



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA –  
RENASF

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- URCA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LÍVIA DE SOUSA RODRIGUES

SATISFAÇÃO LABORAL E A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

CRATO – CE

2016

LÍVIA DE SOUSA RODRIGUES

SATISFAÇÃO LABORAL E A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação de mestrado apresentada ao  
Curso de Mestrado Profissional em Saúde  
da Família da Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família – RENASF,  
nucleadora Universidade Regional do Cariri  
– URCA.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gislene Farias de Oliveira.

CRATO – CE

2016

Rodrigues, Livia de Sousa.

R696s Satisfação laboral e a Síndrome de Burnout no contexto da estratégia saúde da família/ Livia de Sousa Rodrigues. – Crato-CE, 2016

92p.

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gislene Farias de Oliveira.

1. Saúde da família; 2. Pessoal de saúde; 3. Síndrome de Burnout; 4. Satisfação no emprego; 5. Esgotamento profissional; I. Título.

CDD: 613

LÍVIA DE SOUSA RODRIGUES

SATISFAÇÃO LABORAL E A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleadora - Universidade Regional do Cariri – URCA.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gislene Farias de Oliveira  
Universidade Regional do Cariri – URCA  
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF  
PRESIDENTE/ORIENTADORA

---

Prof. Dr. Cícero Cruz Macêdo  
Universidade Federal do Cariri - UFCA  
PRIMEIRO MEMBRO

---

Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto  
Universidade Regional do Cariri – URCA  
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF  
SEGUNDO MEMBRO

---

Prof. Dra Ariza Maria Rocha  
Universidade Regional do Cariri – URCA  
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF  
MEMBRO SUPLENTE

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Crato - CE

Ao meu Senhor! Obrigada por lançar mão de caminhos diversos para, através deste caminhar, tornar-me uma pessoa melhor. Sou e sempre serei um instrumento em Tuas mãos poderosas!

## **AGRADECIMENTOS**

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) pela oportunidade e possibilidade de aperfeiçoar a prática de tantos profissionais por meio de processos reflexivos de formação técnico-científica, profissional e humana.

À Universidade Regional do Cariri (URCA), minha primeira “casa” de formação profissional, para onde regressei para a realização de mais um grande sonho, por ter contribuído para que eu me tornasse a profissional que hoje sou.

À Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Alegre – CE, da qual sou servidora, por ter autorizado meu afastamento parcial para a realização do mestrado, bem como pela permissão que viabilizou esta pesquisa em seus cenários de prática laboral.

A cada profissional de Saúde da Família que se dispôs a participar desta pesquisa, pela atenção dispensada e por acreditar que a permissão para adentrar em seu universo profissional contribuiria para que a saúde do trabalhador fosse vista com olhos mais humanos e compreensivos.

À prof<sup>a</sup> Dra. Gislene Farias de Oliveira, minha orientadora, por compartilhar comigo sua experiência científica e por sempre ter me dedicado um olhar carinhoso e uma palavra amiga nos momentos de dificuldade.

Aos funcionários da RENASF/URCA, representados aqui pela querida Emanuella Freire, pelo carinho, atenção e cuidado que foi dedicado a cada um de nós (discentes) ao longo destes dois anos.

Aos colegas da nucleadora URCA, pelo exemplo de profissionais humanos, comprometidos, competentes e capazes. Juntos nós fomos “adubados”. Cada um de nós agora germinará, gerando os frutos de uma prática com primazia e excelência.

Aos meus familiares (mãe, pai, irmãs e sobrinha), por representarem para mim a diversidade formadora de uma família que sempre foi e será inspiradora para o meu “trabalhar com famílias”.

A você....

A Deus, por ser meu Mestre e Senhor! Por não permitires que eu desanimasse em nenhum momento e pela certeza de que sempre estarás comigo.

## RESUMO

Introdução: Profissionais da Estratégia Saúde da Família, normalmente são submetidos a uma alta demanda técnico-científica, humana e emocional. Tal contexto tende a conduzir a fatores predisponentes ao adoecimento, com impacto sobre a qualidade da assistência prestada. Objetivo: Analisar o impacto do trabalho na ESF sobre a satisfação laboral e desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Método: Estudo descritivo, transversal e abordagem quali-quantitativa. Realizado em Várzea Alegre – CE, com 162 profissionais, participantes da ESF. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foi dividido em três partes: Questionário de dados sócio-demográficos; Inventário de Burnout de Maslach e, Escala de Satisfação no trabalho. Os dados foram analisados via pacote estatístico SPSS/Win, versão 18.0. A análise constou de estatística descritiva e, Análise de Conteúdo de Bardin, para os dados qualitativos. Resultados: Predominaram na amostra mulheres, casadas, católicas e com média de idade de 42 anos, predominantemente agentes comunitários de saúde. Quanto a Síndrome de Burnout, apresentou níveis baixos de Exaustão Emocional, em alguns casos com sinais de despersonalização. A satisfação laboral parece ser associada ao reconhecimento profissional e à boa imagem social que o trabalho representa para os sujeitos. A insatisfação se mostrou relacionada às condições de trabalho e às relações com a gestão. Considerações Finais: A maioria dos sujeitos pareceu assumir seu trabalho como parte de um projeto de vida e felicidade, todavia os aspectos relacionais e motivacionais do processo de trabalho necessitam de uma maior valorização no sentido de conduzir os trabalhadores a maiores níveis de satisfação, como forma de reduzir suas chances de Síndrome de Burnout, conseqüentemente melhorando os resultados do seu labor.

Descritores: Saúde da Família; Pessoal de Saúde; Síndrome de Burnout; Satisfação no Emprego; Esgotamento profissional.

## ABSTRACT

Introduction: Professionals of the Family Health Strategy, are usually subjected to a high technical-scientific, human and emotional demand. This context tends to lead to predisposing factors to the illness, with impact on the quality of care. Objective: To analyze the impact of the work in the FHS on the job satisfaction and development of burnout syndrome. Method: A descriptive, cross-sectional and qualitative and quantitative approach. Conducted in Várzea Alegre - CE, with 162 professionals, of ESF participants. The instruments used for data collection was divided into three parts: Questionnaire of socio-demographic data; Inventory by Maslach of Burnout and Satisfaction Scale at work. The data were analyzed via SPSS / Win, version 18.0. The analysis consisted of descriptive statistics and Bardin content analysis for qualitative data. Results: There was a predominance in the sample women, married, Catholic and with a mean age of 42 years, predominantly community health workers. The Burnout Syndrome, showed low levels of Emotional Exhaustion, in some cases with depersonalization signals. The job satisfaction appears to be associated with professional recognition and good social image that the work is for the subjects. The dissatisfaction was related to working conditions and relations with the management. Final considerations: Most participants seemed to take their work as part of a project of life and happiness, but the relational and motivational aspects of the work process require a higher valuation in order to drive workers to higher levels of satisfaction, in order to reduce their chances of burnout syndrome, thus improving the results of their labor.

Descriptors: Family Health; Health Personnel; Burnout syndrome; Job Satisfaction; Burnout, professional.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos demográficos da amostra	31
Tabela 2 – Perfil profissional da amostra	32
Tabela 3 – Sentimentos relativos à profissão	33
Tabela 4 – Síndrome de <i>Burnout</i> nos profissionais da amostra	34
Tabela 5 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 1 - Satisfação com o Reconhecimento Profissional	35
Tabela 6 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 2 – Satisfação com a Utilidade Social da Organização e do Trabalho	36
Tabela 7 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 3 – Satisfação na Relação Afetiva no Trabalho	37
Tabela 8 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 4 – Satisfação com o Suporte Organizacional	38
Tabela 9 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 5 – Insatisfação com a Sobrecarga de Trabalho	39
Tabela 10 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 6 – Insatisfação com a Falta de Suporte Psicossocial	40
Tabela 11 – Motivos para não mudar de profissão	43
Tabela 12 – Motivos pelos quais mudaria de profissão	44
Tabela 13 – Fatores Geradores de Estresse	45
Tabela 14 – Fatores geradores de estresse – Categoria 1 (Fatores pessoais)	46
Tabela 15 – Fatores geradores de estresse – Categoria 2 (Fatores relacionais)	47
Tabela 16 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho)	48
Tabela 17 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) – Subcategoria a) Estrutura física e material	49
Tabela 18 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) – Subcategoria b) Processo de trabalho	51
Tabela 19 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) – Subcategoria c) Deficiência na qualificação profissional e na valorização	53

## LISTA DE SIGLAS

ACDs	Auxiliares de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Despersonalização
EE	Exaustão Emocional
EPT	Envolvimento Pessoal com o Trabalho
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBI	Maslach Burnout Inventory
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SB	Síndrome de Burnout
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
URCA	Universidade Regional do Cariri

