraditoriamente, os trabalhadores de saúde, que conhecem os inúmeros benefícios da atividade física regular, não a desenvolvem. Cabe destacar que é importante que os trabalhadores possam se dedicar a tarefas que trazem momentos de descontração e prazer, que tenham férias regulares, pois estes constituem elementos que podem absorver o impacto de agentes estressores (FREUDENBERGER, 1974).

#### 5.1.2 Dados do Inventário de *Burnout*

O desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* envolve vários fatores individuais e laborais sendo, portanto, multicausal, na qual as variáveis sócio-ambientais são coadjuvantes do processo. O Inventário de *Burnout* procura identificar aspectos associados às relações e condições do trabalho que desencadeiam a síndrome, avaliando as dimensões exaustão emocional, despersonalização e os sentimentos de incompetência profissional (MASLACH e JACKSON, 1981).

A exaustão emocional se refere à sensação de esgotamento físico e mental, aos sentimentos de falta de energia para as atividades diárias, ou seja, de haver chegado ao limite das forças.

A despersonalização significa que o indivíduo vem alterando seus sentimentos e comportamentos, tornando-se frio e impessoal com os usuários do sistema de saúde, podendo se tornar cínico e irônico em relação às pessoas e situações.

A incompetência profissional evidencia os sentimentos de insatisfação, insuficiência, baixa auto-estima, fracasso profissional, desmotivação com as atividades laborais.

Por meio do Inventário foi possível identificar os escores do grupo em cada subescala, bem como identificar os trabalhadores portadores da Síndrome de *Burnout*.

**Tabela 4 – Médias dos escores dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família nas três subescalas do Inventário de *Burnout*, Santa Maria, 2007.**

SUBESCALA	Médias	Desvio Padrão	$\alpha$ Cronbach
Despersonalização	9,0	3,049	0,879
Desgaste Emocional	23,87	7,190	
Incompetência	13,84	4,819	

Fonte: TRINDADE, LL. Coleta direta de dados. Santa Maria/RS, 2007.

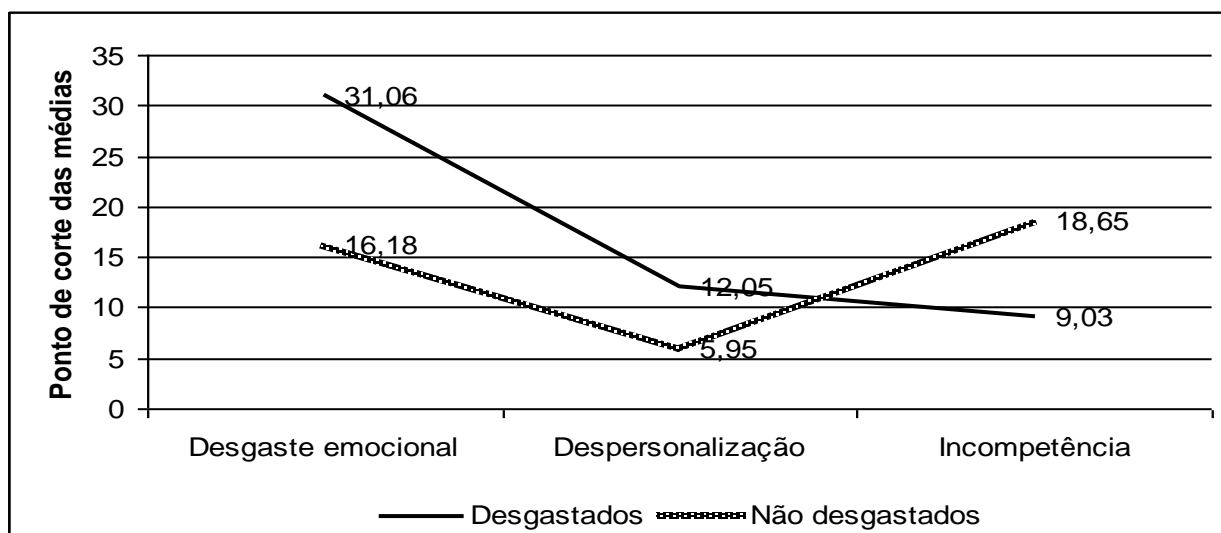
Considerando que o Inventário foi validado com enfermeiras que trabalham em hospital, realizou-se o teste *Alpha de Cronbach* para avaliar a consistência interna do instrumento, pois esta medida avalia a variabilidade das respostas. O valor obtido no conjunto de respostas foi de 0,879 demonstrando que o instrumento apresentou boa confiabilidade e qualidade para este grupo.

Comparando os valores do *Alpha de Cronbach* do Inventário com os de outros estudos (LAUTERT, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002) que utilizaram o mesmo instrumento, verifica-se o mesmo comportamento, ou seja, a subescala de desgaste emocional apresenta a maior confiabilidade, seguido da incompetência e da despersonalização.

No Brasil, a Síndrome de *Burnout* consta sob o número. 304848/99 (BRASIL, 1999), na Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos *Agentes Patogênicos* causadores de Doenças Trabalhadores, conforme previsto no Art. 20 da Lei nº. 8.213/91, e se refere aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com os trabalhos (Código Internacional de Doenças - CID-10), entendida como a sensação de estar “acabado”.

A partir dos dados do Inventário de *Burnout* foram selecionados os participantes para serem entrevistados. Optou-se por selecionar uma amostra de trabalhadores com a Síndrome de *Burnout*, denominados de desgastados, para o qual se adotou o procedimento de selecionar aqueles sujeitos que obtiveram pontuação de um desvio padrão acima da média do grupo nos fatores desgaste emocional e despersonalização e um desvio padrão abaixo da média em

incompetência (escala reversa). Para o grupo de trabalhadores sem a Síndrome de *Burnout* (não-desgastados), selecionaram-se aqueles com um desvio padrão abaixo da média em desgaste emocional e despersonalização e um desvio padrão acima da média em incompetência (escala reversa). Assim, foram selecionados seis sujeitos desgastados e seis não-desgastados.



**Figura 1:** Distribuição das médias dos trabalhadores desgastados e não-desgastados da Estratégia de Saúde da Família que participaram das entrevistas, Santa Maria, 2007.

## 5.2 Os dados qualitativos

Com a entrevista objetivou-se compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores das equipes da ESF, de Santa Maria, e as implicações para sua saúde e ainda, conhecer as causas de estresse e as diferentes formas de enfrentamento utilizadas na realidade laboral.

Os dados são apresentados confrontando as respostas dos trabalhadores com altos escores da Síndrome de *Burnout*, intitulados neste estudo como **esgotados**<sup>2</sup> (E), e os trabalhadores sem a Síndrome de *Burnout*, ou **não-esgotados** (NE).

<sup>2</sup> Grifo da autora.

Apesar da análise estatística não ter revelado diferença significativa entre esgotados e não-esgotados no que se refere à categoria profissional e sexo, acredita-se ser interessante caracterizar sucintamente os indivíduos selecionados para a entrevista.

Entre os sujeitos esgotados que participaram da entrevista três são ACSs, um é técnico de enfermagem e um é médico, todos do sexo feminino e com idades de 21, 27, 28, 29, 30 e 40 anos.

Entre os sujeitos identificados como não-esgotados contou-se com três médicos, um técnico de enfermagem, um ACS e um enfermeiro, três do sexo feminino e três do sexo masculino, as idades dos mesmos variaram em 31, 34, 44, 48, 61 e 68 anos.

### 5.2.1 Satisfação e motivação no trabalho

É preciso considerar a satisfação no trabalho e a auto-estima dos trabalhadores, uma vez que a ausência desses fatores gera estresse ocupacional e um indivíduo que apresenta essa condição poderá acarretar problemas em seu ambiente familiar e laboral (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

Sendo assim, questionou-se o que traz satisfação e motivação no trabalho para os trabalhadores do ESF. Lembra-se que o reconhecimento representa um elemento de grande importância para o desempenho profissional, dessa forma os fatores motivacionais servem como propulsores de atitudes, pensamentos e ações (BATISTA *et al*, 2005).

Os indicativos de efetividade da assistência prestada foram apontados como os maiores geradores de satisfação no trabalho pelos trabalhadores esgotados. Esses indicativos de efetividade são revelados pelas famílias por meio da sinalização de que os trabalhadores de saúde resolveram seus problemas; e pode ser identificado nas falas:

*[...] a satisfação do trabalho está em ver as pessoas feridas e as ver saindo felizes [...] elas chegam aqui com dor e saem felizes por elas [...] as pessoas serem bem atendidas, serem acolhidas, elas saírem bem [...] saírem elogiando o teu trabalho (E1).*

*Tu conseguir solucionar aquele problema que o usuário está te trazendo [...] ele sair daqui satisfeito (E2).*

O dia a dia com o usuário também foi apontado como fonte de satisfação para uma profissional; para ela a integração com a comunidade é fonte de satisfação no trabalho.

O acesso à consulta médica também se revelou de grande valor para os trabalhadores, uma vez que alguns afirmaram que “quando o usuário consegue uma ficha, me sinto satisfeito” (E1). Entretanto, o modelo assistencial centrado no trabalho em equipe não é o preconizado pela ESF. Assim, faz-se necessário reorganizar a forma de pensar e organizar o trabalho médico e dos outros trabalhadores, fazendo com que todos participem do processo decisório que ocorre no ato mesmo da produção do cuidado.

O salário foi apontado como a segunda maior fonte de satisfação para os trabalhadores esgotados, seguido da flexibilidade do horário de trabalho. É interessante destacar que para dois trabalhadores, o salário foi apontado como a única fonte de satisfação no trabalho.

*Na verdade que eu dou mais valor é o salário [...] é um salário bom [...] também o horário de serviço, o melhor do serviço é isso, infelizmente. Satisfação na verdade não tem (E6).*

A remuneração é um dos objetivos do trabalho humano e pode representar uma fonte de motivação ou desmotivação na profissão, é um importante aspecto a ser observado e valorizado pelo trabalhador; entretanto, não deve ser o único objetivo e fonte de motivação da profissão.

