

ANÁLISE DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ/AL

*Idenise Naiara Lima Soares
Luana Cavalcante Galindo de Souza
Amanda Feitosa Lisboa Castro
Carlos Frederico de Oliveira Alves
Faculdade de Ciências Humanas*

RESUMO: *Objetivou-se conhecer o nível de estresse ocupacional, bem como a ocorrência da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió/AL. Foram aplicados três inventários validados: o ISSL para diagnóstico do Estresse, o MBI, voltado ao diagnóstico da Síndrome de Burnout e o EVENT, enquanto Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. Selecionou-se 58 profissionais, distribuídos em sete distritos. Foi constatada a ocorrência de vivências de estresse, em suas diferentes fases diante do universo estudado, não se detectando, entretanto, Síndrome de Burnout, fato que não exclui a importância do desenvolvimento de ações preventivas.*

PALAVRAS-CHAVE: *Estresse Ocupacional. Síndrome de Burnout. Estratégia Saúde da Família.*

ABSTRACT: *The objective was to determine the level of occupational stress and the occurrence of Professional Burnout Syndrome in the Family Health Strategy in the city of Maceió / AL. We used three validated inventories: the ISSL for diagnosis of stress, the MBI, facing the diagnosis of burnout syndrome and events, while Scale Vulnerability to Stress at Work. We selected 58 professionals spread across seven districts. Has been found the occurrence of stressful experiences in different phases of the universe studied before, was not detected, however, burnout syndrome, which did not exclude the importance of developing preventive actions.*

KEY WORDS: *Occupational Stress. Burnout Syndrome. Family Health Strategy.*

INTRODUÇÃO

As questões em torno da saúde dos trabalhadores de saúde têm se tornado, desde a Constituição de 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), uma temática que desperta interesse de muitos segmentos da sociedade, embora perceba-se que, em termos práticos exista uma grande escassez de ações eficazes e prioritariamente voltadas para a promoção de uma atenção específica para esta população, muitas vezes identificada apenas como sendo formada por doadores de saúde, a qual termina por se constituir, muitas vezes, como carentes da própria saúde que buscam promover.

O profissional de saúde encontra-se imerso em condições e rotinas de trabalho permeadas pelo sofrimento e aproximação de fenômenos dolorosos como limitações e perdas, o que pode resultar em vivências de adoecimento, as quais nem sempre são esperadas.

Segundo Alves (2005), mesmo diante de um cenário permeado por sinalizações de sofrimento e dor, evidenciada por queixas diversas, percebe-se haver certa escassez de estudos referentes à saúde dos profissionais de saúde, mais especificamente, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cenário, insere-se a Estratégia Saúde da Família, anteriormente denominada de PSF (Programa Saúde da Família). Tal estratégia se fundamenta numa ação territorial, que compõe a rede básica de saúde, correspondendo à principal estratégia de operacionalização do SUS.

Ao entender saúde como um fenômeno que não se limita somente a ausência de doenças, mas sim como um bem estar biopsicossocial, faz-se relevante ampliar o olhar para as necessidades emergentes na vida das pessoas, principalmente as que estão inseridas nas comunidades economicamente menos desfavorecidas, que muitas vezes adoecem chegando ao óbito por falta de cuidados básicos de saúde.

Tendo em vista essa realidade gritante, em 1994 inicia-se um programa inovador do modelo assistencial da saúde PSF- Programa Saúde da Família, colocando-se em prática mediante a implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

As unidades básicas de saúde podem ser entendidas como um local, que serve como porta de entrada do sistema de saúde, prestando à comunidade um atendimento contínuo das especialidades básicas como clínica médica, pediátrica, ginecológica, visando desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde

A ESF é a porta de entrada do Sistema Único de saúde. E substitui as práticas convencionais por ter maior capacidade para atender as necessidades de saúde da população de sua área, e acompanhar de maneira integral ...” (BRASIL, 2006).

De acordo com Andrada, Barreto, Fonseca (2004) apud Weber (2006) a ESF é o modelo de reorganização de atenção primária à saúde peculiar do Sistema Único de Saúde Brasileiro que toma como base as participações das equipes multiprofissionais, as quais se responsabilizam pela saúde integral além de contínua à saúde, a famílias, residentes em uma área geográfica com limites definidos.

A equipe de saúde da família, ao se responsabilizar por alguma demanda, desenvolve seus objetivos a fim de promover a saúde não somente para o indivíduo mas toda sua família. O agendamento das consultas é em geral, realizada pelo agente comunitário que ao visitar as casas do usuário, entram em contato com as necessidades, ouvindo e sentindo nessa relação com a comunidade a real necessidade emergente. As consultas de rotinas costumam ser agendadas em um prazo de 15 a 20 dias, salientando que, em caso de urgência o usuário pode procurar diretamente a sua unidade de saúde. (BRASIL, 2006).

Ao entender todo o contexto da ESF, percebe-se a viabilidade da estratégia em beneficiar a comunidade no que diz respeito a saúde consequentemente a qualidade de vida como um todo.