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Caracterização da Síndrome de Burnout	18
3.2	Condições relacionadas ao trabalho e etiologia da Síndrome de Burnout	20
4	MÉTODO	25
4.1	Tipo e Abordagem do Estudo	25
4.2	Local do Estudo	25
4.3	População e Amostra	26
4.3.1	Critérios de Inclusão	27
4.3.2	Critérios de Exclusão	27
4.4	Procedimento de Coleta de Dados	27
4.4.1	Instrumentos de Coleta de Dados	28
4.5	Tratamento e Análise dos Dados	29
4.6	Considerações Éticas	30
5	RESULTADOS	31
5.1	Perfil sociodemográfico	31
5.2	Síndrome de Burnout	34
5.3	Satisfação com o trabalho	34
5.4	Motivos que levariam (ou não) o profissional a assumir uma nova carreira	42
5.4.1	Motivação positiva - Não mudaria de profissão	42
5.4.2	Motivação negativa - Mudaria de profissão	43
5.5	Fatores geradores de estresse laboral	45
6	DISCUSSÃO	55
6.1	Perfil sociodemográfico	55
6.2	Síndrome de Burnout	57
6.3	Satisfação com o trabalho	60

6.4	Motivos que levariam (ou não) o profissional a assumir uma nova carreira	65
6.4.1	Motivação positiva - Não mudaria de profissão	65
6.4.2	Motivação negativa - Mudaria de profissão	66
6.5	Fatores geradores de estresse laboral	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXOS	79
	ANEXO - Anexo I	80
	ANEXO - Anexo II	82
	ANEXO - Anexo III	84
	ANEXO - Anexo IV – Parecer Consubstanciado do CEP	86
	APÊNDICES	89
	APÊNDICE - Apêndice A	90
	APÊNDICE - Apêndice B	91

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública vem atravessando um processo evolutivo rumo à qualidade da assistência prestada à população e ao alcance de metas pertinentes a cada momento deste contínuo de mudanças.

No contexto das ações desenvolvidas, visualizando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, os atores sociais emergentes do processo possuem enfoques diversos no tocante à qualidade dos serviços. Embora guiados por pontos de vista distintos, não se deve desprezar a concepção de nenhum ator envolvido, uma vez que é a partir do conjunto delas que se dá a produção da saúde e que são alcançados os resultados, sejam eles positivos ou não.

A ESF utiliza como meios para a efetivação da assistência proposta pelo Sistema Único de Saúde - SUS, a ação integrada da equipe, a territorialização, a compreensão da família de forma ampla e as intervenções baseadas no vínculo estabelecido entre o trabalhador de saúde e a população (BRASIL, 2006).

A equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Ainda podem constar na equipe multiprofissional cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

O trabalho da equipe multiprofissional traz peculiaridades na direção de um objetivo comum. “Na ESF, o caráter relacional da decisão é ressaltado pela busca de reciprocidade e complementaridade no trabalho de agentes de diferentes qualificações” (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010, p. 521). Tal característica gera um estressor e complicador do processo de trabalho da ESF, descrito por Vidal et al. (2014) como a complexidade presente na tecnologia das relações, em virtude da necessidade de respeito entre as pessoas além de conhecimentos, habilidades e comportamentos próprios.

Para Shimizu e Carvalho Junior (2012) a eficácia do processo de trabalho da ESF requer que competências e habilidades, de indivíduos distintos, sejam viabilizadas no meio interativo do trabalho em equipe.

Por sua vez, o desempenho satisfatório das Equipes de Saúde da Família pressupõe que tais habilidades e competências dos profissionais sejam postas em prática de maneira integrada. Para Graziano e Egry (2012), a história de vida destes profissionais, e a conseqüente construção de sua visão de mundo, interferem na captação das necessidades de saúde da população.

Ante o exposto, muitas vezes, o trabalho na estratégia é visto como forma de entrar no mercado de trabalho ou de manter-se no mesmo após algum tempo de atuação em outras áreas, o que conduz a uma prática desvinculada dos seus preceitos e diretrizes.

Neste sentido, emerge a necessidade de qualificação específica dos trabalhadores para a ESF, uma vez que, de acordo com Shimizu e Reis (2011), cuidar das famílias de um território pressupõe um processo de trabalho baseado em competências e habilidades específicas e, muitas vezes, os profissionais não tiveram oportunidades prévias para o desenvolvimento de tais atributos.

O contexto atual do Sistema Único de Saúde brasileiro, referido por Vidal et al (2014), é de dificuldades para a sua consolidação, principalmente no âmbito do financiamento, o que cria tensões emanadas da organização da rede de saúde e atinge a equipe e o usuário, aludindo ao domínio da bioética.

O Estado tem o objetivo de proporcionar a execução de políticas públicas voltadas para os cidadãos. Entretanto é através do trabalho dos funcionários públicos que esse sistema ganha vida. Aqui, dialogam o Estado, como empregador, e os funcionários públicos, como trabalhadores. Assim, são as pessoas, representadas pela figura dos funcionários públicos, que promovem a organização institucional e que estabelecem relações humanas, sociais e laborais, para o desenvolvimento de mudanças (GOMES, 2008 apud SOUSA; BONFATTI; SANTOS, 2015).

Considerando que os profissionais, membros da ESF, estão em contato direto com o usuário, objetivando uma atenção integral e equitativa, e que são operadores de um sistema de saúde público e universal, supõe-se a alta demanda técnico-científica, humana e emocional a que são submetidos diariamente. Enfrentam limitações de toda ordem, desde aquelas relacionadas à complexidade do trabalho em equipe até as de execução de ações para as quais, muitas vezes, não encontram viabilidade, mediante a crise que o sistema de saúde tem enfrentado nos

últimos anos. Tal panorama conduz o trabalhador a sentimentos de insatisfação frente à realidade laboral vivenciada.

A carga horária dos profissionais e o menor número de vínculos de trabalho favorecem a sua atuação assistencial, já que, na ESF, existe uma maior demanda por tempo para relacionamento com o paciente e seu seguimento, bem como para as atividades administrativas que tal estratégia requer (BARBOSA et al., 2012).

Sem qualificação e apoio institucional e mediante as dificuldades vivenciadas de forma continuada, a conjuntura, na visão de Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2011), conduz a uma sobrecarga emocional para os trabalhadores com possível interferência em seus relacionamentos com os usuários do serviço, bem como em outros espaços de sua vida.

A sociedade capitalista exige cada vez mais do trabalhador, potencializando os fatores de risco a que se expõe, tais como ambientes laborais inadequados, precarização das condições de trabalho, a falta de valorização do desempenho e a incipiência dos processos participativos (BARBOSA et al., 2012).

O trabalho comprometido da gestão também se mostra relevante. O gestor pode ser compreendido com a função de apoiar a inserção no contexto do trabalho das equipes, construindo a análise da gestão e da organização dos processos de trabalho, compondo espaços coletivos que ultrapassem os limites das equipes.

O apoiador, enquanto mediador entre gestão e equipe, deve estar atento às necessidades do grupo, escutando suas angústias, fragilidades e valorizando suas fortalezas, de forma que os conflitos sejam mediados, buscando viabilizar um ambiente de confiança e solidariedade. (MAERSCHNER et al., 2014).

Todo esse conjunto de fatores relacionados constrói situações que Holmes et al (2014) classificam como de estresse e insatisfação relacionada ao trabalho, apontando para a pouca atenção concedida às condições específicas do trabalhador, bem como à demanda dos usuários, à falta de materiais, físicos e recursos humanos e desordem no processo de trabalho.

No contexto que ora se formula, ganham espaço os problemas relacionados à satisfação/insatisfação laboral e à sobrecarga física e emocional dos trabalhadores envolvidos com a ESF, sendo esta uma estratégia complexa da qual muito pouco se consegue efetivar. O sofrimento advém do volume acentuado de

famílias e pessoas às quais se deve assistir, do perfil de formação inadequado em que a maioria se enquadra e da deficiência do apoio da gestão para enfrentamento das adversidades do trabalho cotidiano, gerando, possivelmente, insatisfação e adoecimento.

Assim, a avaliação da saúde mental do profissional se faz necessária na medida em que o mesmo lida com as dificuldades operacionais do sistema de saúde, limitações das condições de trabalho e a insatisfação dos usuários (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

O início lento da maioria dos transtornos mentais torna difícil a sua atribuição a situações geradas por condições de trabalho. Normalmente os sintomas, por serem inespecíficos, tendem a ser ditos como relacionados a outras condições individuais e sociais.

Ressalte-se que o desenvolvimento de sofrimento psíquico acontece de forma "silenciosa", podendo também eclodir de forma aguda. Em ambos os casos, normalmente desencadeados diretamente por fatores relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

O processo de trabalho age como implicador de desgaste e esforço, porém o desgaste pode ser superado no momento em que se alcança o objetivo final (MARX,1988). Quando alienado de sua condição inexoravelmente humana, o trabalho gera desgaste, conduzindo ao sofrimento psíquico com desenvolvimento de transtornos mentais e distúrbios psicossomáticos (GRADELLA JÚNIOR, 2010).

No panorama brasileiro avanços vêm ocorrendo no sentido de fortalecer as ações de vigilância em saúde do trabalhador e sua integração às demais vigilâncias. Assim, com o advento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, o exercício laboral passa a ser considerado como um dos determinantes do processo saúde/doença (BRASIL, 2012).