Autores referem que o salário não representa um fator total de motivação, pois é preciso levar em conta outros fatores como a carga horária, as condições oferecidas, o relacionamento multiprofissional, entre outros. No entanto, um estudo com enfermeiros revelou que o salário, normalmente, é indicado como sendo o maior fator de insatisfação da classe, já que o mesmo é tido como muito baixo em função da responsabilidade e da demanda de conhecimento, o que pode influenciar para a permanência ou abandono da profissão (BATISTA *et al*, 2005).

Observa-se que a faixa salarial do funcionalismo está deteriorando gradativamente, o que tem contribuído para o aumento da fragilidade dos



compromissos dos trabalhadores, para a baixa do rendimento no trabalho e desmotivação dos trabalhadores (BORGES, TAMAYO e ALVES FILHO, 2005).

Para os trabalhadores não-esgotados, o trabalho em equipe foi apontado, por unanimidade, como a principal fonte de satisfação.

*[...] o trabalho em equipe [...] se tu tens uma equipe que pega junto, que trabalha unida, eu acho que tu consegue resolver qualquer coisa, tu consegue enfrentar qualquer situação (NE1).*

*Ter um bom entrosamento com a equipe traz muita satisfação, motiva a gente (NE2).*

Para esse grupo o relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho se destaca como fonte de satisfação e motivação para o trabalho na ESF; enquanto para os trabalhadores esgotados a convivência com os colegas traz insatisfação e desgaste no trabalho, como será discutido posteriormente. Portanto, esse é um aspecto relevante para se entender as diferenças entre os dois grupos.

Alguns autores enfatizam que o tipo de relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho é passível de dar início à Síndrome de *Burnout*; 60% dos eventos identificados como estressores em um grupo estudado foram atribuídos a essa variável, evidenciando a importância deste aspecto. Os colegas de trabalho podem significar um antídoto importante para os acontecimentos carregados de ansiedade, e ao contrário, os trabalhadores que são muito competitivos, distantes, excessivamente críticos ou preguiçosos, contribuem para agravar as situações conflitantes (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O que converge entre os dois grupos em estudo é a satisfação pela resolutividade do trabalho prestado e o reconhecimento da comunidade a que prestam assistência.

*[...] não que a gente trabalhe para receber de todo mundo um muito obrigado, mas é bom tu ser reconhecido (NE3).*

*[...] fazer um trabalho rico, ter o retorno e criar vínculo com a família (NE1).*

*[...] quando a gente consegue fazer realmente algumas coisas úteis, quando a gente consegue mudar os índices de mortalidade infantil e materna, diminuir o número de pessoas com câncer de colo uterino, quando a gente consegue prolongar a vida de uma pessoa (NE6.)*

O próprio trabalho na ESF e suas características são considerados fontes de satisfação para os trabalhadores não-esgotados, o que revela afinidade dos mesmos com o trabalho nesta modalidade de atenção. A área de atuação também é fator gerador de satisfação. Esses aspectos se tornam importantes, uma vez que o trabalho na ESF exige comprometimento e afinidade dos trabalhadores com a proposta de atenção à saúde da população.

Os princípios dessa estratégia destacam a singularidade das ações de cada profissional que compõe a equipe de trabalho e têm seu enfoque na atenção primária, voltada para a prevenção das doenças e para a promoção da saúde, principalmente.

Neste sentido, os trabalhadores tornam-se referência e a ESF a porta de entrada dos indivíduos e suas famílias no sistema de saúde.

Por tudo isso, o “identificar-se” com essa modalidade de atenção e a satisfação no trabalho, favorece a inclusão e a sensibilização dos trabalhadores para os princípios e bases que norteiam a ESF, os quais são indispensáveis para o bom funcionamento da estratégia.

O tempo de experiência na profissão não se apresentou como uma variável significativa na análise quantitativa, entretanto, é apontado pelos trabalhadores não-esgotados como fonte de satisfação, bem como, um recurso importante para enfrentar os problemas do ambiente laboral.

*Eu tenho mais de 30 anos na profissão [...] os anos de medicina para mim ainda são motivo de satisfação [...] os anos de experiência não me deixam ter angústias, nem estresse no trabalho médico no dia a dia (NE1).*

Acredita-se que não é o número de anos, ou o tempo pelo tempo, que se destaca como fonte de energia para a resolução dos problemas, mas sim, as vivências oportunizadas pela experiência que oferecem exemplos e formas mais apropriadas para manejar as situações problemáticas do trabalho.

A motivação e a idealização da profissão podem, paradoxalmente, favorecer o desgaste no trabalho; a primeira, porque os indivíduos muito motivados em relação à sua profissão tendem a estar mais propensos à Síndrome de *Burnout* (CARLOTTO, 2001); e, porque quanto maior o idealismo, maior a expectativa, que, contudo, nem

sempre é realista. No entanto, o otimismo está associado a menores índices da Síndrome de *Burnout* (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

### 5.2.2 Fatores geradores de problemas ou desgaste no trabalho

Durante as atividades, as equipes podem se confrontar com situações que, de algum modo, as irritam, excitem ou confundam, podendo provocar alterações psicofisiológicas, desencadeando reações orgânicas com componentes físicos e/ou psicológicos.

Nesse sentido, destacam-se as cargas de trabalho, as quais foram as principais fontes de problemas e/ou desgastes apontadas pelos trabalhadores esgotados, que identificaram vinte e uma (21) cargas de trabalho, entre elas catorze (14) psíquicas, duas (2) biológicas, duas (2) físicas, uma (1) química e uma (1) mecânica.

A carga de trabalho é resultante da conjunção de elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente, bem como, com o corpo do profissional. Desta forma, requer a adaptação do profissional e pode traduzir-se em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou afetiva-corporal e psíquica (LAURELL e NORIEGA, 1989).

As cargas psíquicas referidas pelos trabalhadores são decorrentes, segundo eles, da falta de recursos físicos, humanos e serviços para a realização de suas atividades laborais. Essas cargas psíquicas levam ao estado de tensão prolongada, à impossibilidade de desenvolvimento e de uso das capacidades psíquicas (CARLOTTO, 2001).

Nesse sentido, eles destacaram que, por vezes, se defrontam com situações desgastantes, pois faltam medicações, materiais, trabalhadores (médicos, psicólogos, especialistas,...) e diferentes serviços, como por exemplo, exames; esses fatores geram insatisfações na população, a qual cobra da equipe essas falhas do sistema.

*Têm várias fontes de desgastes que são as faltas [...] tu precisa de um transporte de emergência de um paciente e não tem ou demora muito para acontecer [...] (E2).*

*[...] falta muita coisa e quando faltam as pessoas cobram [...], eles não vão cobrar do secretário, eles vão cobrar do funcionário, é a via mais fácil de chegar (E5).*

O suporte social ou apoio organizacional consiste na dinâmica estabelecida entre colegas e superiores. Quanto menor o suporte sentido pelo profissional, maior a probabilidade de desenvolver a Síndrome de *Burnout* (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997). Neste contexto, destacam-se não somente a teia de relações, mas também a falta de equipamentos, serviços e outros que dificultam as ações dos trabalhadores.

Além disso, o excesso de normas impede a participação, a autonomia, assim como a conseqüente tomada de decisão, emperrando as atividades que deveriam ser realizadas. Por outro lado, usam grande parte da energia trabalhando para a manutenção da burocracia, mais do que nas funções ocupacionais propriamente ditas (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Os trabalhadores da ESF tornam-se, pela proximidade com a comunidade, o “cartão de visitas” ou o “carro de frente”, como se intitulam, com isso são referência também para as queixas da população. Entretanto, não são responsáveis por prover recursos, dos quais, muitas vezes, não sabem nem como justificar a escassez, o que também prejudica a execução de suas tarefas.

É comum, em um grande número de instituições de saúde, a falta de materiais em quantidade e qualidade suficiente para a prestação de um cuidado adequado. A imprevisibilidade, quanto aos recursos materiais e equipamentos para a melhor assistência, além de dificultar o planejamento das ações, por vezes, expõem o usuário ao imprevisto e risco e o trabalhador a situações constrangedoras (BECK *et al*, 2007).

*Eu mesmo não consigo entender como faltam recursos, eu me sinto indignada como cidadã [...] muitas vezes tu não tem condições de trabalhar [...] tu é o cartão de visitas e se as tuas ações não têm uma boa resolutividade o pessoal perde a confiança na equipe (E5).*

Em seus depoimentos apontam que a falta de recursos coloca em risco todo o trabalho construído pela equipe junto à comunidade, pois causa a perda da credibilidade desenvolvida. Isso é de extrema relevância, tendo em vista, o deslocamento desses indivíduos desapontados para outros serviços, como pronto-

atendimentos e hospitais, os quais estão voltados para atividades que exigem maior complexidade.

Diversos desafios na dinâmica de funcionamento da cadeia de serviços de saúde do sistema público brasileiro foram apontados em outro estudo que diz:

a própria ideologia das diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta a resolutividade como um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação do sistema, a fim de promover a saúde da população (DAL PAI, 2006, p. 12).

Um estudo sobre o processo de trabalho na ESF revelou que é usual encaminhar os usuários ao pronto-atendimento, contribuindo para a superlotação desse serviço, sendo que o acolhimento na rede básica tem como objetivo reduzir esse tipo de encaminhamento, resolvendo o que é de sua competência (SCHIMITH, 2002).

No entanto, pela falta de preparo dos trabalhadores para atuar na ESF/SUS, as práticas passam a ter um caráter imediatista, muitas vezes sem estratégia de planejamento em saúde.

As conseqüências desta (des)organização acabam atingindo a ESF e os serviços da atenção básica tornam-se reconhecidos como pouco resolutivos, ao mesmo tempo que as emergências e hospitais ficam sobrecarregados com o retorno breve do paciente (DAL PAI, 2006). Por tudo isso, as ações de saúde da atenção básica tornam-se pouco resolutivas, ocorre a insatisfação do profissional e do usuário, bem como se alimenta a crença popular de que os pronto-atendimentos são os serviços capazes de resolver qualquer problema de saúde.

Além disso, o número insuficiente de fichas, de trabalhadores, de especialidades, os medicamentos indisponíveis e o fato de os usuários precisarem chegar, muitas vezes de madrugada para garantir atendimento, constituem aspectos negativos em termos de funcionalidade dos serviços públicos (BORGES, TAMAYO e ALVES FILHO, 2005).