Os trabalhadores da saúde tem em mãos a possibilidade de reverberar a saúde para todos os indivíduos e familiares, porém muitas vezes vêm-se limitados por diversos fatores que influenciam no seu trabalho, limitando-os de atingir seus objetivos, chegando até a comprometer sua qualidade de vida, adoecendo-o.

Alves (2005) aponta que estar diante do outro que sofre e demanda cuidado é uma experiência desalojadora, que suscita uma série de sentimentos, medos e ansiedades. O cuidar é uma questão complexa e que envolve uma série de fatores de ordem subjetiva que muitas vezes são ignorados. O Profissional de Saúde, enquanto cuidador e necessitado de cuidado está sujeito a uma série de conflitos e possibilidades, os quais nem sempre são esperados não sabendo lidar com eles.

Frente ao exposto, é possível suscitar reflexões acerca da saúde dos profissionais da ESF, tendo em vista que além de trabalharem no âmbito da saúde, lidam cotidianamente com vivências estressoras no seu ambiente de trabalho e na comunidade, e, em não havendo um cuidado voltado para estes profissionais, podem vivenciar um cenário onde se encontram cuidadores descuidados.

Fazem parte da Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF): médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS). Assim sendo, e uma vez que tal estratégia constitui-se num dos principais pilares do SUS, a preocupação com o conhecimento da condição de saúde de seus componentes (trabalhadores de saúde), tendo em vista sua proteção, se faz de grande importância e relevância sócio-sanitária.

Diversos estudos destacam uma série de manifestações comuns aos trabalhadores de saúde diante do sofrimento imposto pelas relações, volume e condições de trabalho: tensão muscular, insegurança, desânimo, isolamento, distúrbios gástricos, aumento na ingestão de substâncias psicoativas, irritabilidade, distanciamento físico (absenteísmo) ou mental (falta de atenção), depressão, medo, ansiedade e suicídio (ALVES, 2005; ANGERAMI, 1998; BENEVIDES-PEREIRA & MORENO-JIMÉNEZ, 2002; COVOLAN, 1996).

O estresse pode contribuir para a etiologia e ontogênese de diversas doenças psicofisiológicas, como fator contribuinte ou desencadeador. Entre elas, ressaltam-se: úlceras digestivas, crises hemorroidárias, alterações da pressão arterial e nas paredes dos vasos sanguíneos, diversas afecções dermatológicas, artrites reumáticas, perturbações sexuais, comprometimento do sistema imunológico, além de alterações no humor, apatia, quadros depressivos, ansiedade e diversos psicóticos (LIPP, 1996; COVOLAN, 1996; MARIE-FRANCE HIRIGOYEN, 2002; MELLO FILHO, 1992; RODRIGUES & GASPARINI, 1992).

Experiências negativas, que provocam sofrimento, como citado anteriormente, muitas vezes tornam-se patológica devido sua intensidade e frequência, provocando as mais diversas reações, desde o desinvestimento no 'fazer' até a apresentação de sintomas, intenso sofrimento, ressaltando a depressão, pânico, entre outros transtornos, assim como estratégias de fuga, como abuso de álcool, uso de substâncias psicoativas, dentre outros, relacionados a altos níveis de estresse ocupacional, podendo culminar num estado de exaustão, evolução depressiva e cronificação, denominado pela literatura especializada de Síndrome de Burnout (DEJOURS, 1992; BAUK, 1985; CODO, 1999; ANGERAMI, 1998; BENEVIDES-PEREIRA & MORENO-JIMÉNEZ, 2002; COVOLAN, 1996).

Assim, frente a estas discussões, a corrente pesquisa tem por objetivo conhecer o nível de estresse ocupacional vivenciado pelos profissionais que compõem as equipes de saúde da família do município de Maceió/AL, tendo em vista o diagnóstico situacional bem como a discussão de possíveis estratégias e políticas de enfrentamento e diminuição de riscos e agravos à saúde do trabalhador. Sendo assim, buscar-se-á discutir o fazer profissional de trabalhadores de saúde inseridos nas ações da Estratégia Saúde da Família no contexto do SUS, tendo em vista conhecer sua dinâmica e possíveis impactos no estado de saúde dos profissionais; investigar como a temática acerca da saúde do trabalhador tem sido discutida na literatura especializada, principalmente no que se refere aos profissionais da atenção básica em equipe multiprofissional; identificar os principais fatores geradores de estresse no cotidiano dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; compreender a situação do profissional de saúde na contemporaneidade, face ao surgimento da *Síndrome de Burnout*, enquanto evolução secundária a quadros de estresse crônico.