Considerando o tempo investido pelos indivíduos em atividades relacionadas ao trabalho e a importância afetiva que isso representa, pode-se inferir que, quando o empenho diário no trabalho não produz sensações de bem estar, as consequências podem ser danosas para a saúde mental e social das pessoas.

O trabalho ocupa lugar de destaque no contexto do investimento afetivo e, o estresse proveniente deste, é vivenciado continuamente, levando o trabalhador a desenvolver atitudes compensatórias que lhe possibilitem a permanência no exercício da atividade. Assim, passam a não investir energia nas tarefas a serem

desenvolvidas, o que leva à destituição do sentido do fazer (satisfação) e à visão de seus resultados como irrelevantes. Instala-se, a partir daí, a Síndrome de Burnout (TELLES; PIMENTA, 2009).

A sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional caracteriza-se como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos, ocorridos em um contexto de relações sociais complexas. O trabalhador, que antes era muito envolvido afetivamente com suas atividades, desgasta-se e perde o sentido de sua relação com o trabalho (BRASIL, 2001).

A vivência da mestrandia no contexto da Estratégia Saúde da Família foi uma das motivações para a realização da pesquisa. A impossibilidade de atendimento à grande demanda em termos de assistência humana, social, psicológica e material, por vezes, gerou impacto sobre a equipe de Saúde da Família em manter a motivação, a satisfação e o sentimento de equipe, necessários a um trabalho de melhor qualidade.

O cotidiano laboral e a escuta informal de trabalhadores do SUS inseridos na ESF, sugeriram traços de desgaste presente no comportamento e no desempenho das atividades diárias. São comuns expressões de desmotivação, insatisfação, estagnação e indiferença mediante as atribuições formais e informais no contexto profissional e a preocupação com as dificuldades estruturais para a prestação do cuidado em saúde. Declarações acerca das condições de trabalho e expectativa de eficiência se destacam no discurso de alguns envolvidos com a assistência em saúde da família.

Tal situação eliciou o interesse pela temática em questão, de forma a poder responder às seguintes indagações: “Qual o impacto da Síndrome de Burnout nos trabalhadores da ESF?”; “Qual a dimensão da sua satisfação com o trabalho que ora realizam?” e “Quais as implicações da satisfação ou insatisfação para o trabalho desenvolvido e para o advento do estresse laboral?”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar o impacto do trabalho na ESF sobre satisfação/insatisfação laboral e o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar a amostra quanto às dimensões da SB;
- Avaliar questões relativas à satisfação com o trabalho;
- Elucidar a influência do trabalho no desenvolvimento do estresse laboral.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A busca por uma prática consistente nos serviços de saúde tem motivado os profissionais da área na procura por evidências científicas que embasem o seu fazer cotidiano. Esse processo muitas vezes é dificultado pela forma dispersa como essas informações se encontram nos meios de divulgação das mesmas.

Assim, o contexto demanda maneiras de organizar e disponibilizar informações disponíveis acerca de determinado tema tornando-as acessíveis para os segmentos profissionais interessados na sua utilização. As Revisões de Literatura são formas de organizar achados de pesquisas bibliográficas e de apresentar uma síntese destes achados, proporcionando a consulta rápida de soluções ou informações a todos os envolvidos nas mais diversas áreas de conhecimento.

Realizou-se, para tal fim, um levantamento em bases de dados disponíveis para acesso on-line, onde foram incluídas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o acesso direto ao Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Esleu-se como questão norteadora da presente revisão “Qual a relação existente entre o trabalho em Saúde da Família e a Síndrome de Burnout?”. Para tanto, incluiu-se na amostra artigos publicados nos idiomas inglês e português, entre os anos de 2010 e 2014, cujos textos estivessem disponíveis em sua versão completa e abordassem estudos desenvolvidos no Brasil.

A partir daí procedeu-se a busca. Na BVS utilizou-se como descritor (DeCS) o termo “Esgotamento Profissional”, uma vez que “Burnout” não foi encontrado no catálogo de descritores controlados. A pesquisa foi realizada com a aplicação de diversos filtros visando a uma maior especificidade da busca. Os filtros selecionados foram: -Satisfação no emprego; -Programa Saúde da Família; -Saúde do Trabalhador; e -Saúde da Família. Foram encontrados ao todo 64 artigos, dos quais, através da leitura dos títulos, foram selecionados nove.

No SciELO, a busca foi realizada de maneira semelhante, respeitando as especificidades da base de dados em questão. Utilizou-se o termo “Esgotamento Profissional” foram encontrados 97 artigos, dos quais a leitura dos títulos selecionou 11 relacionados à Saúde da Família.

Do total de 20 artigos resultantes dos dois procedimentos de busca, e após a leitura dos resumos, foram excluídos artigos repetidos e sem relação com o trabalho em Saúde da Família. Assim, encontrou-se um total de sete artigos.

### **3.1 Caracterização da Síndrome de Burnout**

A literatura conceitua a Síndrome de Burnout como uma síndrome tridimensional onde as três dimensões são independentes, embora relacionadas entre si, a saber: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional reduzida (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996 apud LORENZ; GUIRARDELLO, 2014).

Peduzzi (2002) apud Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011, p.3375) citam Farber na conceituação do Burnout “como uma síndrome do trabalho oriunda da discrepância percebida entre esforço e consequência, influenciada por aspectos pessoais, organizacionais e sociais”.

Na mesma perspectiva etiológica, Benevides-Pereira apud Martins et al (2014) mencionam como principais fatores para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, ou esgotamento profissional, a exaustão emocional provocada pela exposição crônica a estressores, a redução da satisfação no trabalho e as dificuldades para lidar com os pacientes de forma humanizada.

Os conceitos citados apontam para a origem da síndrome alusiva às condições a que os trabalhadores estão expostos durante o exercício laboral, pois, segundo Lorenz e Guirardello ( 2014, p.927), a mesma “pode ser considerada doença relacionada ao trabalho por estar associada à exposição aos fatores de risco à saúde e à segurança do trabalhador presentes no ambiente de trabalho”.

Contudo, mesmo tendo sua compreensão como decorrente das condições de trabalho sendo predominante, atualmente a mesma “remete às inter-relações entre singularidade das pessoas, situação de trabalho e contexto de vida” (CODO; VASQUES-MENEZES, 2000, apud FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010, p. 522).

Para avaliar o acometimento dos indivíduos por Burnout e o grau em que o mesmo ocorre, o instrumento mais utilizado é o Maslach Burnout Inventory (MBI). De acordo com Martins et al (2014) este instrumento direciona uma abordagem psicossocial analisando o esgotamento profissional a partir de três dimensões

independentes. Os mesmos autores descrevem tais dimensões como sendo (1) Exaustão Emocional, quando ocorre perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho; (2) Despersonalização, implicando no desenvolvimento de atitudes negativas ou insensibilidade com aqueles que recebem o serviço prestado; (3) Falta de Realização Pessoal, conduzindo à tendência de avaliar o próprio trabalho de maneira negativa a partir de sentimentos como baixa autoestima profissional.

No que diz respeito à prevalência mundial da Síndrome, Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) mencionam Albaladejo et al e Ruiz e Rios (2004), caracterizando tal distribuição como significativa em profissionais da Atenção Primária, representando nas enfermeiras, alta frequência de estresse e insatisfação atribuídos pelos autores às mudanças no processo laboral. Referem em seu estudo, ainda, Gomes e Oliveira (2005) e Habermas (1987) para evidenciar que, nestes casos, ocorre uma tensão pela necessidade do desempenho de outros e novos predicados profissionais.

Já no Brasil, estudos apontam a presença da síndrome em profissionais da saúde em hospitais e constata índices de prevalência significativos, inclusive em profissionais da ESF (SILVA; MENEZES, 2008; BORGES; ARGOLO; BAKER, 2006; LIMA et al, 2013; TRINDADE, 2007 apud MARTINS et al, 2014; OLIVEIRA; TRISTÃO; NEIVA, 2006; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002 apud FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

A nova lógica organizativa dos modelos de saúde e da produção do cuidado no Brasil exige novas habilidades técnicas, sobretudo dos enfermeiros, cujos processos de trabalho requerem o desenvolvimento de estratégias, a previsão de acontecimentos futuros e o esforço intelectual para resoluções e superações (TRINDADE; PIRES, 2013; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012 apud LORENZ; GUIRARDELLO, 2014).

Estudo realizado com enfermeiros brasileiros atuando em Atenção Primária à Saúde coloca como desafio adicional ao trabalho destes profissionais, a complexidade da dinâmica de vida das comunidades, onde estes tendem a se envolver com os problemas dos pacientes devido à inserção geográfica dos serviços (ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2010 apud HOLMES et al, 2014).

A mesma ideia é corroborada por Trindade e Lautert (2010, p.275) ao destacar que, a inserção dos trabalhadores nesse modelo de atenção os expõe à

realidade comunitária onde os recursos são escassos frente às demandas reais. Além do que, as falhas na rede de atenção afetam a resolutividade das ações.