Para os trabalhadores, há problemas na administração dos recursos e, questionam as ações dos gestores na adequação dos mesmos às necessidades das USFs, declararam que falta conhecimento das reais deficiências dos serviços, por parte dos gestores municipais, estaduais e federais.

Outro grupo de fatores, que compõem as cargas psíquicas apontadas pelos trabalhadores esgotados, foi a dificuldade no relacionamento interpessoal com os colegas, com destaque para os comentários e falta de confiança.

*Aqui a gente não confia em ninguém [...] confiança é o que mais falta (E2).*

*[...] além da falta de confiança, às vezes, existem aquelas fofoquinhas (E5).*

Lembra-se que indivíduos que têm dificuldade para delegar atividades aos demais, com preocupações excessivas e/ou com limitações para trabalhar em grupo, tendem a desenvolver a Síndrome de *Burnout* (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997).

Nesse sentido, a possibilidade de poder contar com colegas e amigos de confiança, que possam estar disponíveis e receptivos ao diálogo e à reflexão, pode prover um suporte social que tem sido referido em vários estudos, como moderador efetivo para o desenvolvimento da Síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A qualidade das relações interpessoais é um fator importante na hora de determinar o potencial estressor. A falta de coesão do grupo é uma das características que pode facilmente causar estresse.

O conflito no grupo de trabalho cumpre funções positivas, quando estimula a busca de soluções para os problemas e desentendimentos; no entanto, caso a situação conflitante seja contínua, poderá gerar frustrações, insatisfação, e/ou moléstias somáticas (LAUTERT, CHAVES e MOURA, 1999). As relações interpessoais são importantes fontes de apoio para os trabalhadores e a equipe; não poder contar com o colega, possivelmente, gerará insatisfação, desmotivação e, até mesmo, sofrimento no trabalho.

Desta forma, verifica-se que as dificuldades no relacionamento interpessoal entre os membros da equipe também trazem desgaste aos trabalhadores. O fato de não poder confiar no colega e as intrigas são problemas que desestruturam a equipe de saúde, uma vez que o trabalho nessa área exige interação e confiança entre os trabalhadores, pois suas atividades são complementares. Um dos princípios da ESF é o trabalho integrado da equipe, desta forma os desentendimentos contínuos, rivalidades, entre outros conflitos no relacionamento, colocam em perigo a efetividade das ações.

As demais cargas psíquicas relatadas foram decorrentes do atraso salarial. O salário, como foi apontado em questões anteriores, é uma importante fonte de satisfação e de motivação profissional; assim sendo, o atraso salarial, com frequência, gera problemas de ordem prática e desmotivação profissional. Lembre-se que é, legalmente, um direito do trabalhador receber o salário dentro do prazo estabelecido, previamente, no contrato de trabalho.

Além disso, para os ACSs esgotados a falta de reconhecimento da profissão, o risco de perder o emprego e a perda da privacidade também são fatores desencadeadores de estresse. A estabilidade no emprego afeta os indivíduos; e a carreira pode gerar preocupações relacionadas à mudança do posto de trabalho, falta de promoção, risco de perder o emprego ou de ser transferido.

Os ACSs esgotados apontaram como uma carga psicológica importante, a falta de privacidade decorrente do contato contínuo com a comunidade, pois residem na área em que trabalham (uma das exigências na contratação e seleção dos ACSs). Esses indivíduos revelaram que há uma procura ininterrupta pelos membros da comunidade por orientações e atendimento, inclusive no término do expediente de trabalho, finais de semana e feriados. Relataram que, muitas vezes são impedidos de executar tarefas pessoais, como ir ao mercado, pegar o ônibus, pois são diariamente abordados pelos usuários (TRINDADE, 2005).

O ACS em seu trabalho enfrenta questões relativas a dilemas que surgem das condições encontradas na comunidade que atendem, tais como analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição desigual das riquezas, condições desfavoráveis de trabalho e de moradia, desemprego e condições sanitárias deficientes, entre outras (FONTOURA *et al*, 2006). Diferentemente dos demais trabalhadores da ESF, os ACSs não vivenciam somente essa realidade durante o expediente de trabalho, ao residirem na área a que assistem, compartilham as situações insalubres e estressantes a todo momento.

Dessa forma, o contexto de vulnerabilidade em que vive a comunidade assistida pelos ACSs, situação com diversos problemas, afetam a qualidade de vida das pessoas assistidas e próprio desempenho destes trabalhadores tendo em vista que as demandas extrapolam os recursos que possuem.

Devido à aproximação da comunidade que assistem, os ACSs, se não apresentarem formação adequada e preparo específico para enfrentar, no seu cotidiano, os problemas que podem surgir nas relações que se estabelecem, tornam-

se mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse do que outros membros da ESF (CAMELO, ANGERAMI, 2004). Nesse sentido, destacam-se as potencialidades da educação profissional permanente dos ACSs:

a educação profissional e permanente dos agentes comunitários de saúde ganha relevância na medida em que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas e o reconhecimento dos sujeitos como agentes de ação. A educação deveria cumprir o papel de orientar e potencializar iniciativas de transformação das práticas de saúde, para que o profissional seja capaz de aproximar-se dos problemas e necessidades encontrados no cotidiano do trabalho, na perspectiva de problematizar, inclusive, os significados dos valores morais presentes na comunidade (FONTOURA *et al*, 2006, p. 167).

Também, entre os fatores geradores de desgaste no trabalho, apontaram o risco de demissão. Essa última carga psíquica é decorrente da situação atual das equipes no Município, uma vez que o concurso que selecionou parte das equipes está em meio a um processo judicial, que questiona sua validade.

Os trabalhadores esgotados destacaram as cargas biológicas provenientes do contato com piolhos, bicho-de-pé e outros parasitas comuns entre os animais domésticos. É importante lembrar que o trabalho na ESF se desenvolve na USF, nos domicílios e na comunidade, por isso os trabalhadores estão expostos a essas cargas biológicas; e também a cargas químicas, como o pó e a fumaça provenientes dos fogões de chão ou à lenha, o fumo e a falta de pavimentação das ruas. Além dessas, estão expostos às cargas físicas como os fatores climáticos, entre eles o excesso de sol e de chuva, e às cargas fisiológicas, como as longas caminhadas e muitas horas de pé.

O ambiente propício a riscos químicos, biológicos, físicos, mecânicos e psicossociais favorece ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* e o agravamento de doenças do trabalho (BIANCHI, 1990; MARZIALI, MELO e SILVA, 1995; BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Neste contexto, destaca-se a importância da adoção de medidas de proteção e segurança no trabalho, como o uso de boné, protetor solar, calçados apropriados, entre outros. Cabe aos responsáveis pelas ESFs prover esses recursos para proteção e prevenção de agravos à saúde do grupo.

Igualmente aos trabalhadores esgotados, os trabalhadores não-esgotados apontaram as cargas psíquicas como causadoras de problemas ou desgastes no



trabalho. Entre essas, a falta de recursos físicos e a má administração destes foram apontadas como as duas principais fontes dessas cargas de trabalho.

*Quando tu vê uma pessoa que tu sabe que tem que tomar uma certa medicação e tu sabe que não tem poder aquisitivo e tu não tem para fornecer [...] a pessoa precisa e tu não tem como ajudar, pois faltam recursos (E4).*

Os problemas identificados impossibilitam o trabalho e geram no trabalhador o sentimento de impotência e ineficiência do serviço prestado.

As limitações burocráticas do sistema também entravam o funcionamento das atividades e serviços no SUS, somando-se às baixas condições sócio-econômicas das famílias.

*A rede hoje é muito deficiente [...] é uma frustração, a gente sente dificuldade e fica tolhido o atendimento ao paciente devido aos entraves desta burocracia do SUS (E1).*

*Faltam recursos e as condições de vida que as pessoas vivem, as condições socio-econômicas [...] tu fica de mãos amarradas (E3).*

*É triste tu ver uma criança passando fome (E6).*

As características dos usuários podem também favorecer a Síndrome de *Burnout*, bem como o tipo de problema do usuário, a natureza da relação entre profissional-cliente, o contato intenso com o sofrimento e a morte, principalmente, de crianças (CARLOTTO, 2001; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; VEGA e URBÁNIZ, 1997).

Com a ampliação do conhecimento sobre os aspectos teóricos e práticos das USFs, pode-se afirmar que as situações na relação profissional de saúde-usuário demandam um certo gasto de energia e adaptação, como o contato direto com a realidade e/ou com o sofrimento dos indivíduos assistidos; e elementos próprios do tipo de trabalho nesta modalidade, como uma certa identificação e os laços afetivos que, muitas vezes, se estabelecem entre o profissional e o usuário. Estas situações somadas, às características individuais de cada profissional podem desencadear o processo de estresse (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

Além desses fatores, um profissional médico revelou que a comunidade, inicialmente, apresenta uma certa resistência à assistência prestada pelo clínico-geral do serviço público de saúde. O mesmo explicou que esta é uma questão

histórica e cultural favorecida pelo modelo clínico de atenção que supervaloriza as especialidades clínicas.

O profissional colocou que este preconceito é ainda mais forte entre a própria classe médica, quando diz:

*existem muitos pacientes que ainda têm uma certa resistência, medo de fazer o tratamento com o médico da comunidade [...] e entre a classe médica então acho isso é ainda pior (NE1).*

Este profissional indica como estratégia para superação a contínua sensibilização das comunidades para as potencialidades da ESF, a qual é pautada em modelo de atenção voltado para a coletividade, mas também para as necessidades individuais.

Além disso, é necessário que, nessa modalidade de atenção, atuem trabalhadores qualificados e comprometidos com a assistência integral e qualificada, que não vejam na ESF um emprego transitório e de poucas exigências.

O descrédito do serviço público é outro aspecto importante na cultura nacional, que relaciona o SUS à gratuidade e, por conseqüência, à baixa qualidade da assistência. Sobre esse aspecto a ESF precisa reforçar com as equipes e membros da comunidade os princípios que norteiam este Sistema e como ambos podem contribuir para a melhoria do serviço prestado.