A partir destas considerações, a pesquisa aponta para duas relevâncias básicas: a científica e a social. Científica, na medida em que se propõe a uma reflexão e análise teórica acerca do atual cenário de estresse ocupacional vivenciado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, tendo em vista o diagnóstico da problemática e discussão de seus determinantes e condicionantes biopsicossociais. Social, quando se propõe, a partir da análise dos dados a serem obtidos e desde que estes apontem para tais necessidades, a discutir possibilidades de ação e planejamentos de políticas, quer sejam por parte dos profissionais em

questão, quer por parte das instituições, academia, dentre outros, com o intuito de promoção de qualidade de vida e saúde ocupacional.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa em questão trata-se de um estudo de caráter exploratório, com a finalidade de realizar um levantamento acerca dos níveis de estresse ocupacional e ocorrência, ou não, da Síndrome de *Burnout* em profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Maceió/AL, na proporção de uma equipe por região administrativa (distrito sanitário). A base teórico-conceitual a ser utilizada na abordagem da temática do Estresse Ocupacional e Síndrome de *Burnout* será a Teoria Quadrifásica do Estresse (LIPP, 2000), que divide o estado de estresse em quatro fases: *fase de alerta*, *fase de resistência*, *fase de semi-exaustão* e *fase de exaustão*.

Foram adotados três questionários validados (01 para o diagnóstico estresse, 01 para a Síndrome de *Burnout* e 01 para avaliar a vulnerabilidade ao estresse no trabalho), além de questões abertas, apresentadas através de um questionário semi-estruturado, voltado para obtenção de informações complementares e compreensão do contexto de trabalho dos profissionais.

Para o diagnóstico do estresse e suas fases foi utilizado o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos - ISSL (LIPP, 2000), que considera tanto os sintomas físicos e psicológicos para o diagnóstico do estresse e a identificação da fase em que o sujeito se encontra. Trata-se de um instrumento validado e autorizado pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia), com uso restrito aos Psicólogos e estudantes com supervisão, que se adéqua à perspectiva teórica adotada, sendo este de autoria de um dos principais referenciais teóricos da pesquisa.

Para o diagnóstico da Síndrome de *Burnout*, foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* – MBI (MASLACH e JACKSON, 1996), que é um questionário auto-informe para ser respondido através de uma escala do tipo *Likert* de 07 pontos, indo de “0” para respostas como “nunca” e a “6” em respostas como “todos os dias”. De seus 22 itens, 9 são relativos à dimensão Exaustão Emocional (EE), 5 à Despersonalização (DE) e 8 à Realização Profissional (RP).

Considera-se com *Burnout* uma pessoa que revele altas pontuações em EE e DE, associada a baixos valores em RP. O mesmo possui duas versões semelhantes, uma para profissionais da saúde (MBI-HSS, *Human Services Survey*) e outra para docentes (MBI-ES, *Educators Survey*), diferindo apenas nos itens relativos aos usuários aos quais as atividades são direcionadas. Para o presente estudo, optou-se pela versão resumida, composta por 16 questões, e já validada pela literatura (BUSSING & ENZMANN, 1998 apud PERREIRA, 2002).

Segundo estes mesmos autores (idem) 90% das pesquisas têm utilizado o MBI ou alguma adaptação deste inventário, fato que se transformou em um dos fatores que motivou sua utilização, associado a sua praticidade e objetividade por ser curto e de fácil aplicação.

Para levantamento e análise da vulnerabilidade dos sujeitos a determinados fatores estressores em suas rotinas de trabalho, foi utilizada a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (2007), que se propõe a avaliar a repercussão individual de situações correntes no ambiente de trabalho, com ênfase em três fatores: o clima e funcionamento organizacional; pressão no Trabalho (Fator 1); a rotina de trabalho (Fator 2) e a infraestrutura (Fator 3).

Os sujeitos da pesquisa foram técnicos das variadas profissões que compõem uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, como médico, enfermeiro, odontólogo, Auxiliar de

Saúde Bucal, Auxiliar de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A amostra foi composta a partir da seleção por sorteio de uma equipe da ESF para cada distrito sanitário da cidade de Maceió/AL, formando assim um universo de sete equipes, dado existirem sete distritos.

Foram entrevistados 58 sujeitos, distribuído em 7 equipes conforme a tabela abaixo.

Distritos	Médico	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	Agente Comunitário	Odontólogo	Auxiliar de Dentista
I	1	1	2	5	0	0
II	1	1	2	4	1	0
III	0	0	2	6	0	1
IV	1	1	1	4	0	0
V	0	1	1	4	0	1
VI	1	0	2	4	0	0
VII	1	1	2	6	0	0
Total	5	5	12	33	1	2

O objetivo inicial era ter uma amostra composta em média por 70 sujeitos, a partir de levantamento realizado durante o planejamento das ações. Entretanto, com a ocorrência de fenômenos como férias e/ou licenças dos profissionais, dentre outros fatores, não foi possível obter tal amostra. Ressaltando que não houve algum tipo de negação dos sujeitos em participar da pesquisa, tendo assim uma receptividade positiva.

O recrutamento destes profissionais obedeceu às seguintes etapas: primeiramente, correspondeu a pactuação com a Coordenação Municipal de Atenção Básica, no sentido de autorizar a realização da pesquisa, disponibilizando o contato com os profissionais, bem como a possibilidade de uso das instalações públicas para a aplicação dos questionários da pesquisa.