Em relação à satisfação com o trabalho desenvolvido, Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) defendem que a insatisfação com as vivências laborais do enfermeiro pode ser acentuada por elementos da micropolítica do processo de trabalho e por dimensões macroestruturais que dificultam o seu desempenho previsto. De acordo com as autoras existe uma relação direta entre afetividade positiva e satisfação laboral assim como a satisfação no trabalho possui relação inversa com o esgotamento.

Considerando a escassez de material bibliográfico decorrente de pesquisas realizadas no Brasil acerca da Síndrome de Burnout e sua relação com o trabalho na ESF, evidencia-se uma lacuna a ser preenchida por estudos que abordem a temática de maneira mais incisiva e direcionada.

### **3.2 Condições relacionadas ao trabalho e etiologia da Síndrome de Burnout**

As questões relacionadas ao trabalhador vêm sendo tratadas de diversas maneiras a depender do contexto histórico. No que concerne à saúde do trabalhador, as condições decorrentes do desenvolvimento de determinada atividade profissional são objeto de negociação permanente entre empregador e empregado, visando ao estabelecimento de normas e diretrizes para o bom funcionamento das organizações sem prejuízo para a integridade física e mental dos trabalhadores.

As profissões assistenciais, historicamente, apresentaram caráter de exercícios vocacionais, sobretudo com aquelas pessoas que praticavam o cuidado interpessoal. Para Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012), ajudar outras pessoas sempre foi visto como uma atitude nobre, entretanto despertou-se recentemente para os custos emocionais de tal tarefa.

Nesta seara, um tema bastante abordado, atualmente, diz respeito aos problemas de saúde decorrentes da vivência do trabalho em seus aspectos físicos e emocionais, levando os trabalhadores a desenvolverem situações de insatisfação, desânimo e desmotivação frente ao seu exercício laboral.

O termo *Burnout* tem sido usado, desde os anos 1970, para descrever o desinteresse e o negativismo de profissionais mediante condições laborais desgastantes e frustrantes (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Trindade e Lautert (2010) citam, como principais afetados pela Síndrome de Burnout, trabalhadores de quaisquer categorias e idades, embora seja mais frequente naqueles que desempenham funções com intenso contato interpessoal.

“A sensação de estar acabado, ou síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho” (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012, p. 543).

Nos últimos 20 anos o Brasil vem atravessando um período de reestruturação das práticas de atenção à saúde da população. O atual modelo de atenção à saúde conduz o profissional a utilizar tecnologias leves, o que prevê o contato direto com pacientes e comunidades, para a resolução de problemas complexos (MARTINS et al, 2014). Tal processo visa à substituição de práticas ancoradas unicamente no tratamento e cura de doenças, para um contexto de valorização do coletivo em busca do enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família traz em seu escopo, ações desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar focada nas dimensões de prevenção, promoção, cura e reabilitação. No contexto do protagonismo profissional, fica clara a necessidade de valorização, inclusive entre os membros da equipe. Torna-se vital para o bom andamento das atividades da ESF a discussão de pontos como a organização do processo de trabalho com autonomia técnica, integração das ações apoiado no suporte institucional, bem como boas relações com a comunidade (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010). Ainda nesta perspectiva, os mesmos autores colocam a renovação de práticas como elemento de tensionamento da dimensão da identidade profissional, uma vez que pressupõe reciprocidade entre intervenções técnicas e interação da equipe.

Estudos apontam como principal grupo de estressores do trabalho em saúde aqueles decorrentes dos relacionamentos interpessoais (MARTINS et al, 2014), devido à dificuldade dos profissionais envolvidos de implementar sua dimensão interdisciplinar com vistas ao trabalho integrado.

Os enfermeiros da ESF, especificamente, precisam organizar suas atividades no âmbito da gestão dos processos de trabalho, bem como focalizar o atendimento nas necessidades das famílias e comunidades o que impõe o desafio adicional de integrar diferentes processos de trabalho tornando mais complexa a atividade real do trabalhador. Tal complexidade deve-se ainda à sobrecarga

percebida por este profissional ao assumir papel de líder devido à coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, além de desempenhar atividades assistenciais como consultas de enfermagem, atividades educativas, visitas domiciliares e ações de vigilância (LORENZ; GUIRARDELLO, 2014).

No âmbito da atuação na ESF observa-se que o médico percebe como desprestígio e desvalorização de sua autoridade técnica a descontinuidade de uma estrutura de poder viabilizada durante anos. De acordo com Schraiber (1993) apud Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011), tal estrutura representava uma estratégia de controle dos processos de trabalho.

Considera-se o Burnout como uma síndrome resultante do estresse crônico decorrente de condições de trabalho diárias aliadas a poucas recompensas emocionais.

Lidar constantemente com dor e sofrimento físico, emocional ou social de pessoas, número limitado de profissionais, conflitos com colegas de equipe, ambientes de trabalho estressantes, entre outros podem culminar com o desenvolvimento desta condição, que pode apresentar sintomas como cansaço, insônia, dores de cabeça, fadiga, tensão muscular, problemas cardiovasculares, depressão, ansiedade, aumento do consumo de tranquilizantes e antidepressivos, sentimentos de inutilidade e muitos outros específicos da reação de cada trabalhador (HOLMES et al, 2014).

Conforme Tindade e Lautert (2010) a síndrome ocorre quando o trabalhador vivencia tão frequentemente as condições supracitadas a ponto de alcançar o esgotamento físico e emocional por não possuir mais estratégias para enfrentar o contexto vigente.

Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011) demonstram que, embora a maioria dos médicos se diga com sentimentos de desgaste e insatisfação, os que possuem estratégias de compartilhamento em algumas das dificuldades do trabalho com a equipe, mostram maior facilidade de “ir levando”, mesmo descreditando de uma transformação rápida da realidade da ESF. Ainda como resultado do mesmo estudo, temos o fato de que a desistência configura-se como estratégia pessoal relacionada à baixa realização profissional e do esgotamento, bem como descrédito de mudanças institucionais. Aqueles com menos tempo de formação desistem mais

facilmente no contexto em que os mais velhos, embora sofram, apostam na existência de uma solução.

Estudo realizado por Holmes et al (2014) demonstrou que, em enfermeiros de cuidados primários, o marco precursor para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout seria a exaustão emocional.

O trabalho em condições adversas, sejam elas físicas ou operacionais, gera insatisfação laboral nos profissionais envolvidos como comprova o estudo de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011). Fato marcante é a visão dos profissionais alvo da referida pesquisa de que existe uma discrepância significativa entre o que é realizado no trabalho corriqueiro e a missão da ESF. A maioria dos pesquisados refere sentimentos de ansiedade, irritabilidade, falta de motivação até o extremo da frustração profissional com comprometimento da saúde mental, sendo este decorrente de ambiguidades e conflitos gerando uma vivência negativa do trabalho.

“O desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* é multicausal e envolve vários fatores individuais e laborais, no qual as variáveis socioambientais são coadjuvantes do processo” (TRINDADE; LAUTERT, 2010, p.278).

Desta forma, podemos dizer que o acometimento do indivíduo pela Síndrome de Burnout envolve fatores próprios de cada ser, bem como aqueles relacionados ao trabalho, nos quais podem ser incluídos aspectos decorrentes de relacionamentos interpessoais com colegas, gestores e comunidade e a ambiência e estrutura física adequada ao trabalho.

O perfil pessoal e de formação inadequado para o trabalho na ESF favorece a insatisfação laboral. Para evitar tal efeito, os profissionais devem receber treinamento específico para o trabalho a ser desenvolvido, uma vez que, aliado à remuneração insuficiente e à ausência de uma política de recursos humanos, a falta de capacitação adequada pode levar o trabalhador à frustração profissional (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

As nuances geradas pelo trabalho em equipe geram conflitos interpessoais, sobretudo na ESF, onde diferentes categorias profissionais precisam trabalhar de maneira integrada e em sintonia quanto ao objetivo da assistência. No contexto de trabalho ora pretendido, os obstáculos para efetivação das práticas educativas produziram frustração e sensação de perda pela divergência entre a missão da ESF e a prática cotidiana implementada, no que diz respeito ao tempo gasto em consultas e funções gerenciais, inexistência de estrutura física apropriada

e desinteresse da comunidade e dos membros da equipe” (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Tratando-se de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família todas as dificuldades são potencializadas pela exposição a reclamações de seus usuários e pela subordinação a uma estrutura de poder (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012). A população, na defesa do seu direito universal à saúde, pressiona aqueles que estão mais próximos e acessíveis, e estes profissionais, na maioria das vezes, têm sua capacidade de resolução dos problemas limitada por uma estrutura de poder que a comunidade desconhece.

Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) referem como crescente a demanda por atendimentos, o que dificulta o acesso da população a serviços e profissionais disponíveis em quantidade limitada, não importando, para os usuários, de qual esfera do governo é a responsabilidade pelo seu atendimento eficiente e garantia de sua cidadania.