No Brasil, as profundas desigualdades sociais e a tendência de ver a saúde pública como uma prática destinada à população carente, desqualifica os serviços públicos. Observa-se que há dificuldades em materializar o significado do direito à saúde, direito que vai além da simples assistência médica curativista e preventiva e aponta para um trabalho voltado à denominada “produção social da saúde” (MENDES, 1996).

Um trabalhador identificou o “comodismo da população” como fonte de desgaste dos trabalhadores, segundo ele, freqüentemente, a população tem dificuldades de mobilizar-se e buscar melhorias nas condições de vida e saúde e, ainda remetendo a responsabilidade para os trabalhadores. Comportamento que pode ser decorrente, tanto da falta de conhecimento sobre o cuidado com a saúde desta população, como do próprio sistema de atenção à saúde, baseado no modelo queixa-conduta.

Por outro lado, a ESF segue um modelo de assistência à saúde que objetiva o maior acesso aos serviços e à resolutividade, associado ao trabalho em equipe que estimule o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias, tentando contribuir para que as pessoas se sintam co-responsáveis pela busca ativa de soluções para seus problemas e, tanto quanto possível, consigam compartilhar suas experiências e decisões nas associações de grupos comunitários dos quais fazem parte (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

A relação instituição/usuário deve promover o crescimento da consciência sanitária nos indivíduos com o direito da defesa a vida, estabelecendo uma relação crítica, que valorize o conhecimento da população sobre sua realidade, ou seja, favorecendo a democratização dos serviços (O'DWYER, TAVARES e DE SETA, 2007).

Neste sentido, um dos grandes desafios do ESF está, justamente, em sensibilizar e mobilizar a população para a magnitude das ações coletivas, abrindo espaços para que os indivíduos possam ser propulsores de idéias e estratégias em benefício da prevenção e promoção da saúde. Por isso, os trabalhadores precisam lembrar que, na grande maioria das vezes, os indivíduos desconhecem como atuar e não encontram formas de cuidar de sua saúde. Sendo a modalidade da ESF de Santa Maria ainda recente (cerca de 5 anos), verifica-se que há um caminho a ser trilhado para consolidação deste modelo assistencial.

A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo também surgiram na fala dos trabalhadores não-esgotados. Apesar desse grupo ter apresentado os menores índices de estresse, a sobrecarga de trabalho tem sido apontada como uma das variáveis predisponentes à Síndrome de *Burnout*. Diz respeito tanto à quantidade, como à qualidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo, ou de infraestrutura organizacional. Tanto o excesso, quanto a falta de trabalho podem gerar tensão, insatisfação e outros problemas de saúde (PARAGUAY, 1990; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; VEGA e URBÁNIZ, 1997). No entanto, quando o trabalhador consegue manter o controle de sua atividade, mesmo percebendo sobrecarga de trabalho, consegue controlar seu estresse.

Ainda, entre os não-esgotados, alguns trabalhadores não identificaram nenhuma fonte de desgaste e justificam que o tempo de experiência na profissão, os inúmeros casos que vivenciaram, torna as situações fáceis de serem identificadas e

manejadas. Além disso, contam como uma boa rede de relações que serve de apoio para a resolução dos problemas.

*É difícil aparecer algum caso que a gente não tenha aprendido a manejar [...] são 42 anos de profissão (NE2).*

*A gente tem um bom entrosamento [...]. E agora o que tu não consegue na rede tu consegue no hospital universitário (NE1).*

Analisando, esses depoimentos, percebe-se que alguns burlam o sistema para alcançar os objetivos, devido à inoperância do mesmo.

Comparando as falas dos trabalhadores esgotados e não-desgastados em relação às fontes de desgastes e/ou problemas no trabalho ressaltam-se o maior número de cargas e problemas de relacionamento interpessoal entre os primeiros.

### 5.2.3 As formas de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da ESF

Tendo este estudo como objetivo conhecer os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos trabalhadores, esses foram questionados sobre as formas que utilizam para lidar com as situações problemáticas e/ou conflitantes do trabalho. Os trabalhadores esgotados revelaram que utilizam com maior frequência mecanismos individuais como a fuga. Como retoma a fala:

*estou em depressão, sinto muito cansaço por causa das oito horas do trabalho (...) estou tentado esquecer, deletar os problemas do meu trabalho, comecei a tomar remédio natural e comecei a deletar as coisas, eu tinha muita dor de cabeça, dor na nuca (E6).*

Com o depoimento percebe-se que o trabalhador volta para si, para buscar seus próprios recursos; e que a fuga é uma estratégia para tentar conviver com a situação, entretanto esta o leva ao sofrimento e à frustração no trabalho. As limitações inerentes ao contexto ocupacional restringem as possibilidades de ações efetivas dos indivíduos, que passam a depender de estratégias próprias para enfrentamento.

A falta de apoio social evidenciada como fator de estresse desse grupo, aparece outra vez, quando por falta de suporte do grupo, o indivíduo tem que lançar

mão dos recursos próprios para enfrentar o estresse. O suporte social representa mais do que um simples apoio emocional, uma vez que está associado ao engajamento dos indivíduos em estratégias pró-ativas de controle, diante de situações estressantes (PINHEIRO, TRÓCCOLI e TAMAYO, 2003).

A falta desse suporte, leva o indivíduo a usar mecanismos de enfrentamento individuais, entre os quais destacaram-se aqueles dirigidos para a emoção, como o ato de chorar, que pode representar uma forma de descarga emocional ou exaustão.

Lazarus e Folkman (1986) consideram que as estratégias centradas nas emoções são formas de fazer frente às situações que foram avaliadas como perduráveis ou imodificáveis, sendo a única saída para o indivíduo desviar seu pensamento, a fim de reduzir o nível de tensão e melhor avaliar a situação.

O ato de chorar auxilia a aliviar a tensão. No entanto, quando um indivíduo volta os sentimentos de impotência contra si, pode desenvolver depressão ou vícios como o álcool, drogas, fumo e/ou fármacos (LAUTERT, 2001).

Por outro lado, os esforços para manter a aparência de uma permanente disposição para o trabalho, entusiasmada e satisfeita, pode também conduzir à busca de recursos no uso de substâncias tidas como estimulantes (SELIGMANN-SILVA, 2004; LIPP, 1987).

Ao contrário do que se imaginava ao iniciar este estudo, a realidade social das famílias e da comunidade não representa um fator de desgaste para os trabalhadores, ao contrário, representa um fator de satisfação, pois dá mais significado ao trabalho prestado. Contudo, o relacionamento interpessoal entre os membros da equipe de trabalho se revelou como fator de insatisfação e sofrimento para os trabalhadores esgotados. O que justifica porque estes indivíduos não recorrem aos colegas para a resolução dos problemas.

*Aqui a gente não confia em ninguém, no meio do trabalho não tem como conseguir amigos, são colegas [...] eu pensava que todo mundo era amigo [...] então acho que a confiança é o que mais falta e me prejudica aqui dentro [...] como tu não tem com quem dividir então tu fica sobrecarregado (E5).*

É importante salientar que o trabalho em equipe, que é a base das ações nesse modelo de atenção, exige bom relacionamento entre os membros da ESF, pois as relações são determinantes para a efetividade do trabalho.

Acredita-se que o trabalho nas ESFs exige disposição dos indivíduos para trabalhar em grupo, pois todas as estratégias do programa são pautadas nas atividades e tomadas de decisões coletivas.

Com isso, avalia-se que os trabalhadores esgotados ao utilizarem formas de enfrentamento direcionadas às emoções e não para resolução dos problemas, não os amenizam, nem eliminam ou alteram.

Na Síndrome de *Burnout* são comuns sintomas defensivos como a tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho, absenteísmo, ímpetos de abandonar o trabalho, ironia e cinismo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Conforme a frequência, a intensidade, as características e o tempo de exposição às situações estressantes, a avaliação cognitiva da situação estressante se agrava, os mecanismos de adaptação se esgotam, inicia-se a exaustão psíquica, física e emocional, características da Síndrome de *Burnout* que acomete o grupo de trabalhadores esgotados.

A Síndrome de *Burnout* é produzida pelo desequilíbrio entre as expectativas dos trabalhadores e a realidade do trabalho, gerando manifestações psicológicas e físicas, com repercussão na vida pessoal, familiar, social e laboral dos indivíduos acometidos pela Síndrome (BELTRÁN *et al*, 2005).

Além disso, no contexto organizacional, a presença de indivíduos estressados na equipe pode provocar o desenvolvimento das atividades com ineficiência, comunicação deficitária, desorganização do trabalho, insatisfação, diminuição da produtividade, o que, conseqüentemente afetará o cuidado prestado às famílias (CAMELO e ANGERAMI, 2004).

Por outro lado, os trabalhadores não-esgotados revelaram utilizar, com maior frequência, mecanismos coletivos para o enfrentamento dos problemas, e ao contrário dos trabalhadores esgotados, buscam auxílio na equipe de trabalho ou colegas, outras unidades de saúde ou serviços.

*A gente faz assim liga para outro posto [...] a gente vem para a unidade e conversa com a equipe, com a médica, com a técnica de enfermagem [...] dependendo a gente liga para um político [...] vai na rádio [...] conversa com os vizinhos (NE3).*

Os trabalhadores não-esgotados apontaram diversificadas estratégias coletivas para a resolução dos problemas e poucas estratégias individuais, na

maioria nenhuma, ao contrário dos trabalhadores esgotados. O trabalho coletivo, em equipe multidisciplinar se revelou como um diferencial em relação aos trabalhadores esgotados. A equipe se destaca, para esses trabalhadores, como ponto de apoio para a resolução dos problemas como geradora de satisfação no trabalho.

A construção coletiva de sistemas decisórios diferencia-se de cada grupo social e relaciona-se, portanto, à natureza de cada organização do trabalho (DEJOURS, 1992). Nesse sentido, estudos sobre *coping* entre trabalhadores de saúde revelaram que o suporte social é o mais importante preditor, ou até mesmo o único da utilização de estratégias de manejo (PINHEIRO, TRÓCCOLI e TAMAYO, 2003).

O tempo de experiência na profissão também foi mencionado pelos não-esgotados como determinante para enfrentar as situações problemáticas do trabalho. Revelam que as vivências conferem capacidade para manter a calma e racionalizar diante das situações estressantes, e, conseqüentemente, possibilita resolver melhor os problemas.