A segunda etapa consistiu-se no estabelecimento de contato com os referidos profissionais e equipes, a fim de apresentar a proposta do estudo, bem como sensibilizá-los, tendo em vista sua adesão voluntária ao projeto de pesquisa, na qualidade de sujeitos entrevistados. Aqueles que aceitaram participar compuseram a amostra, sendo visitados, em data agendada no decorrer do processo, para esclarecimentos sobre o delineamento experimental da pesquisa, bem como para responder os questionários individualmente.

Buscou-se garantir a participação mínima de 01 (um) representante de cada categoria profissional atuante na ESF, em cada uma das Unidades de Saúde que compõem a amostra, posto que, este tipo de serviço tem na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade um de seus aspectos estruturantes e diferenciadores. Destaca-se a dificuldade de obterem-se dados relativos aos profissionais ligados à saúde bucal, justificada pelo fato de 01 um mesmo profissional, muitas vezes, assistir a mais de uma equipe, dificultando assim sua participação.

Foi realizada a tabulação e análise qualiquantitativa e posterior discussão e entrelaçamento dos dados encontrados com as questões teóricas postas no decorrer da pesquisa, vislumbrando novas possibilidades de compreensão do fenômeno.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Alves (2005), um dos temas que tem permeado boa parte das discussões referentes à saúde do trabalhador em nossos dias está relacionado ao conceito de estresse e suas repercussões na vida humana em seus diversos aspectos: físico, psíquico e social. Embora haja referências do uso do termo como significando aflição e adversidade, no século XIV, e opressão, desconforto e adversidade, no séc. XVII, a literatura aponta que foi Hans Seyle, em 1936, que utilizou pela primeira vez o termo inglês ‘*stress*’ no âmbito da saúde. A partir dos anos 50, houve uma proliferação de estudos relacionados ao tema, de modo que a ênfase, inicialmente, puramente fisiológica, foi abrindo espaço para outras considerações de aspecto psicossomático, sociopsicológico e organizacional (LIPP, 1996).

Mesmo em meio a diversas controvérsias no que tange à utilização do termo, é possível dizer que foi utilizado, originalmente, no sentido de denominar “*um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para a adaptação*” (SEYLE apud RODRIGUES & GASPARINI, 1992). Sendo assim, estimulado e tendo sua homeostase¹ ameaçada, o organismo tenderia a responder de modo uniforme e inespecífico, constituindo aquilo que Seyle denominou de Síndrome da Adaptação Geral.

Por agente *estressor* poderia ser entendido qualquer estímulo a que fosse submetido o indivíduo e, não somente, aqueles de conotação negativa, conforme geralmente compreendido². Por exemplo, tanto uma notícia de demissão quanto de admissão de um emprego, em tese, constituiria um evento estressor, de modo que sua intensidade, frequência e interpretação - cognitiva e afetiva - por parte do indivíduo, é que determinaria o caráter da reação a ser desencadeada. É neste contexto que se inserem as discussões acerca dos

fatores intervenientes na modulação da vivência estressante, os quais, em conjunto, é que denotariam a dimensão de utilidade ou prejuízo no processo adaptativo vivenciado.

O conceito de homeostase provém dos estudos de dois fisiologistas. Bernard, em 1879, sugeriu que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar de mudanças no ambiente externo e Cannon, em 1939, sugeriu o nome de homeostase para definir o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno nos organismos (LIPP, 1996).

A Teoria Quadrifásica do Estresse (LIPP, 2001) aponta a existência de fases distintas e relacionadas, caracterizadas pela natureza e momento da reação dos sujeitos ante a presença de estímulos estressores. A fase de Alerta, enquanto primeira fase, corresponde ao instante em que o indivíduo tem todo seu arsenal fisiológico e psicológico ativado, no sentido de prepará-lo para responder a um estímulo estressor, tendo em vista a recuperação da homeostase.

A fase de resistência corresponde a todo o momento em que o sujeito faz uso de suas reservas, tendo em vista a superação do agente estressor via adaptação ou extinção do fenômeno que provoca desequilíbrio. Em não havendo a possibilidade de retorno a uma condição de homeostase e cessação da situação estressora, o sujeito entraria numa etapa de sofrimento caracterizada por duas fases: a de Quase Exaustão, quando há uma oscilação entre estados de esgotamento e de recuperação parcial do sujeito e da de Exaustão, na qual o sujeito

¹ O conceito de homeostase provém dos estudos de dois fisiologistas. Bernard, em 1879, sugeriu que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar de mudanças no ambiente externo e Cannon, em 1939, sugeriu o nome de homeostase para definir o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno nos organismos (LIPP, 1996, p. 18).

² Existem na literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 31) discussões acerca de uma diferenciação entre o estresse negativo, também chamado de *Distresse*, em contraposição ao estresse positivo e não nocivo, denominado de *Eustresse*.

encontra-se com suas reservas esgotadas e instalam-se uma série de agravos, que podem comprometer severamente sua saúde e qualidade de vida.