O estudo de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011) mostra outro aspecto desta questão quando detecta que, na percepção dos médicos, a pressão contínua da demanda reprimida sobre a equipe decorre da falta de competência técnica dos agentes comunitários de saúde para marcação de consultas. Como produto do mesmo estudo surge a concepção, também médica, da falta de competência técnica da enfermeira para consultas e prescrição de medicamentos, devido ao fato de a consulta de enfermagem representar algo muito recente ao que o saber médico apresenta uma difícil aceitação gerando conflitos e pouca integração das ações.

Diante disso, a comunicação limitada entre os membros da equipe prejudica ainda mais o processo de trabalho a ser desenvolvido, aspecto este que, segundo os médicos, é influenciado pelo apoio institucional insuficiente (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

A vivência continuada de todos esses acontecimentos cotidianos gera uma sobrecarga emocional para os trabalhadores que, de acordo com Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012), interfere na forma como se relacionam com os usuários da ESF e afeta todas as esferas da vida.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo e Abordagem do Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento observacional transversal e abordagem mista (quantitativa e qualitativa).

A pesquisa quantitativa traduz em números opiniões e informações, de modo que posteriormente possam ser classificadas e analisadas com o uso de técnicas e recursos estatísticos. Este tipo de abordagem pode ser utilizada nas pesquisas descritivas quando, entre outros objetivos, buscam estabelecer uma relação causa-efeito entre os fenômenos, bem como descrever a complexidade de determinado problema. Assim, permite interpretar comportamentos e atitudes dos indivíduos com suas particularidades (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem qualitativa, por sua vez, visa interpretar e analisar aspectos ligados ao comportamento humano, investigando atitudes e significados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O delineamento transversal proporciona ao pesquisador a apreensão dos fenômenos em determinado ponto do tempo, que pode ser durante a coleta de dados (BOEMER; ROCHA, 1996).

### **4.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Várzea Alegre, localizado ao sul do Ceará, mais precisamente na Região do Cariri cearense, distando 467 km da capital Fortaleza. Possui uma área de 839,89 km<sup>2</sup>, e sua população, pelo censo de 2010, era de 38.434 habitantes (BRASIL, 2010). Possui como limites territoriais os municípios de Farias Brito, Cariús, Cedro, Caririaçu, Grangeiro e Lavras da Mangabeira.

Recentemente, houve uma alteração no que diz respeito à regionalização da Rede de Atenção à Saúde, segundo a qual Várzea Alegre, que anteriormente compunha a 20<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) sediada em Crato – CE,

passou a integrar a 17ª CRES com sede em Icó e composta pelos municípios de Baixo, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós, Umari e Várzea Alegre.

A rede municipal de serviços de saúde conta com 14 equipes de Saúde da Família - EqSF, um hospital privado conveniado com o Sistema Único de Saúde – SUS, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e um Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, além da rede particular, por vezes prestando serviço ao SUS, composta por laboratórios de análises clínicas e consultórios de vários profissionais. No que diz respeito à Saúde da Família as 14 equipes estão distribuídas de maneira homogênea pelo território municipal, sendo cinco delas localizadas na zona rural e nove ao longo do perímetro urbano.

**Figura 1: Mapa do Município de Várzea Alegre - CE**



**Fonte: ATLAS Brasil: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>**

### 4.3 População e amostra

A população do estudo conta com um total de 162 profissionais de saúde que atuam na ESF, distribuídos por categorias da seguinte maneira:

- 14 enfermeiros;
- 14 médicos;
- 08 cirurgiões dentistas;
- 20 técnicos/ auxiliares de enfermagem;
- 09 técnicos/ auxiliares em saúde bucal;
- 97 agentes comunitários de saúde.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram distribuídos 146 questionários, dos quais 90 foram devolvidos, compondo a amostra deste estudo:

- 11 enfermeiros;
- 04 médicos;
- 03 cirurgiões dentistas;
- 14 técnicos/ auxiliares de enfermagem;
- 04 técnicos/ auxiliares em saúde bucal;
- 54 agentes comunitários de saúde.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na amostra todos os participantes que atenderam aos critérios abaixo:

- a) Ser profissional de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos ou auxiliares de enfermagem e técnicos ou auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde);
- b) Estar atuando na Estratégia Saúde da Família do município de Várzea Alegre – CE;
- c) Ter tempo de atuação de pelo menos um ano na ESF do município.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão:**

Foram excluídos da amostra os profissionais que:

- a) Estavam afastados das atividades por qualquer motivo (férias, licenças, doença, ou qualquer outra causa de afastamento);
- b) Estavam ativos, porém em desvio de função;
- c) Estavam lotados na Unidade Básica de Saúde da Família – UBASF no desempenho de outra atividade (auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, vigia, gerente de unidade, entre outras);
- d) Estavam lotados na Unidade Básica de Saúde da Família onde trabalha a pesquisadora, por questões éticas e para evitar conflitos de interesse;
- e) Não devolveram os instrumentos de coleta de dados.

#### 4.4 Procedimento de Coleta de Dados

Inicialmente foi realizado um teste piloto para verificação da adequação do instrumento de coleta de dados. O mesmo foi aplicado em um grupo de auxiliares de serviço, com escolaridade de no mínimo primeiro grau completo, em escolas públicas no município, em número de dez. Os participantes do teste piloto foram selecionados de maneira aleatória. Após avaliação das respostas registradas nos instrumentos, com verificação de possíveis inconsistências dos mesmos, foi iniciado o procedimento de coleta de dados propriamente dita.

Por ocasião de um evento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, onde estavam presentes todos os profissionais participantes em potencial da pesquisa, realizou-se uma rápida explanação a respeito do objeto e dos objetivos do estudo e enfatizou-se a importância da participação de cada um para que os resultados fossem representativos da realidade vivenciada por todos os profissionais. Nesta oportunidade também foi reforçado o caráter voluntário da participação e o anonimato dos dados colhidos.

Após este momento, no dia 25 de fevereiro de 2016 a pesquisadora distribuiu todos os questionários com apresentação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta se estendeu pelo prazo de 30 dias, ao final do qual a pesquisadora realizou um novo contato, desta vez com representantes das categorias dos profissionais envolvidos solicitando que reforçassem junto aos seus pares a relevância da participação do maior número possível de profissionais na amostra do estudo, através da devolução dos questionários respondidos e dos respectivos TCLEs assinados.

##### 4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Os participantes responderam, voluntariamente, aos seguintes instrumentos:

**a) Questionário de dados sócio-demográficos.** (Anexo I) Com a finalidade de caracterizar os participantes do estudo, foi elaborado um questionário com perguntas de caráter sociodemográfico, como idade, sexo, religião e aspectos relacionados ao trabalho.

**b) Inventário de Burnout de Maslach - MBI (Anexo II)**, que é um questionário com 16 itens sobre sentimentos e atitudes do profissional, a exemplo de “Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho”, que devem ser pontuadas numa escala do tipo Likert de 7 pontos que vai de zero (nunca) a seis (todo dia) (MASLACH ; JACKSON e LEITER, 1996). Este instrumento avaliou o nível das dimensões da Síndrome de Burnout (baixo, médio ou alto), na amostra pesquisada.

**c) Escala de Satisfação no Trabalho** – Esta Escala, criada por Martins em 1984 e validada em 2006 por Martins e Santos, possui 45 itens, com pontuação tipo Likert de 5 pontos, na qual o participante é solicitado a indicar o seu grau de satisfação ou insatisfação em cada um dos itens, variando de “muito insatisfeito” (1) a “muito satisfeito” (5) . Os itens estão distribuídos em 6 fatores, a saber: satisfação com o reconhecimento profissional, satisfação com a utilidade social da organização e do trabalho, satisfação com relacionamento afetivo no trabalho, satisfação com o suporte organizacional, insatisfação com a inadequação da chefia e com falta de oportunidades e insatisfação com a sobrecarga de trabalho (FERRAZ; LOPES, 2015).

#### **4.5 Tratamento e Análise dos Dados**

O material resultante da coleta foi digitado no banco de dados eletrônico SPSS/win (versão 18.0), com o auxílio do qual se realizou o tratamento estatístico para posterior análise dos dados.

Considerou-se uma margem de erro de cerca cinco pontos percentuais com intervalo de confiança de 95%.

O processo de análise utilizou a estatística descritiva com base em medidas como frequências, médias, desvio-padrão, dentre outros, assim como referenciais da literatura indexada em bases de dados e portais de acesso à informação.

As respostas concedidas pelos participantes às questões referentes aos motivos pelos quais mudariam ou não de profissão e quais os fatores mais

estressantes do seu trabalho foram tratadas e organizadas conforme técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

De acordo com esta técnica, os dados são submetidos, na fase de pré análise, a uma leitura flutuante que consiste em leitura exaustiva do material coletado visando à formação do *corpus* descritivo e geração de indicadores para interpretação, por meio de recortes dos documentos que contém as falas. Então, são extraídas as categorias das quais devem emergir as unidades de registro. Esta fase, descrita como exploração do material, deve ser orientada por hipóteses e referenciais e possibilita ou não a riqueza das inferências e interpretações realizadas sobre o *corpus* de pesquisa. A terceira e última fase remete-nos ao tratamento dos dados, inferências e interpretação. Neste momento são destacadas as informações que serão submetidas a inferências e análises (BARDIN, 2011).