Além disso, na análise quantitativa do estudo, idade teve associação estatisticamente significativa ( $p=0,034$ ) para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores estudados. Somando-se a análise quantitativa à qualitativa pode-se afirmar, neste estudo, que os trabalhadores com mais idade apresentaram menores índices da Síndrome de *Burnout*; assim, aparentemente, as experiências vividas dão subsídios para enfrentar as situações problemáticas e amenizar a angústia por resolver os problemas.

Lazarus e Folkman (1986) descrevem que os mecanismos de enfrentamento também sofrem alterações ao longo dos anos, que tornam os indivíduos mais realistas, e que os mecanismos imaturos vão sendo substituídos por mecanismos evolutivos e humor. As experiências trazidas com o tempo na profissão, associadas à maturidade do indivíduo, também permitem avaliar as situações que podem ser mudadas e as que não podem, bem como resgatam as melhores formas de conduzir as situações.

Entretanto, parece que alguns indivíduos têm tendência crônica ao estresse, a qual pode ser de origem genética, do modo de vida do indivíduo ou eventos de sua história, e, também pela interação desses fatores. Assim, o estresse pode ser gerado por fontes externas que marcam presença na vida de um indivíduo e pelo seu mundo interior, cujos efeitos são mediados por estratégias de enfrentamento

aprendidas, principalmente, na infância, mas que também podem ser adquiridas durante o crescimento (LIPP, 2001).

Desta forma, se observou que as estratégias de enfrentamento dos trabalhadores não-desgastados se dirigem, predominantemente, aos problemas laborais, o que permite que os mesmos sejam amenizados ou eliminados, favorecendo o trabalho e a saúde desses indivíduos.

Assim, as situações/conflitos do ambiente de trabalho na ESF são avaliadas de forma diferente entre os trabalhadores esgotados e não-esgotados estudados, aqueles buscam mecanismos individuais de enfrentamento e estes mecanismos coletivos.

Os trabalhadores elaboram defesas individuais e coletivas para lutar contra o sofrimento, de modo que este não é imediatamente localizável. Parte-se assim, da compreensão de que os indivíduos não estão passivos em relação à organização do trabalho, mas são capazes de se proteger elaborando defesas que escondem ou evitam o sofrimento que os acomete (DEJOURS, 1992).

Para fazer frente, efetivamente, aos problemas e conflitos ocupacionais faz-se necessário que as ações e reavaliações cognitivas estejam juntas, relacionadas a estratégias de enfrentamento ou de esquiva da situação estressante. As ações e reavaliações cognitivas relacionadas ao enfrentamento são chamadas de estratégias de controle, já as ações e reavaliações cognitivas escapistas são chamadas de estratégias de esquiva. Ainda, existem estratégias de manejo dos sintomas, como as práticas de relaxamento ou prática de exercícios físicos (PINHEIRO, TRÓCCOLI e TAMAYO, 2003).

Ao confrontar as respostas dos trabalhadores não-esgotados e os esgotados, percebe-se que os mecanismos coletivos de enfrentamento das situações estressantes favorecem os primeiros; enquanto os individuais os tornam mais vulneráveis ao estresse. Além disso, os primeiros centram suas estratégias na resolução dos problemas, enquanto os segundos as centram nas emoções, tentando modular suas respostas emocionais à situação conflitante.

As relações interpessoais foram determinantes para os não-esgotados no desfecho do estresse laboral, e são favorecedoras de motivação no trabalho e utilizadas para fazer frente aos problemas; enquanto que, para os esgotados, se mostraram como geradoras de sofrimento e desgaste no trabalho.



Somando-se a isso, pode-se dizer que cada indivíduo do estudo atribui um valor singular, comprometimento e expectativas em relação ao trabalho. Associa-se, ainda, o contexto organizacional e as relações interpessoais do trabalho, como determinantes para o estresse laboral.

#### 5.2.4 As alterações e/ou problemas de saúde dos trabalhadores em decorrência do trabalho

A entrevista teve como objetivo identificar as alterações físicas e/ou problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores como decorrentes das atividades laborais.

A palavra estresse foi utilizada com frequência pelos indivíduos. Quando se debateram as alterações físicas, o estresse foi citado por diversos trabalhadores esgotados e considerado como um problema cotidiano do ambiente de trabalho.

Cabe lembrar que a palavra estresse difundiu-se rapidamente e acabou se transformando em sinônimo de qualquer tipo de alteração, em geral negativa, sentida pelo indivíduo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002), por isso, sentimentos como a ansiedade, tensão e insegurança tornam-se sinônimos de estresse.

A Organização Internacional do Trabalho (1986) conceitua o estresse do trabalho como um conjunto de fenômenos que afetam o organismo do indivíduo e que, conseqüentemente, pode afetar a saúde desses indivíduos. Portanto, o estresse se apresenta não somente como sentimento ou sensação de desgaste, mas também como alteração física.

A diferença entre estresse e a Síndrome de *Burnout* é que este se caracteriza como um estado prolongado de estresse e seria a cronificação daquele. A Síndrome de *Burnout* possui sempre uma dimensão social, inter-relacional, através da despersonalização, que não necessariamente ocorre no estresse ocupacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MORENO, GARROSA e GONZÁLEZ, 2000).

Entre os sintomas associados à Síndrome de *Burnout* encontra-se uma lista extensa segundo a literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2001; CALVETE e VILLA, 2000; FREUDENBERGER, 1974; MASLACH e LEITER, 1997), e se dividem em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos.

Resgatando as fontes de desgastes apontadas pelos trabalhadores esgotados, observa-se que entre esses os principais geradores de estresse envolvem a efetividade das ações, a qualidade das relações humanas, além de aspectos da organização e administração do processo de trabalho.

O principal sintoma físico destacado pelos desgastados foi a fadiga constante e progressiva, que se caracteriza pela sensação de falta de energia, vazio interno; é o sintoma mais mencionado na literatura e pela maioria dos indivíduos acometidos pela Síndrome de *Burnout*. Ela pode persistir mesmo após uma noite de sono ou do período de férias (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; COSTA, LIMA e ALMEIDA, 2003).

Outros sintomas físicos como dores musculares, distúrbios do sono, cefaléia, perturbações gastrintestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, alterações menstruais não foram apontados pelos indivíduos que participaram do estudo; porém, constituem um aspecto importante a ser futuramente investigado no grupo.

Os sintomas mais relatados foram os psíquicos, entre eles o sentimento de solidão, impaciência, impotência, astenia, desânimo, disforia, depressão e desconfiança.

No sentimento de solidão, o indivíduo, na maioria das vezes, sente-se incompreendido pelos demais; e a impotência decorre das ocasiões em que sente que não pode fazer nada para alterar uma determinada situação, o que faz com que se perceba como incapaz.

A astenia e o desânimo caracterizam-se quando a pessoa sente um decréscimo do estado de ânimo, perda do entusiasmo, levando à disforia que, sem a devida intervenção, pode evoluir para a depressão (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

*[...] qualquer coisinha me afeta, eu choro, quer dizer que acaba abalando o meu emocional (E3).*

*[...] tenho depressão que é uma coisa muito séria (E6).*

A desconfiança é o sentimento que o indivíduo tem de não poder contar com os demais, pensa que os colegas se aproveitam dele e de seu trabalho, recebendo muito pouco ou nada em troca. Algumas vezes a desconfiança se acentua e pode chegar à paranóia, quando o trabalhador crê que os demais criam situações premeditadas para prejudicá-lo intencionalmente (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Entre os sintomas comportamentais, a irritabilidade foi a mais citada pelos trabalhadores, o que leva à baixa tolerância e à rápida perda da paciência, como revela o depoimento:

*[...] irritação, às vezes assim tu fica muito irritada, muito nervosa, sem paciência e desanimada (E2).*

Nesse sentido, sabe-se que trabalhar com seres humanos exige paciência e calma.

A irritabilidade causada pelo estresse ocupacional, provavelmente se estenderá ao relacionamento familiar, gerando situações conflituosas e tensas. Conseqüentemente, as áreas social e afetiva, bem como a saúde, debilitam-se como que contaminadas pelo estresse do trabalho, alterando, também a qualidade de vida dos indivíduos (LIPP, 1996; COSTA, LIMA e ALMEIDA, 2003).

A incapacidade de relaxar, denunciada pelo tônus muscular, rigidez, inclusive em situações prazerosas ou fora do trabalho, também foi um sintoma comportamental comum entre os desgastados. Neste sentido, o indivíduo tem dificuldade de desfrutar dos horários de descanso, férias e outros, como diz:

*nem em casa eu descanso, eu estou sempre tensa, nervosa, a minha família me cobra muito isso (E3).*

Destacam-se ainda a tendência ao isolamento, o sentimento de onipotência e a perda do interesse pelo trabalho.

O isolamento provém da sensação de fracasso, pela não-aceitação da situação ou dos problemas do trabalho e, pelo sentimento de que os outros (usuários, colegas, gestores) é que são responsáveis pela atual circunstância; nessas situações, o indivíduo tende a distanciar-se dos demais, como forma de minimizar a influência dos fatores geradores de estresse (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Alguns tentam compensar a sensação de frustração e incapacidade passando a imagem de auto-suficiência, da qual resulta o sentimento de onipotência. No entanto, a perda de interesse pelo trabalho leva à sensação de gasto de grande demanda de energia para a realização de qualquer tarefa (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Esses sintomas revelam que a Síndrome de *Burnout* leva, principalmente, ao sofrimento psíquico no trabalho, que por vezes não atinge somente o psicológico dos trabalhadores, mas o indivíduo como um todo e o universo laboral ao qual pertence.

O somatório de sintomas emocionais agrava o sofrimento e repercute na equipe de trabalho e nos usuários dos serviços de saúde. É comum que esse sofrimento leve à somatização e que dê origem a diversas patologias.

No momento em que ao indivíduo só resta adaptar-se, tem início o território do sofrimento que diz respeito à vida contrariada, à não satisfação das necessidades relacionadas aos desejos (inconscientes) mais profundos dos sujeitos. Desse modo, o trabalho só é vivenciado como fonte de sobrevivência e não como pólo identificatório e, conseqüentemente, lugar de fonte sublimatória de prazer (NEVES, SELIGMANN-SILVA, ATHAYDE, 2004).