Tabela 1- Referente ao estresse diagnosticado pelo ISSL

Distritos	Estresse Diagnosticado		Estresse não Diagnosticado	
	I	8		1
II	2		7	
III	5		4	
IV	5		2	
V	5		2	
VI	2		5	
VII	5		5	
Total	32	55,17%	26	44,82%

Segundo a Tabela 1, percebe-se que dentre os sujeitos da amostra (n= 58), 55,17% apresenta queixa significativa para o ISSL, referente ao estresse em algumas de suas fases, enquanto 44,82% não. Entretanto, a não existência de sintomas em frequência que justifique um diagnóstico positivo para o estresse por um sujeito, não significa a inexistência de agente estressor, apenas aponta que, em ocorrendo, o mesmo possui impacto modelado pelo sujeito a ele exposto. Tal dado reforça a complexidade do fenômeno do estresse, que tem em aspectos subjetivos como avaliação da situação estressora, resiliência, grau de vulnerabilidade, dentre outros, importantes mediadores que não podem ser desprezados.

Tabela 2- Distribuição de sujeitos com sintomas de estresse e percentuais relativos à proporção entre os mesmos e o total da amostra

Distritos	Alerta		Resistência		Quase-Exaustão		Exaustão		Total por distritos	
	I	4	6,89%	5	8,62%	3	5,17%	5	8,62%	17
II	0	0%	1	1,72%	0	0%	0	0%	1	1,72%
III	3	5,17%	5	8,62%	0	0%	0	0%	8	13,79%
IV	1	1,72%	5	8,62%	0	0%	2	3,44%	8	13,78%
V	1	1,72%	4	6,89%	1	1,72%	1	1,72%	7	12,05%
VI	1	1,72%	2	3,44%	0	0%	0	0%	3	5,16%
VII	4	6,89%	2	3,44%	2	3,44%	4	6,89%	12	20,66%
Total das fases	14	24,11%	24	41,35%	6	10,33%	12	20,67%	56	96,46%

De acordo com a tabela 2, percebe-se que nos diferentes distritos pesquisados e considerando o universo de amostra (n= 58), 14 ocorrências da fase de alerta (24,11% da amostra); 24 na fase de resistência (41,35%); 6 na fase de quase- exaustão (10,33%) e 12 na fase de exaustão (20,67%).

Dentre os sujeitos entrevistados, houve casos de um mesmo sujeito apresentar-se em mais de uma fase, evidenciando momentos complexos que podem, por exemplo, somar vivências de resistência com quase exaustão.

Frente ao exposto nota-se uma variação entre algumas equipes que pode ser compreendida por diversos fatores, dentre os quais destacam a singularidade de cada equipe, situação vivenciada no momento da coleta, bem como os impactos do trabalho na vida dos sujeitos.

Tais fatores podem vir a atingir a prática desses profissionais para com a comunidade, tendo em vista que o estresse experienciado acarreta diversas reações no profissional que por fim reflete no desempenho do seu trabalho, o que por sua vez pode gerar prejuízos comunitários, estabelecendo-se assim um círculo vicioso. É possível afirmar que, dado o prejuízo e conjunto de danos causados pelo estresse e suas manifestações associadas, altos níveis de sofrimento podem vir a comprometer a própria missão de uma equipe de saúde, em particular no contexto da ESF, a qual tem no vínculo cotidiano entre trabalhador e comunidade seu principal mecanismo de promoção de saúde.

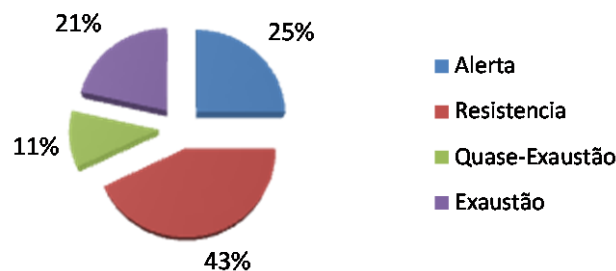


Gráfico 1- Percentual de distribuição das fases do estresse entre os sujeitos com estresse diagnosticado (dados arredondados).

O gráfico 1 se refere à ilustração da análise geral das porcentagens de todos os distritos frente às fases do estresse: alerta 25%, resistência 43%, quase-exaustão 11% e exaustão 21%, percebendo assim que a maioria dos profissionais pesquisados encontra-se na fase de resistência, o que significa que dado o desprendimento e gasto de energia psicofisiológica que ocorre nessa fase em se mantendo o estímulo estressor, tais profissionais podem estar apresentando maiores riscos de desenvolver agravos mais significativos relativos às demais fases do estresse. Vale salientar os 21% de trabalhadores apresentados na fase de exaustão, sugerido assim de estresse crônico, onde doenças já podem ser instaladas, além dos prejuízos sociais que tais vivências impõem ao sujeito e a sua comunidade, inclusive com o comprometimento do próprio trabalho, como alcoolismo, absenteísmo, dentre outros. (ALVES, 2005; ANGERAMI, 1998; BENEVIDES-PEREIRA e MORENO-JIMÉNEZ, 2002; COVOLAN, 1996).