Os dados irão permanecer sob a guarda da pesquisadora, sendo garantido o seu sigilo e anonimato das informações.

#### **4.6 Considerações Éticas**

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), obtendo parecer favorável de nº 1.397.050.

O Gestor Municipal de Saúde de Várzea Alegre autorizou, através da assinatura de um Termo de Consentimento Institucional (Apêndice A), a realização da pesquisa com os profissionais de saúde, uma vez que os mesmos encontram-se a serviço do município.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi utilizado para todos os participantes da população, sendo considerados para a amostra, além dos que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão, aqueles que devolveram o termo devidamente assinado junto com os instrumentos de coleta de dados preenchidos.

Foram considerados todos os princípios da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que trata sobre os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Perfil sociodemográfico

A noção de que profissões dedicadas ao cuidado humano são essencialmente femininas foi fortalecida pelos achados desta pesquisa, uma vez que, entre os seus participantes, a maioria (93,3%) declarou-se do sexo feminino.

A amostra possui idades distribuídas entre os 22 anos e os 65 anos, com média de 42,23 anos e desvio padrão DP – 10,514. A maior concentração ocorreu na faixa dos 40 aos 49 anos (30% dos respondentes), seguida pelas faixas dos 30 aos 39 anos e dos 50 aos 59 anos, ambas com percentuais de 25,5% cada uma.

Os participantes (66,7%) caracterizaram-se como casados/conviventes, o que poderia estar relacionado ao perfil etário de meia idade identificado na amostra. A distribuição por estado civil encontra-se detalhada abaixo na tabela 1.

85,6% da amostra declarou-se católica, sobressaindo sobre as demais denominações ou práticas religiosas.

Tabela 1 – Aspectos demográficos da amostra

<b>SEXO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Masculino	16	6,7
Feminino	84	93,3
<b>TOTAL</b>	<b>90,0</b>	<b>100,0</b>
<b>IDADE</b>		
20-29 anos	13	14,4
30-39 anos	23	25,5
40-49 anos	27	30,0
50-59 anos	23	25,5
60 anos +	4	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	18	20,0
Casado/Convivente	60	66,7
Divorciado/Separado	12	13,3

Tabela 1 – Aspectos demográficos da amostra

Viúvo	-	-
Outro	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	77	85,6
Evangélica	7	7,8
Espírita	3	3,3
Agnóstico	-	-
Outro	3	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Várzea Alegre – CE (2016). Dados da Pesquisa.

No tocante ao perfil profissional da amostra (tabela 2), a distribuição ocorre entre as categorias profissionais presentes na ESF. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se sobressaíram em relação ao grupo, perfazendo um total de 60% da amostra.

Apenas 20% dos participantes possuem tempo de atuação na ESF entre 20 e 29 anos completos. Os demais possuem menor tempo de atuação. A média foi de 12,58 anos de atuação e Desvio-padrão (DP) de 7,37.

Encontrou-se, ainda, um padrão dominante de atuação em apenas um emprego (85,6%), o que pode ser devido às especificidades do mercado de trabalho local como também ao perfil, sobretudo de formação e etário, da população do estudo.

Inversamente proporcional à quantidade de profissionais com apenas um emprego, está o percentual dos mesmos que trabalha em regime de plantão, perfazendo apenas 6,7% da amostra.

O trabalho na zona urbana representa a realidade de 61,1% da amostra.

Tabela 2 – Perfil profissional da amostra

<b>Cargo/função na ESF</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Médico (a)	4	4,4
Enfermeiro (a)	11	12,2
Odontólogo (a)	3	3,3

Tabela 2 – Perfil profissional da amostra

Agente Comunitário (a) de Saúde	54	60,0
Técnico (a)/ auxiliar de Enfermagem	14	15,6
Técnico (a)/ auxiliar de Saúde Bucal/ Consultório dentário	4	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>Anos de Atuação na ESF</b>		
0-9 anos	36	40,0
10-19 anos	36	40,0
20-29 anos	18	20,0
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>Quantidade de Empregos</b>		
1	77	85,6
2	11	12,2
3	2	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>Trabalha sob regime de Plantão?</b>		
Sim	6	6,7
Não	84	93,3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>Trabalha em Zona urbana ou rural?</b>		
Urbana	55	61,1
Rural	35	38,9
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Várzea Alegre – CE (2016). Dados da Pesquisa.

Ao ser perguntado acerca da sensação de gostar do trabalho quase totalidade da amostra manifestou-se positivamente (98,9%). Entretanto, 25,6% dos mesmos indicaram o desejo de mudar de profissão, caso fosse possível (tabela 3).

Tabela 3 – Sentimentos relativos à profissão

<b>Gosta do Trabalho?</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Sim	89	98,9
Não	1	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3 – Sentimentos relativos à profissão

<b>Deseja mudar de profissão?</b>		
Sim	23	25,6
Não	67	74,4
TOTAL	90	100,0

Fonte: Várzea Alegre – CE (2016). Dados da Pesquisa.

## 5.2 Síndrome de Burnout

Os achados relativos à Síndrome de *Burnout* demonstraram os seguintes resultados distribuídos por dimensão: 80,9% dos participantes manifestaram um baixo nível de exaustão emocional; mais de metade dos respondentes apresentou nível médio ou alto na dimensão da despersonalização (46,6% no nível intermediário e 10,2% no nível alto); 100,0% da amostra apresentou alto grau de envolvimento pessoal no trabalho, após inversão dos escores.

A utilização dos referidos níveis (alto, médio e baixo) considerou os parâmetros adotados pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* – GEPEB (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Os valores padronizados para cada dimensão da SB, de acordo com a literatura utilizada, são os seguintes: Exaustão emocional (16 a 25); Despersonalização (3 a 8); Realização profissional (32 a 42).

Tabela 4 – Síndrome de *Burnout* nos profissionais da amostra

<b>Nível de <i>Burnout</i></b>	<b>Baixo</b>	<b>Médio</b>	<b>Alto</b>
Exaustão Emocional	80,9%	<u>16,9%</u>	<u>2,2%</u>
Despersonalização	43,2%	<u>46,6%</u>	<u>10,2%</u>
Envolvimento Pessoal no Trabalho	-	-	100,0%

## 5.3 Satisfação no Trabalho

A satisfação laboral foi verificada na amostra por meio da utilização da Escala de Satisfação no Trabalho de Martins e Santos (2006). A partir daí procedeu-

se a distribuição dos itens da escala em seis fatores propostos pelos mesmos autores.

O Fator 1 diz respeito à satisfação com o reconhecimento profissional. Neste grupo de questões a maioria da amostra (95,2%) relatou satisfação, tendo maiores percentuais em questões relativas ao reconhecimento pela comunidade e pela equipe.

Logo, os profissionais mostraram-se satisfeitos com o reconhecimento de seu trabalho pela comunidade, com os elogios recebidos pelos colegas e pelo fato de ser considerado um bom profissional pela equipe de trabalho. Também manifestaram sentimentos positivos em relação à confiança nos gestores, responsabilidade pelas tarefas, sua importância profissional e reconhecimento de sua capacidade.

Tabela 5 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 1 - Satisfação com o Reconhecimento Profissional

<b>Satisfação com o Reconhecimento Profissional</b>	<b>Satisfação</b>	<b>Indiferença</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>Sem resposta</b>
2. Ver que a comunidade reconhece meu trabalho me faz sentir	100%	-	-	-
3. Ver que posso confiar nos meus gestores me faz sentir	85,6%	5,6%	5,5%	3,3%
5. Quando meus colegas elogiam meu trabalho sinto	93,3%	4,4%	2,2%	-
6. Ser responsável pelas minhas tarefas me faz sentir	97,8%	-	-	2,2%
7. Ver que minha equipe me considera um bom funcionário me faz sentir	98,9%	1,1%	-	-
8. Ver que sou importante profissionalmente me faz sentir	95,6%	3,3%	1,1%	-
12. Perceber que meus colegas reconhecem a minha capacidade no trabalho me faz sentir	95,5%	3,3%	-	1,1%
<b>Médias Fator 1</b>	<b>95,2%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,3%</b>	<b>0,9%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Na satisfação com a utilidade social do trabalho (Fator 2) obteve-se uma maioria também satisfeita (91,6%). Ainda assim, destaca-se a ocorrência de percentuais de 10% de ausência de resposta em três dos quatro itens deste fator. A questão que contou com maior índice de satisfação aborda o fato de trabalhar em uma instituição socialmente bem vista.

A amostra ainda declarou-se satisfeita com a importância do seu trabalho para o desempenho da instituição, com a contribuição da instituição e do seu trabalho para melhorar a sociedade.