Os sintomas e sua magnitude “variam de pessoa para pessoa, dependendo de características individuais, das circunstâncias e do grau de intensidade no processo de *Burnout*” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 145).

A depressão foi uma patologia citada por dois trabalhadores desgastados, evidenciando a necessidade de intervenções que resgatem a saúde desses indivíduos. Cabe lembrar neste momento que talvez estes sintomas não sejam percebidos pelos demais membros da equipe, pois, paradoxalmente, o contentamento é um comportamento enfatizado na cultura dos serviços de saúde, e o profissional vive mergulhado nesse contexto cultural, recebe pressões que facilitam a internalização desse valor. Assim, muitos tendem a negar e ocultar de si e dos outros suas decepções, os mal-estares e dores psíquicas, ou até mesmo físicas. Instala-se assim, a cultura do contentamento, o da saúde perfeita (SELIGMANN-SILVA, 2004). Nesse contexto é proibido revelar sofrimentos, dores e doenças, e o profissional tende a evitar revelá-los e desta forma torna-se susceptível ao agravamento destes.

Problemas físicos: dermatológicos (manchas na pele e micoses); respiratórios (asma e bronquite); circulatórios (varizes); e da coluna vertebral, foram identificados pelos trabalhadores como alterações de saúde decorrentes das atividades laborais.

*[...] me preocupo com as varizes [...] tenho manchas no rosto por causa do sol [...] micose , ainda já peguei bicho-de-pé (E4).*

*Tenho um problema de coluna [...] estou em tratamento com o traumato, ele disse que consequência do trabalho (E6).*

Apenas um profissional, entre os esgotados, revelou não identificar nenhum problema de saúde, porém enfatiza que isto se deve aos cuidados especiais que tem com sua saúde, incluindo alimentação, exercícios físicos, entre outros.

Quando um indivíduo consegue transformar o sofrimento em criatividade, traz uma contribuição que beneficia a identidade, desta forma aumenta sua resistência ao risco de desestabilização psíquica e social, e o trabalho passa a ser mediador para a saúde (DEJOURS e JAYET, 1994).

O sofrimento pode desembocar em lógica defensiva (sofrimento patogênico) e criativa, ou seja, prazer e sofrimento são entendidos como duas linhas que não se excluem, mas que também não se cruzam obrigatoriamente (DEJOURS, 1992).

Quanto aos trabalhadores não-esgotados, estes não identificaram sinais ou sintomas de alterações em sua saúde decorrentes do trabalho.

Entretanto, alguns relataram problemas na coluna vertebral, decorrentes da postura corporal que adotam ao longo do trabalho e pelo carregamento de peso.

*[...] só dor nas costas, mas é só da coluna, dor lombar crônica, é muito decorrente da postura (NE6).*

As dores na coluna cervical e lombar possuem alta incidência, algumas vezes, o profissional se vê “travado” durante dias (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

As dores nas costas representam um expressivo problema para os trabalhadores de saúde, que atribuem como fator de risco para lombalgias o transporte e a movimentação de pacientes, a postura inadequada e estática, e a inadequação do mobiliário e dos equipamentos (NISHDE e BENATTI, 2004).

Marcantemente, ao defrontarem-se as respostas dos trabalhadores esgotados e não-esgotados, fica evidente o maior índice de alterações físicas entre aqueles, os mesmos apontaram mais de quinze alterações de saúde, enquanto estes apenas uma. O sofrimento psíquico é evidente no primeiro grupo, bem como os sentimentos negativos associados ao trabalho, o que certamente os afeta.

Lembra-se que prazer e sofrimento são vivências subjetivas, de indivíduos que possuem uma história, vivências e crenças singulares, sendo assim, sofrimento e prazer no trabalho são diferentes para cada um.

Portanto, no universo laboral temos vários sujeitos experimentando cada um por si um sofrimento único, os quais seriam, contudo, capazes de unir esforços para construir estratégias defensivas comuns (DEJOURS e JAYET, 1994).

#### 5.2.5 A relação dos trabalhadores com o trabalho

Para finalizar a entrevista pediu-se para os trabalhadores caracterizarem sua relação com o trabalho de uma forma geral. Os esgotados caracterizaram como uma “boa relação”, ou seja, positivamente. Isto se deve, segundo eles, por se identificarem com a área de atuação. A maioria utilizou a expressão “*eu gosto do meu trabalho*”.

Dois deles associam as palavras “amor” e “dedicação” ao trabalho que executam na ESF. Entretanto, ao longo das falas surgiram as expressões negativas como: “minha relação é muito estressante”; “estou muito insatisfeito” “estou desmotivado” e “a carga é pesada”.

É importante ressaltar que, dificilmente, um indivíduo sente-se totalmente realizado em seu trabalho o tempo todo. Acredita-se que a motivação está, justamente, naquilo que se objetiva alcançar, no que ainda não se possui, nas metas que se estabelece.

Entretanto, é evidente o paradoxo entre a exaustão vivida pelos trabalhadores e o fato de continuarem gostando e exercendo as atividades que desenvolvem. Acredita-se que talvez pelo fato de se identificarem com as mesmas e com a área em que atuam, se mantêm no ambiente laboral.

Aparentemente, por gostarem da área e/ou das atividades que desenvolvem na ESF continuam enfrentando as insatisfações do trabalho. Desta forma, a identificação com as tarefas serve como mediadora do sofrimento gerado pelas dificuldades no relacionamento com os colegas e pela falta de recursos, entre outros problemas identificados por eles.

O salário e a necessidade de manter-se, também podem justificar a permanência em uma determinada profissão ou local de trabalho, como revelou uma profissional desgastada que participou do estudo. Avaliando-se, individualmente,

esta mulher apresentou o maior índice da Síndrome de *Burnout*, bem como relatou estar acometida por depressão.

Outro aspecto importante e comum na sociedade capitalista é o valor social do trabalho. Por se sentirem úteis; pelo fato do trabalho conferir-lhes identidade na sociedade; bem como por ser por meio dele que os sujeitos garantem sua sobrevivência e, para alguns, a sobrevivência de outros; são aspectos que contribuem para que os trabalhadores não abandonem determinadas atividades laborais que caracterizam como geradoras de insatisfação.

Apesar de, esses sujeitos assistirem populações e indivíduos carentes sob muitos aspectos e em situação de fragilidade, não é aí que está a origem dos problemas; são a rede de apoio, a teia das relações, o processo de trabalho e a qualidade dos serviços que geram o sofrimento no trabalho. O adoecimento aparece como consequência disso e se manifesta no corpo dos indivíduos por meio da Síndrome de *Burnout*, entre outros problemas.

Os trabalhadores não-esgotados, por sua vez, fizeram associações positivas com o trabalho, como revelam as falas:

*[...] eu gosto, eu tenho prazer em levantar de manhã e saber que eu vou estar dentro do posto para trabalhar (NE2).*

*[...] é um trabalho muito gratificante e motivador [...] a maioria dos trabalhadores, principalmente aqui, faz com muito amor e dedicação (NE6).*

A satisfação e motivação no trabalho são evidentes nesse grupo dos não-esgotados.

Ao compararem-se as respostas entre esgotados e não-esgotados, ambos, em um primeiro momento, atribuem valor positivo a sua relação com o trabalho, entretanto, na continuidade das entrevistas os primeiros resgatam o estresse e o sofrimento psíquico, enquanto os segundos mantêm valores positivos ao longo de todas as suas falas. O estresse para estes é tido como “dentro da normalidade” e até mesmo como mobilizador; enquanto para aqueles extrapola suas capacidades de adaptação, o que explica o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Ainda, percebeu-se que nem todos os trabalhadores esgotados conseguem identificar que estão sendo acometidos pela Síndrome de *Burnout* e suas

conseqüências, o que os torna ainda mais vulneráveis à cronificação do adoecimento e desgaste no trabalho.

É preciso lembrar ainda que, existem fatores extralaborais que também devem ser considerados com a mesma importância. É necessário fomentar valores pessoais e familiares, incentivando que os trabalhadores aproveitem os momentos de convivência com a família e com os companheiros de trabalho (BELTRÁN *et al*, 2005). Dessa forma, é essencial que os trabalhadores identifiquem e desenvolvam estratégias de enfrentamento que favoreçam sua saúde e retomem a satisfação no trabalho.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar-se compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores das equipes da ESF de Santa Maria e as implicações para sua saúde identificou-se entre os 86 participantes, seis trabalhadores acometidos pela Síndrome de *Burnout*.

Verificou-se que, tanto os dados coletados com o Inventário de *Burnout*, quanto na entrevista se complementam, uma vez que os primeiros apontaram sujeitos com e sem a Síndrome de *Burnout* e a entrevista detalhou as diferenças entre os grupos de trabalhadores esgotados e não-esgotados. Assim, as análises qualitativas e quantitativas convergiram e se completaram, reafirmando a potencialidade da associação destas abordagens nos estudos que tratam da saúde do trabalhador, devido à complexidade da realidade laboral do campo da saúde.

A parte quantitativa do estudo identificou que 6,97% dos trabalhadores apresentaram escores elevados no Inventário de *Burnout*, sendo a idade jovem a única variável com associação estatística significativa com a Síndrome ( $p= 0,034$ ). Acredita-se que pela pouca experiência, os indivíduos mais jovens do ESF possuem maior insegurança que os mais velhos, ou chocam-se com a realidade do trabalho, quando percebem que o mesmo não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos.

Percebe-se que a busca de produtividade esbarra nos limites dos próprios seres humanos e isso resulta em seu sofrimento. Os avanços tecnológicos não conseguem motivar os trabalhadores, amenizar a passividade, a alienação, a depressão, a fadiga, o estresse e a Síndrome de *Burnout* (MUROFUSE; ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005).

Os dados qualitativos, da segunda fase do estudo, revelaram que os indicativos de efetividade da assistência prestada são os principais geradores de satisfações no trabalho tanto para trabalhadores esgotados como para os não-esgotados.