Um outro tema que tem sido amplamente discutido, acerca do sofrimento do trabalhador, diz respeito a uma reação ao estresse crônico presente em profissionais que têm,

em seu fazer, o cuidar diretamente de outros como tarefa específica, denominada de Síndrome de *Burnout*. Segundo Codo (1999), os profissionais que se dedicam ao cuidado, como profissionais de saúde, professores, assistentes sociais, bombeiros, agentes penitenciários, dentre outros, também nomeados na literatura de *'caregivers'*, cuja tradução do inglês significa 'doador de cuidado', ocupam um importante lugar dentro desta problemática. Tais profissões pressupõem, além do caráter formal, uma relação que se estabelece com um outro que demanda cuidado, de tal forma que a realização, pessoal e profissional, está diretamente ligada ao bem-estar, melhoramento e satisfação dos seus usuários.

O termo *burnout*, aplicado neste sentido, passou a ter destaque a partir da década de 70, ao ser utilizado pelo psicanalista Freudenberg para descrever um indivíduo como estando frustrado ou com fadiga desencadeada pelo investimento em determinada causa, modo de vida ou relacionamento que não correspondeu às suas expectativas. Traduzido do inglês, *burnout* significa algo como 'queimar para fora', 'perder o fogo' ou ainda 'perder energia'. A literatura descreve a *Síndrome de Burnout*, referindo-se a uma condição de mal-estar psicológico e indisposição que decorre de uma situação de trabalho, vivenciada como estressante e permanente.

Segundo Codo (1999 apud ALVES, 2005), a Síndrome é entendida como um conceito multidimensional, que envolve três componentes principais. *Exaustão emocional*, correspondendo à situação em que os trabalhadores sentem que não podem mais dar de si mesmos no nível afetivo; percebem sua energia e seus recursos emocionais próprios esgotados, devido ao contato diário com problemas "sem solução". *Despersonalização*, que ocorre pelo desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas aos usuários/clientes, endurecimento afetivo, "coisificação" da relação; ou seja, é quando o vínculo afetivo é substituído por racionalizações, resultando na perda do sentimento de que estamos lidando com outro ser humano, levando o profissional a um contato frio e impessoal frente aos usuários de seus serviços³. *Falta de envolvimento pessoal no trabalho*, que nos diz de uma tendência para a "evolução profissional negativa", afetando a habilidade para realização da tarefa e o atendimento ou contato com as pessoas usuárias do trabalho ou organização.

Tabela 4 - Dados obtidos do MBI referentes à Síndrome de *Burnout*.

	Exaustão emocional			Despersonalização			Envolvimento pessoal no trabalho		
	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Distrito I	4	5	0	4	1	4	0	4	5
Distrito II	7	1	1	7	2	0	0	3	6
Distrito III	5	3	1	5	1	3	0	0	9
Distrito IV	4	3	0	1	2	4	0	4	3
Distrito V	6	0	1	3	4	0	0	3	4
Distrito VI	5	2	0	4	3	0	0	1	6
Distrito VII	7	3	0	6	2	2	0	2	8
TOTAL	38	17	3	30	15	13	0	17	41

³ O processo de *despersonalização* tem sido nomeado por alguns autores de *cinismo*, em função das atitudes de ironia que se estabelecem nas relações. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 36)

Para a identificação de uma possível Síndrome de *Burnout*, no *Maslach Burnout Inventory* – MBI (MASLACH e JACKSON, 1996), é necessária a obtenção de altos escores nas dimensões Exaustão Emocional, e Despersonalização, associado a um baixo escore no item Envolvimento Pessoal no Trabalho.

Diante dos resultados obtidos dos 7 distritos não existiram indicativos de presença de Síndrome de *Burnout* nos sujeitos da amostra. Entretanto, com a análise da tabela acima, percebe-se um alto índice de profissionais da ESF no patamar mediano da exaustão emocional. Ou seja, em um universo de 58 sujeitos, 17, (29,31%) estão nessa situação, além dos 5,17% que apresentaram alto nível de exaustão emocional, somando-se assim 34,48% de trabalhadores em situação total ou parcial de exaustão emocional no seu trabalho.

Outro aspecto que merece destaque, diz respeito ao número de sujeitos (28) apresentando índices medianos ou altos de Despersonalização. Isso significa que 48,27% dos profissionais estão apresentando um tipo de experiência em seu trabalho, caracterizada predominantemente pelo esfriamento e mecanificação das relações com o seu usuário, o que vai frontalmente ao encontro da metodologia da ESF, com sua natureza absolutamente relacional.

Assim, embora em seu conjunto os dados não apontem para um diagnóstico situacional da Síndrome de *Burnout*, sugerem a necessidade de um olhar cuidadoso sobre os mesmos, tendo em vista que, com um alto nível de exaustão emocional e despersonalização, ambos presentes em escalas significativas, juntamente com o baixo nível de envolvimento pessoal no trabalho desembocará na Síndrome de *Burnout*. Dito de outra maneira, o Envolvimento Pessoal no Trabalho apresenta-se como o único fator que distancia estes profissionais do *Burnout*.