Tabela 6 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 2 – Satisfação com a Utilidade Social da Organização e do Trabalho

<b>Satisfação com a Utilidade do Trabalho</b>	<b>Satisfação</b>	<b>Indiferença</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>Sem resposta</b>
4. Trabalhar nesta instituição que é bem vista na comunidade, me faz sentir	98,9%	-	1,1%	-
42. Ver que o meu trabalho é importante para o desempenho da instituição me faz sentir	89,9%	-	1,1%	10,0%
21. Ver que esta instituição faz coisas úteis para a sociedade, me faz sentir	87,8%	-	2,2%	10,0%
22. Ver que meu trabalho ajuda a melhorar a sociedade me faz sentir	90,0%	-	-	10,0%
<b>Médias Fator 2</b>	<b>91,6%</b>	<b>-</b>	<b>1,1%</b>	<b>7,5%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

A relação afetiva no trabalho, cujos itens compõem o Fator 3, apresentou predominância de satisfação, mesmo com níveis um pouco abaixo dos observados nos fatores anteriores, e níveis proporcionalmente maiores de indiferença e insatisfação. O maior percentual de satisfação (88,9%) foi relativo ao fato de ver os membros da equipe como amigos. O menor percentual de satisfação para este fator (67,8%) foi percebido no quesito acerca do tratamento dos gestores com seus subordinados. Por sua vez, o nível mais elevado de insatisfação para este fator (8,9%) esteve relacionado à preocupação da gestão com as condições de trabalho da equipe.

Neste fator foram avaliadas a relação dos gestores e a forma de tratamento por eles dispensada às equipes, bem como suas atitudes em relação às condições de trabalho, às relações de amizade estabelecidas fora do trabalho, e às relações interpessoais estabelecidas no interior da equipe.

Tabela 7 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 3 – Satisfação na Relação Afetiva no Trabalho

<b>Satisfação com a Relação Afetiva no Trabalho</b>	<b>Satisfação</b>	<b>Indiferença</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>Sem resposta</b>
15. Ver que meus gestores são gentis com minha equipe me faz sentir	87,8%	2,2%	6,6%	3,3%
16. Meus gestores serem amigos da equipe até fora do trabalho me faz sentir	83,4%	6,7%	4,4%	5,6%
26. Ver que meus gestores são legais com meus subordinados me faz sentir	67,8%	8,9%	7,7%	15,6%
27. Ver que meus gestores se preocupam com as condições de trabalho da equipe me faz sentir	72,3%	3,3%	8,9%	15,6%
31. Gostar dos meus colegas de trabalho me faz sentir	87,8%	1,1%	1,1%	10,0%
37. Ter uma equipe bastante compreensiva me faz sentir	87,8%	2,2%	-	10,0%
43. Ver os membros da minha equipe como amigos me faz sentir	88,9%	1,1%	-	10,0%
45. Ver os meus gestores como amigos me faz sentir	75,5%	5,6%	4,4%	-
<b>Médias Fator 3</b>	<b>81,4%</b>	<b>3,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>8,8%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Na satisfação com o suporte organizacional, encontrou-se o maior percentual de satisfação manifestada na questão referente à confiança que o profissional pode depositar em sua equipe de trabalho. A ausência de respostas

esteve presente em 16,7% dos respondentes à questão referente à preocupação da gestão em promover a qualidade de vida de seus empregados e em 17,8% no tocante ao incentivo dos gestores aos subordinados.

Avaliou-se aqui aspectos presentes no relacionamento entre a instituição de trabalho e os profissionais que nela atuam. O reconhecimento profissional pela gestão, a possibilidade de ascensão de cargo, assim como a oferta de boas condições de trabalho e a possibilidade de resolução de problemas por parte de trabalhadores e gestores compõem o Fator 4.

Tabela 8 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 4 – Satisfação com o Suporte Organizacional

<b>Satisfação com o Suporte Organizacional</b>	<b>Satisfação</b>	<b>Indiferença</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>Sem resposta</b>
9. Ver que meu trabalho é reconhecido pelos meus gestores me faz sentir	90,0%	3,3%	2,2%	4,4%
13. Ver que posso confiar na minha equipe me faz sentir	98,9%	-	1,1%	-
17. Perceber que conhecer bem o trabalho me dá chance de subir de cargo me faz sentir	71,1%	8,9%	4,4%	15,6%
19. Perceber que a gestão é preocupada em fazer com que seus empregados vivam bem me faz sentir	75,6%	2,2%	5,5%	16,7%
23. Ver que meus gestores incentivam seus subordinados me faz sentir	61,1%	6,7%	14,5%	17,8%
35. Perceber que os recursos técnicos e materiais são suficientes me faz sentir	67,8%	-	17,8%	14,4%
36. Perceber que tenho um bom salário me faz sentir	84,4%	-	2,2%	13,3%
38. Perceber que as decisões são tomadas em equipe me faz sentir	85,6%	-	3,6%	11,1%

Tabela 8 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 4 – Satisfação com o Suporte Organizacional

40. Ver a capacidade da minha equipe para resolver problemas do trabalho me faz sentir	85,5%	2,2%	2,2%	10,0%
44. Ver a capacidade dos meus gestores para resolver problemas do trabalho me faz sentir	77,7%	1,1%	5,5%	15,6%
<b>Médias Fator 4</b>	<b>79,7%</b>	<b>2,4%</b>	<b>5,9%</b>	<b>11,9%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

O Fator 5 mede a Insatisfação com a sobrecarga de trabalho. Como a própria descrição do fator já menciona, é natural que os percentuais de insatisfação aqui sejam mais próximos ou superiores aos de satisfação. Desta maneira, tem-se números expressivos de indiferença e insatisfação neste fator, destacando-se 83,3% de insatisfação com a possibilidade de adoecimento provocado pelo trabalho.

O volume de trabalho e as consequências dele, assim como os esforços empreendidos para a sua realização, foram alguns dos itens abordados neste fator.

Tabela 9 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 5 – Insatisfação com a Sobrecarga de Trabalho

<b>Insatisfação com a sobrecarga de trabalho</b>	<b>Satisfação</b>	<b>Indiferença</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>Sem resposta</b>
1. Trabalhar tanto me faz sentir	88,9%	3,6%	6,7%	1,1%
10. O cansaço que sinto depois do trabalho me faz sentir	46,7%	28,9%	24,4%	-
11. Ficar esgotado de tanto trabalhar me faz sentir	28,9%	21,1%	50,0%	-
14. Ter problemas de saúde por causa do meu trabalho me faz sentir	35,5%	28,9%	34,5%	1,1%
18. Ver que meu serviço exige de mim mais do que eu posso fazer me faz sentir	16,6%	12,2%	60,0%	11,1%

Tabela 9 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 5 – Insatisfação com a Sobrecarga de Trabalho

25. Perceber que o cansaço do trabalho me deixa desanimado para sair de casa me faz sentir	7,8%	24,4%	57,8%	10,0%
28. Ver que trabalho mais do que posso faz sentir	33,4%	8,9%	47,8%	10,0%
32. Perceber que trabalho demais me faz sentir	27,7%	20,0%	31,1%	11,1%
41. Ter problemas de saúde por causa do meu trabalho me faz sentir	1,1%	5,6%	83,3%	10,0%
<b>Médias Fator 5</b>	31,9%	17,1%	44,0%	6,1%

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Este fator também apresenta questionamentos de representação negativa elucidando a Insatisfação com a Falta de Suporte Psicossocial (Fator 6). Aqui, a insuficiência de recursos técnicos e materiais sobressai, expressando o maior percentual de insatisfação na amostra pesquisada (84,5%).

Foram abordados elementos negativos ligados à impossibilidade de crescimento na carreira (56,7%), insegurança no trabalho e insuficiência de meios para um bom desempenho profissional.

Tabela 10 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 6 – Insatisfação com a Falta de Suporte Psicossocial

<b>Insatisfação com a Falta de Suporte Psicossocial</b>	<b>Satisfação</b>	<b>Indiferença</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>Sem Resposta</b>
20. Ver que neste trabalho nunca vou subir de cargo me faz sentir	15,5%	13,3%	56,7%	14,4%
24. Nunca ter recebido um elogio me faz sentir	3,3%	24,4%	60,0%	12,2%

Tabela 10 – Resultados da Satisfação no Trabalho: Fator 6 – Insatisfação com a Falta de Suporte Psicossocial