Destaca-se que a ESF é uma estratégia que busca a integração e promove a organização das atividades de saúde em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados. Dessa forma, preconiza que as ações se traduzam em serviços resolutivos, integrais e humanizados.

Entre as principais fontes de desgaste e problemas, tanto para os trabalhadores esgotados como os não-esgotados, destacaram-se a falta de recursos, a má administração dos mesmos, entre outros problemas do sistema de saúde, que dificultam as ações. Essas levam à baixa resolutividade dos serviços da ESF, à falta de crédito dos trabalhadores frente à população, bem como justifica a superlotação dos serviços de pronto-atendimento e hospitais.

Para os trabalhadores das equipes do Município de Santa Maria há problemas na administração dos recursos, sendo necessário rever as ações dos gestores na adequação destes às necessidades das USFs, declararam que há falta de conhecimento das reais deficiências dos serviços, por parte dos gestores.

Nesse sentido, é necessário destacar que a ESF coloca-se como porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Assim requer que as equipes extrapolem a esfera das intervenções curativistas e individuais, exigindo ações reflexivas e críticas que sintetizem saberes e práticas complexas, as quais alcancem os indivíduos, famílias e coletividades.

Assim, a ESF salienta-se como um modelo de atenção em construção que requer investimentos permanentes para implantação das equipes, qualificação dos trabalhadores, sensibilização dos gestores e da população para que se possa mudar, efetivamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil.

Para fazer frente aos problemas vivenciados na realidade laboral, verificou-se que os trabalhadores não-esgotados utilizam, na maioria das vezes, estratégias coletivas para o enfrentamento dos conflitos, enquanto os esgotados utilizam, principalmente, estratégias individuais, voltadas para as emoções. Estes buscam seus próprios recursos ou usam mecanismos de fuga como alternativa para conviver com as situações conflitantes, os quais são pouco resolutivos, levam ao sofrimento e à frustração no trabalho, pois não eliminam ou amenizam os problemas laborais.

Por outro lado, os trabalhadores não-esgotados buscam o suporte social, o engajamento em estratégias pró-ativas de controle, diante de situações estressantes, o que os torna menos susceptíveis ao estresse e ao sofrimento.

Nesse contexto, o trabalho coletivo, em equipe multidisciplinar se revelou como um diferencial em relação aos trabalhadores esgotados e não-esgotados que participaram da pesquisa. A equipe se destacou para estes, como ponto de apoio para a resolução dos problemas e geradora de satisfação no trabalho, enquanto para os esgotados ela causa problemas e gera insatisfação.

Para os não-desgastados o relacionamento em equipe é uma fonte de satisfação e a rede de relações interpessoais uma fonte de apoio para o enfrentamento dos problemas, enquanto para os desgastados é fonte de desgaste profissional e gerador de diversos conflitos laborais.

Destaca-se que o trabalho na ESF exige disposição dos indivíduos para trabalhar em grupo, pois todas as ações devem ser pautadas por decisões coletivas, o que sugere que os trabalhadores esgotados apresentam dificuldades para trabalhar nessa modalidade de atenção.

O tempo de experiência na profissão, apesar de não estar associada à Síndrome de *Burnout* na análise quantitativa, marcou as falas dos trabalhadores não-esgotados como fonte de subsídios para enfrentar as situações problemáticas. A conjugação entre a maturidade e as diversificadas experiências vividas, ameniza a angústia gerada por algumas situações laborais.

Cabe lembrar que cada pessoa atribui um valor singular, comprometimento e expectativas em relação ao trabalho. Neste estudo, o contexto organizacional e as relações interpessoais do cotidiano laboral mostraram-se determinantes para o estresse laboral de alguns trabalhadores e fonte de apoio para outros.

Outro aspecto marcante no estudo refere-se às alterações de saúde relatadas pelos trabalhadores. Os esgotados apresentaram uma variedade de alterações da saúde, enquanto os não-esgotados citaram uma ou nenhuma patologia relacionada ao trabalho. O sofrimento psíquico é evidente no primeiro grupo, bem como os sentimentos negativos associados ao trabalho, o que certamente afeta esses trabalhadores e, conseqüentemente, o grupo em que estão inseridos.

O grupo de trabalhadores esgotados, ou seja, com a Síndrome de *Burnout*, revelou variados sintomas físicos; psíquicos; comportamentais e defensivos. Acredita-se que o somatório desses agrava o sofrimento, repercute na equipe de trabalho e nos usuários dos serviços de saúde e, em geral, leva à somatização, agravando problemas existentes e originando outros.

Entre os sintomas físicos destacaram-se os problemas da coluna vertebral que atingem tanto os trabalhadores esgotados como não-esgotados, tornando-se problemas que necessitam de uma rápida intervenção.

Ao caracterizarem a relação que possuem com o trabalho, os trabalhadores esgotados justificaram sua permanência no serviço, mesmo sendo acometidos pelo sofrimento e adoecimento no trabalho, devido à afinidade com a área de atuação.

Observou-se nas falas, que a identificação com as tarefas serve como mediadora do sofrimento gerado pelas dificuldades no relacionamento com os colegas e pela falta de recursos, entre outros problemas identificados por eles.

A Síndrome de *Burnout* leva à perda do sentido do trabalho, os trabalhadores acometidos por ela sentem que as atividades não fazem mais sentido e que não há nada que possam fazer para alterar essa situação. Essa pode acometer qualquer trabalhador, indiferente de sua formação, sexo ou função, não sendo exclusiva de uma categoria profissional ou de uma realidade social e/ou cultural.

Dessa forma, faz-se necessário o controle dos níveis de estresse dos trabalhadores da atenção básica, buscando-se detectar precocemente os problemas que elevam os níveis de estresse e a Síndrome de *Burnout*, bem como instaurar ações preventivas e interventivas, a fim de amenizar os desgastes da equipe e do trabalhador, bem como favorecer a qualidade de vida e, conseqüentemente a assistência prestada.

Percebe-se que os indivíduos estudados têm como ponto central para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, os problemas relacionais e organizacionais, portanto, deve-se investir na implantação de estratégias de intervenção e prevenção do estresse laboral, bem como, melhorar o ambiente e o clima de trabalho entre as ESFs do Município. Sugere-se a criação de programas de socialização, de apoio social, de aprimoramento do trabalho em equipe, planejamento dos serviços com auxílio dos membros das ESF, a fim de facilitar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos, bem como aprimorar a qualidade dos serviços públicos.

Dessa forma, é preciso considerar a importância das estratégias organizacionais e programas de promoção da saúde entre os trabalhadores da ESF, visando melhorias no ambiente de trabalho, na estrutura dos serviços públicos e medidas voltadas para o fortalecimento das relações sociais de apoio da equipe. Lembrando-se que o trabalhador se destaca como sujeito singular e o trabalho como norteador do seu processo saúde/doença, bem como fonte de satisfação/insatisfação e prazer/sofrimento.

Por fim, percebe-se que ao buscar entender as implicações do estresse e da Síndrome de *Burnout* para a saúde dos trabalhadores pode-se identificar alternativas possíveis de modificar os problemas do micro-espço do trabalho, das relações

interpessoais e também fatores macro-organizacionais que envolvem aspectos da cultura organizacional e social do trabalho.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, A. A. V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, 2005, p. 85 – 91.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador**: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. 2001. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

\_\_\_\_\_. *et al.* A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2007, p. 503-510.

BERMUDÉZ, J. **Psicología de la personalidad**. 2 ed. Madrid: UNIDED, 1994.

BELTRÁN, C. A. *et al.* Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. **Anales de la Facultad de Medicina**, n. 3, 2005, p. 225.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 230 p.

BIANCHI, E.R. **Estresse em enfermagem**: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico. 1990. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

BORGES, L. de O.; TAMAYO, A; ALVES FILHO, A. Significado do trabalho entre trabalhadores de saúde. In: BORGES, L. de O. (org). **Os trabalhadores de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 143- 198.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica. Atenção Básica: Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>. Acesso em: 04 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Perfil de competências trabalhadores do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2004. 78 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2002. 131 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 176 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Decreto 3.048/99**, de 6 de maio de 1996. Regulamento da Previdência Social. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196/96**, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. 1990. 35 p.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003 p. 157-183.

CAMELO, S.; ANGERAMI, E. Riscos Psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família. In: X COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACION EM ENFERMERIA, 27-30 nov 2006, Buenos Aires. **En salud el cuidado enfermero marca la diferencia**. Buenos Aires: Encuentro Grupo Editor, 2006. p. 56-57.

\_\_\_\_\_. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n.1 Ribeirão Preto, 2004.

CAMPOS, G.W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, 386 p.

CALVETE, E.; VILLA, A. **Bunout y sintomas psicológicos: modelo de medida y relaciones estructurales**. *Ansiedad y estrés*, n. 6, 2000. p. 117-30.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout*: um tipo de estresse ocupacional. **Caderno Universitário**. Porto Alegre: 2001.

CECCIM, R. B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde: Revista do NIPESC**, v.3 e 4, n. 2 e 4. Porto Alegre, 1999, p. 59 - 77

CHANLAT, J. F. Teorias do stress e psicopatologia do trabalho. **Revista Prevenir**, n. 20, 1990, p.10.

CODO W.; GAZZOTTI, A. A. Trabalho e afetividade. *In*: CODO W (coord.). **Educação: carinho e trabalho**. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999. p. 48-59.

\_\_\_\_\_.; VASQUES-MENEZES, I. Educar, educador. *In*: CODO W (coord.). **Educação: carinho e trabalho**. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999. p. 37-47.

\_\_\_\_\_, HITOMI A. H, SAMPAIO J. J. C. **Indivíduo, trabalho e sofrimento** – Uma abordagem interdisciplinar. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994. 280 p.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V. de; ALMEIDA, P. C de. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 3, 2003. p. 63 - 71

COTRIM G. **Fundamentos da Filosofia**: história e grandes temas. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 336 p.

DAL PAI, D. **Enfermagem, trabalho e saúde**: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 156 p.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 1997. 198 p.

\_\_\_\_\_.; **A loucura do trabalho**. Trad. : Paraguay, A. L; Ferreria, L.L. 5 ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992. 163 p.

\_\_\_\_\_, JAYET C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. *In*: DEJOURS C; ABDOUCHELI E. e JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 152 p.