O terceiro instrumento utilizado trata-se do EVENT (Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho), o qual, a partir da identificação de elementos determinantes para o surgimento e manutenção de situações e rotinas estressoras no ambiente e relações de trabalho, possibilita avaliar os indicadores do grupo que apontam se a equipe apresenta baixa, média ou alta vulnerabilidade ao estresse no trabalho.

O teste indica qual o fator potencialmente estressor predominante naquela instituição, se é um fator relacionado a clima e funcionamento organizacional (Fator 1), pressão no trabalho (Fator 2) ou infra-estrutura e rotina (Fator 3).

Para a obtenção de tal diagnóstico, são associadas questões diversas relativas ao cotidiano de trabalho em uma instituição, as quais, agrupadas, irão compor cada um dos fatores. Assim, a partir de uma distribuição não agrupada, ou seja, questões relativas aos três fatores são postas de maneira alternada e variável, são expostas ao sujeito, o qual indica o nível de incômodo que sofre diante de tais ocorrências, numa escala que varia de “nunca”, “às vezes” até “frequentemente”.

Tabela 5- Referente ao Fator 1 do EVENT.

FATOR 1:Clima e funcionamento organizacional					
DISTRITOS	Inferior	Médio inferior	Médio	Médio superior	Superior
I	0	0	1	2	6
II	4	3	0	1	1
III	1	2	0	0	6
IV	0	3	1	1	2
V	2	2	2	1	0
VI	0	2	1	2	2
VII	2	4	0	2	2
Total	9	16	5	9	19
Porcentagens	15,52%	27,58%	8,62%	15,51%	32,75%

Verifica-se que, no somatório das equipes estudadas, o Fator 1, correspondente a questões relativas ao clima e funcionamento organizacional, obteve escores significativos em 47,75% dos sujeitos (15% para médio superior e 32,75% para superior), sendo estes os dados que indicam maior vulnerabilidade ao estresse em questões referentes ao trabalho. À noção de clima organizacional associa-se a crença e sentimento de não reconhecimento e valorização do trabalho dos profissionais, o que pode interferir na motivação e no envolvimento pessoal com o trabalho.

Tabela 6- Referente ao fator 2 do EVENT

FATOR 2: Pressão no Trabalho					
DISTRITOS	Inferior	Médio inferior	Médio	Médio superior	Superior
I	0	1	1	5	3
II	1	4	0	2	3
III	0	3	0	4	2
IV	1	1	1	3	1
V	4	3	0	0	0
VI	0	4	0	2	1
VII	2	5	0	0	3
Total	8	21	2	16	13
Porcentagens	13,79%	36,20%	3,44%	27,58%	22,41%

Quanto ao Fator 2 (Pressão no Trabalho), percebe-se que 49,99% dos sujeitos (27,58% para médio superior e com 22,41% para superior) elegem situações de pressão no trabalho

como aquelas que os tornam mais vulneráveis e susceptíveis a quadros de estresse. Tais resultados podem estar relacionados à necessidade de cumprimento de metas, preconizadas pela ESF, associado a dificuldades em atingi-las por parte da equipe. São elencados itens como acúmulo de trabalho, ambiente físico inadequado, muita responsabilidade no trabalho diária, prazos para a realização de trabalhos, ritmo acelerado de trabalho e responsabilidade excessiva.

A análise do Fator 3 (Infra-estrutura) está pode estar diretamente ligada à percepção e vivência desta pressão referida no trabalho.

Tabela 7- Referente ao fator 3 do EVENT

FATOR 3 : Infra- estrutura e Rotina					
DISTRITOS	Inferior	Médio inferior	Médio	Médio superior	Superior
I	0	0	0	4	6
II	2	2	1	2	2
III	2	0	0	2	5
IV	0	0	2	4	1
V	0	3	1	2	1
VI	0	1	1	4	1
VII	1	2	1	2	3
Total	5	8	6	20	19
Porcentagens	8,62%	13,79%	10,34%	34,48%	32,75%

O terceiro e último fator abordado pelo EVENT está relacionado à infra-estrutura e rotina, havendo na pesquisa realizada uma prevalência de 67,23% de sujeitos (34,48% para médio superior e 32,75% para superior). Tais dados apontam que, na percepção das equipes entrevistadas da ESF no município de Maceió, a infra-estrutura e a rotina de trabalho correspondem ao principal fator gerador de estresse, afetando diretamente nos demais, como clima organizacional e pressão no trabalho.

Durante a coleta, foi explicitado por vários trabalhadores que a estreita relação entre estes fatores, termina por desenhar um cenário com fortes características estressoras, na medida em que a falta de condições de trabalho e a presença de equipamento (estrutura) precário, associada à alta pressão por resultados, termina por comprometer o clima e funcionamento das equipes, tornando as rotinas demasiadamente insalubres.