FACCHINI, Luís Augusto. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. 156 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. de (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2004. 350 p.

FONTOURA, M. D. et al. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. In: GARRAFA, V.; CORDON, J. (ORG). **Bioética.** São Paulo: Gaia, 2006. p. 157 – 61.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cadernos de Saúde Pública.** Minas Gerais, 1999, n. 15, p. 345- 53.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF:** contradições de um programa destinado à mudanças do modelo assistencial. Campinas: Mimeo, 1999, 32 p.

FREUDENBERGER, H.J.; RICHELSON, G. **Estafa:** o alto custo dos grandes empreendimentos. Trad. Maria Elisabeth Padilha. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991. 210 p.

FREUDENBERGER, H.J. Staff burn-out. **Journal of Social issues**, 30, 1974, p. 159 – 165.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 208 p.

GIL-MONTE, P; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo:** el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997.

GONZALES, R. M. B. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?**, 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia:** adaptando o trabalho ao homem. Traduzido por João Pereira Stein. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 327 p.

GUIDO, L. **Stress e Coping entre enfermeiros do Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica**. 181 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

HUNGLER, B. P; BECK, C. T; POLIT, D. F. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

JAPIASSÚ H; MARCONDES D. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 320 p.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G; KATZ, D.L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 432 p.

KIRCHHOF, A. L. C et al. Os trabalhadores assistidos no Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria: os acidentes de trabalho e suas implicações pessoais e trabalhadores. **Relatório de Pesquisa**. Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria, FAPERGS. Dez. 2001. 62 p.

LAROUSSE. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Cultura, 1992.

LAURELL A. Processo de trabalho e saúde. **Revista saúde em debate**. Debes, n.1, 1982. p. 8-11.

\_\_\_\_\_. NORIEGA M, **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 130 p.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 276 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca, Espanha, 1995.

\_\_\_\_\_;CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. de. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, n. 6, 1999.

\_\_\_\_\_. O Processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras *In*: HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A Enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001. p. 114-140.

LAZARUS, A.; FOLKMAN, S. Coping and adaption. *In*: Gentry, W. D. **Handbook of behavioral medicine**. Nova York: Guilford, 1984.

\_\_\_\_\_. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martinez Roca, 1986. p. 468 .

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. **Saúde da Família**: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família*, n. 1, 1996, p.3 – 8.

LIPP, M. As implicações do estresse excessivo nos casos de farmacodependência. **Estudos de Psicologia**, n. 1, 1987, p. 170 -1975.

\_\_\_\_\_. **Pesquisas sobre estress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papirus, 1996. 186 p.

\_\_\_\_\_. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 6, 2001, p. 347-49.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Lisboa: edições 70, 1989. 172 p.

MARZIALE, M. H.; MELO, M. R. A. da C.; SILVA, E. M. A postura corporal adotada pela enfermeira durante a execução de seu trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 19, 1995, p. 19 – 24.

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

\_\_\_\_\_.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste. Campinas: Papirus, 1997.

\_\_\_\_\_.; SCHAUFELI, W. B; LEITER, M. P. *Job Burnout*. **Annual Review of Psychology**, n. 52, 2001, p. 397 – 422.

MENDES, R. et al (org). **Patologia do trabalho**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 986 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.

MERHY, E. E.; CECILIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: Contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, 1991, p.83-89.

MEYER, D. E., WALDOW, V.R.; LOPES, M. J. M. (Org). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 182 p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 286 p.

MORENO, B.; GARROSA, E.; GONZÁLEZ, J. L. *El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE*. **Archivos Prev. de Riesgos Laborales**, n. 3, 2000, p. 18 – 28.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2005.

NEVES, M.Y.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. *In*: ARAUJO, A; ALBERTO, M.F.; NEVES, M.Y.; ATHAYDE, M. (Org). **Cenários do Trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 19-50.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 4, 2004, p. 406-14.

ODDONE I. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986. 133 p.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n. 23, 2007. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14142832007000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832007000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Fev 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Bureau International du Travail – Les Facteurs Psychosociaux Travail – Nature, incidentes et Prévention. Serie Sécurité, Hygiène et Medicine du Travail**, Genève, 56, 1986.

PARAGUAY, A. I. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 70, 1990, p. 40 – 43.

PEREIRA, A. M. et al. (Org). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 279 p.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, n. 2, 2003, p. 153 – 158.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 347f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família**: realidade ou desejo?. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1965.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste Mental no trabalho Dominado**. São Paulo: Cortez, 1994. 187 p.

\_\_\_\_\_. Os riscos da insensibilidade. In: ARAÚJO, A. et al (org). **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SOCRATTO, L.; OLIVER-HECKLER, C. Trabalho: atividade humana por excelência. In CODOW (coord.). **Educação: carinho e trabalho**. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999. p. 111-21.

SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 3, n. especial, 2000, p. 25 – 30.

TRINDADE, L. L. **Saúde do Trabalhador**: em busca da valorização do agente comunitário de saúde. 2005. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 221-35.

VEGA, E. D; URBÁNIZ, A. P. *El síndrome de Burnout en el médico*. Madrid: Smithkline Beecham, 1997.

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Título da Pesquisa: **O ESTRESSE LABORAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: implicações para a Saúde do Trabalhador**

Pesquisadora: Mestranda Leticia de Lima Trindade

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

### Consentimento Livre e Esclarecido

Eu.....informo que fui esclarecido, de forma detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção sobre a pesquisa “O ESTRESSE LABORAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: implicações para a Saúde do trabalhador” . Este estudo tem como objetivos compreender o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Maria e as implicações para a saúde, bem como: avaliar o *Burnout* desses trabalhadores, conhecer as principais causas de estresse, identificar as formas de enfrentamento que utilizam perante à realidade vivenciada no cotidiano de trabalho e conhecer as alterações de saúde apresentadas pelos trabalhadores com a Síndrome de *Burnout*.

A coleta de dados será realizada em duas etapas, podendo ser requerida minha participação em dois momentos. As técnicas de coleta das informações serão através do preenchimento de um questionário (Inventário de *Burnout*), na primeira etapa da pesquisa, e responder a uma entrevista semi-estruturada, na segunda etapa da pesquisa. Os dados depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados, ficando os pesquisadores comprometidos de apresentarem o relatório final à Secretária de Saúde de Santa Maria, para que os trabalhadores da ESF e seus gestores possam conhecer os resultados deste estudo.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

**Data:**.....

**Nome e Assinatura do participante da pesquisa:**.....  
.....

**Assinatura da Pesquisadora:** .....

**Telefone para contato com a pesquisadora: (055) 8114-6008 ou (055) 3222-8791**

**Assinatura da Orientadora:** .....

**Telefone para contato com a orientadora: (051) 3308-5171**



## APÊNDICE B - Entrevista semi-estruturada

1. O que você considera que traz maior satisfação e motivação no seu trabalho?
2. O que você considera que traz(em) maior(e)s problema(s) ou desgaste(s) no seu trabalho?
3. Quais as formas de enfrentamento que você utiliza frente a estas dificuldades no trabalho? (Como você costuma lidar com situações problemáticas no trabalho?)
4. Você tem algum problema/alteração em sua saúde decorrente do trabalho? ( )  
Sim ( ) Não  
Em caso positivo: Qual(is)? Por quê ou como você o(s) relaciona com o trabalho?
5. Como você caracteriza a sua relação com o trabalho?

## ANEXO A - Dados de identificação e Inventário de *Burnout*\*\*

### Dados de Identificação

Nome: .....

Equipe de ESF onde trabalha: .....

Profissão: .....

Idade:.....

Anos de estudo:.....

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Estado civil: ( ) tem companheiro/cônjuge

( ) não tem companheiro/cônjuge

Tem filhos: ( ) sim

( ) não

Tempo que trabalha na profissão:..... (anos e meses)

Tempo que trabalha na Estratégia de Saúde da Família:.....(anos e meses).

Você escolheu trabalhar nessa área? ( ) sim ( ) não

Você recebeu treinamento para trabalhar na ESF? ( ) sim ( ) não

Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando na ESF?

( ) realizo afazeres domésticos;

( ) trabalho em outro local;

( ) Leituras de jornal, revistas, livros;

( ) assisto televisão; vou ao cinema;

( ) estudo;

( ) realizo alguma atividade física.

Na continuação, encontrará uma série de enunciados acerca de seu trabalho e de seus sentimentos referentes a ele. Peça sua colaboração para responder a eles tal qual os

---

\* Instrumento construído por Maslach (MASLACH e JACKSON, 1981) e traduzido por Lautert (1995).

sente. Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa, veridicamente, sua própria experiência.

Apresento um exemplo que lhe ajudará a compreender o tipo de tarefa que deverá realizar. As frases que encontrará são desse tipo:

“Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho”.

A cada frase deve responder expressando a freqüência que tem esse sentimento. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

**Marque com um “X” nas respostas que expressam seus sentimentos**

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho sinto-me fadigado. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

---

4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

5. Sinto que estou tratando alguns usuários de meu trabalho como se fossem objetos pessoais. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

8. Sinto que meu trabalho está me desgastando. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

13. Sinto-me frustrado por meu trabalho. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

14. Sinto que estou trabalhando de mais. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

15. Sinto que realmente não importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os usuários do meu trabalho. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender. Com que freqüência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

22. Parece-me que os receptores de meu trabalho, culpam-me por alguns de seus problemas. Com que frequência sente isso?

<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na semana</b>	<b>Diariamente</b>

## **ANEXO B – Escala de conversão do Inventário de *Burnout***

### **DESGASTE EMOCIONAL**

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.
2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.
3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho sinto-me fadigado.
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.
8. Sinto que meu trabalho esta me desgastando.
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.
14. Sinto que estou trabalhando de mais no meu trabalho.
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.

### **DESPERSONALIZAÇÃO**

5. Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos pessoais.
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.
11. Preocupo-me com este trabalho que esta endurecendo-me emocionalmente.
15. Sinto que realmente não importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
22. Parece-me que os receptores de meu trabalho, culpam-me por alguns de seus problemas.

### **INCOMPETÊNCIA**

4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.
9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.



**ANEXO C – Folha de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.**