CONCLUSÃO

A análise dos dados encontrados nessa pesquisa, embora a partir de uma amostra cuja capacidade de representação não permite uma maior generalização dos dados, uma vez que tratou-se de um estudo experimental com apenas uma equipe da ESF por distrito, aponta para uma série de dados que precisam ser observados com a atenção, principalmente por se tratar

de uma ação prioritária e correspondente a um dos eixos doutrinários e metodológicos do Sistema Único de saúde, enquanto atenção básica à população brasileira.

Os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família têm em suas mãos a possibilidade de, através do vínculo que estabelecem com suas comunidades e de sua ação junto às famílias, desencadear um processo de transformação social, a partir da implementação comunitária de rotinas de prevenção e promoção à saúde, que repercutam significativamente no cenário sanitário brasileiro e, em particular, neste caso específico, no município de Maceió, capital de um estado marcado por índices de saúde que beiram a calamidade pública.

Entretanto, é preciso atentar para o fato de que estes mesmos profissionais cuidadores no âmbito da saúde, muitas vezes estão expostos a sofrimentos intensos que põem em questão sua própria saúde e, por conseguinte, sua capacidade de cuidar com atenção e desvelo de sua população. Cuidar de cuidadores passa a ser uma tarefa inadiável e imprescindível. Não se pode ignorar que os trabalhadores da saúde, atualmente, compreendem uma população de risco, exposta a uma série de agentes estressores ligados não apenas à natureza de seu fazer, como também a rotinas e condições de trabalho, muitas vezes, bastante aquém do mínimo necessário para um exercício profissional digno e saudável.

Frente à pesquisa realizada e os dados obtidos foi perceptível o estresse vivenciado pelos profissionais componentes da equipe saúde da família-ESF. Os resultados apontam para um quadro relevante acerca da presença de estresse, em suas diversas fases, bem como permitem sugerir uma leitura acerca das estratégias de enfrentamento dos sujeitos, relativas ao alto índice de profissionais que se encontram na fase de resistência e atribuem este fator ao estresse ocupacional.

Embora os dados encontrados não confirmem a existência da síndrome de *burnout*, apontam para um nível elevado de ocorrências em situação de exaustão emocional e de sujeitos que apresentam despersonalização, mecanificando suas ações.

A abordagem acerca da vulnerabilidade ao estresse e diagnóstico das categorias e tipos de agentes estressores aponta para questões relativas a uma infra-estrutura deficitária, falta de condições de trabalho, dificuldade de articulação da rede de serviços do SUS, desarticulação entre os diversos profissionais em suas unidades, dentre outros. .

Diante desse cenário é importante que sejam desenvolvidas ações preventivas, de sorte a minimizar riscos e promover um ambiente/relações/fluxo de trabalho cada vez mais saudável, o qual segundo os entrevistados possui peculiaridades bastante estressoras.

Assim, conclui-se este processo com o reforçamento da compreensão acerca da complexidade e multifacelamento da questão do estresse, bem como com a compreensão de ações relativas à saúde do trabalhador precisar ser desencadeadas e assumidas por todos os elementos envolvidos na problemática, ou seja, trabalhadores, gestores, academia e, até mesmo, usuários, no sentido de desmitificar a visão do profissional enquanto alguém imune ou acima de qualquer possibilidade de sofrimento.

Sugere-se a ampliação do estudo às demais equipes da ESF no município de Maceió, bem como a realização de semelhantes em todo o setor saúde, tendo em vista vislumbrar estratégias interventivas pertinentes e capazes de minimizar o problema e superar a máxima popular do “em casa de ferreiro, o espeto é de pau”.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Carlos Frederico de O. **Entre o cuidar o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental.** Dissertação (Mestrado). UNICAP. Recife: 2005.
- BAUK, D. A. **Stress.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo: Fundacentro, v. 13, nº 50, 1985.
- BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. (org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar.** Ethos do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho.** Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2002, 200p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: 1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília: 1999
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: 199
- CAMPOS, Gastão W. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CARDOSO, W.L.C.D. *Qualidade de vida e trabalho: Uma articulação possível* in L.A.M Guimarães & S. Grubits (orgs.). **Saúde Mental e Trabalho** (pp. 89-116). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- CODO, Wanderley. **Educação: Carinho e Trabalho.** Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho;** tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. Ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano;** tradução de Maria Helena Kühner. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- LANCETTI, Antonio et al. **Saúde Mental e saúde da família.** Coleção Saúde Loucura, n. 7. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco.** 2ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2001.
- LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Manual do inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- MELLO FILHO, Júlio e col. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MORATO, Henriette Tognetti Penha. **Aconselhamento psicológico Centrado na pessoa. Novos desafios.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

RABIN, S., FELDMAN, D. & KAPLAN, Z. **Stress and intervention strategies in mental health professionals.** British Journal of Social Psychiatry, 1999, p. 159-169.

BRASIL, **Ministerio da Saúde. Programa Saúde da Família: Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=3257&editionsectionid=34>. Acesso em 2 de julho de 2011.

WEBER, César Augusto Trinta. **Programa de Saúde da Família:** educação e controle da população. Editora AGE Ltda, 2006.