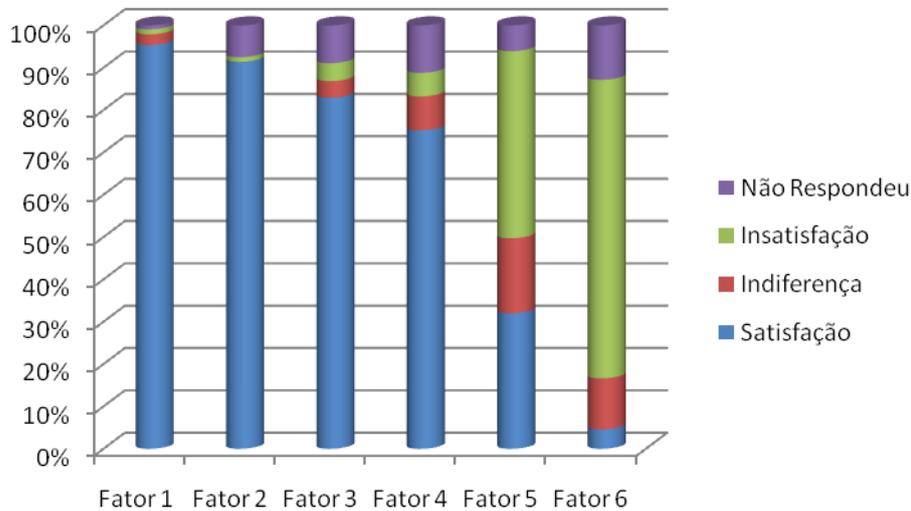
29. Ver que meus gestores gostam de corrigir a gente só para chatear me faz sentir	2,2%	7,8%	75,5%	14,4%
30. Ver que posso ficar desempregado a qualquer momento me faz sentir	-	8,9%	74,5%	16,7%
33. Ver quantas demissões os meus gestores andam fazendo me faz sentir	6,7%	8,9%	73,4%	11,1%
34. A falta de reconhecimento da minha capacidade de trabalho me faz sentir	1,1%	18,9%	68,9%	11,1%
39. Perceber que os recursos técnicos e materiais são insuficientes me faz sentir	3,3%	2,2%	84,5%	10,0%
<b>Médias Fator 6</b>	4,6%	12,1%	70,5%	12,8%

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Evidencia-se pelo gráfico abaixo que os profissionais da amostra apresentam um percentual significativo de satisfação relatada nos fatores de conotação positiva. Nos fatores 5 e 6, referentes à insatisfação com sobrecarga e falta de suporte psicossocial, este panorama inverte-se para um maior nível de insatisfação.

Chama atenção nos achados os maiores números de abstenções ou ausência de resposta nos fatores 4 e 6 relativos a satisfação com suporte organizacional e insatisfação com suporte psicossocial, respectivamente. Ambos dizem respeito à dimensão de suporte ou apoio em diferentes perspectivas para a execução do trabalho.

Gráfico 1 – Fatores de satisfação/insatisfação no trabalho em profissionais de saúde da ESF



Legenda:

Fator 1 – Satisfação com o reconhecimento profissional

Fator 2 – Satisfação com a utilidade social da organização e do trabalho em si

Fator 3 – Satisfação com relacionamento afetivo no trabalho

Fator 4 – Satisfação com o suporte organizacional

Fator 5 – Insatisfação com a sobrecarga de trabalho

Fator 6 – Insatisfação com a falta de suporte psicossocial

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da Pesquisa.

## 5.4 Motivos que levariam (ou não) o profissional a assumir uma nova carreira

Os dados oriundos deste questionamento originaram duas categorias, uma de motivos positivos e outra de motivos negativos. Ambas encontram-se descritas a seguir.

### 5.4.1 Motivação positiva - Não mudaria de profissão

A categoria de motivos positivos envolve o desejo de permanência na atual função laboral em virtude de realização profissional e de gostar da profissão, o que parece produzir sentimentos como felicidade e identificação com o trabalho desenvolvido.

A expressão de motivos para gostar do trabalho (tabela 11), demonstrou que, para o trabalhador, o agir comunitário, através da cooperação, é gerador de

sentimentos de importância para a comunidade e da possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço. A formação de vínculo e a reciprocidade estabelecida, bem como a sensação de pertencimento e a dimensão de ajuda também estão presentes na representação do trabalho. A categoria traz, em seu cerne, a visão da profissão como vocação, escolha, proposta divina e com uma ligação consistente com a personalidade, representando, muitas vezes, um sonho de vida.

Tabela 11 – Motivos para não mudar de profissão

<b>MOTIVO</b>	<b>FRAGMENTOS DE FALAS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Gostar da profissão	<p>“Porque gosto da minha profissão” (26).</p> <p>“Amo o que faço” (09).</p> <p>“Me sinto realizada” (02).</p> <p>“Satisfeita com a profissão” (01).</p> <p>“Me identifico com a profissão” (03).</p>	41	61,2%
Poder ajudar/ contribuir com a comunidade	<p>“Feliz em poder ajudar as pessoas” (07).</p> <p>“Contribuir com uma melhor qualidade de vida” (02).</p>	09	13,4%
Outros	<p>“Proposto por Deus como primeiro trabalho” (01).</p> <p>“Porque esta é a minha vocação” (01).</p> <p>“Era um sonho” (01).</p>	03	4,48%
Sem resposta	-	14	20,9%
<b>TOTAL</b>		<b>67</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

#### 5.4.2 Motivação negativa - Mudaria de profissão

O desejo de mudar de profissão, neste estudo, parece estar mais relacionado à vontade de crescimento e ascensão profissional. Isto é, os trabalhadores almejam melhores condições de vida e financeiras, já que a função atual não permite a ascensão profissional. Também referem o trabalho como gerador de cansaço, sobrecarga e estresse em virtude das condições adversas a que são submetidos em seu exercício laboral e que podem ser agravadas pela valorização/desvalorização profissional e pela ausência ou ineficiência de apoio, aqui entendido como apoio institucional. Os profissionais sentem-se limitados por questões como o longo tempo de exercício no mesmo cargo, bem como o fato de já ter alcançado a meia idade e não possuir motivação suficiente para uma nova carreira.

Tabela 12 – Motivos pelos quais mudaria de profissão

<b>MOTIVO</b>	<b>FRAGMENTOS DE FALAS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Desejo de crescimento profissional	<p>“Quero crescer profissionalmente” (02).</p> <p>“Porque gostaria de ser enfermeira” (01).</p> <p>“Gostaria de trabalhar na área em que me graduei” (01).</p> <p>“Porque gostaria de evoluir fazendo uma faculdade” (02).</p> <p>“Para uma profissão de qualificação constante” (01).</p> <p>“Porque sonho alto e para realizar esse sonho estudo muito e quero melhorar, claro” (01).</p>	08	34,8%
Problemas de saúde física	<p>“Cansaço e problemas de saúde física” (01).</p>	01	4,34%
Cansaço/ estresse	<p>“Cansativo em todos os sentidos” (03).</p> <p>“Estou estressada” (01).</p> <p>“Emocionalmente desgastante” (01).</p>	05	21,7%

Tabela 12 – Motivos pelos quais mudaria de profissão

Condições de trabalho insalubres	“Por causa da exposição ao sol” (01). “Anda bastante” (01). “Localidades distantes”(01). “Exposição a diversos fatores de risco” (01).	04	17,4%
Desejo de melhorar condições de vida	“Eu queria ser dona do meu próprio negócio” (01). “Melhorar minhas condições financeiras” (01) “Pra melhorar as condições de vida” (02).	04	17,4%
Sem resposta		01	4,34%
<b>TOTAL</b>		<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

### 5.5 Fatores geradores de estresse laboral

A leitura inicial do material coletado permitiu identificar a percepção dos sujeitos relativa à influência de fatores de caráter pessoal, relacional e relacionado ao trabalho na geração de estresse (Tabela 13). Uma exploração mais cuidadosa permitiu observar três subcategorias nos fatores associados ao trabalho, sendo elas: Estrutura física e material; Processo de trabalho; Deficiência na qualificação e valorização profissional.

Tabela 13 – Fatores Geradores de Estresse

TIPO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Fatores pessoais	4	2,4%
Fatores relacionais	45	27,3%
Fatores relacionados ao trabalho	116	70,3%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

A Categoria 1 (Tabela 14) representa os fatores pessoais relacionados aos estresse. Neste universo, aspectos cognitivos e comportamentais parecem desencadear uma atitude de enfrentamento satisfatória frente ao processo de trabalho potencialmente gerador de estresse. Assim, fica expressa uma preocupação dos profissionais com a execução de suas atividades laborais, uma vez que o fazem com responsabilidade. A calma e o senso de humor surgem como aliados importantes para um enfrentamento mais eficaz.

Tabela 14 – Fatores geradores de estresse – Categoria 1 (Fatores pessoais)

<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>
“Ter calma”	01	25%
“Ter senso de humor e tudo se resolve”	01	25%
“Gosto de ter muita responsabilidade em tudo que faço”	01	25%
“Fico muito preocupada”	01	25%
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Os aspectos relacionais geradores de estresse (tabela 15) trazem para a categoria 2 a expressão das relações entre os profissionais, colegas de trabalho, com seus conflitos e interdependência, bem como o impacto da falta de compromisso de alguns sobre o trabalho dos demais. Emerge do contexto pesquisado o isolamento (sentir-se só) e a falta de cooperação e de reconhecimento por parte de colegas e da gestão.

Ainda no contexto do trabalho, destaca-se a incompreensão advinda da comunidade assistida, no sentido de não reconhecer o esforço implementado pelo profissional para atender às necessidades manifestadas e vencer as limitações do processo de trabalho. Os trabalhadores sentem-se vítimas de arrogância, humilhação, agressividade e cobrança excessiva pelos usuários do serviço durante

os processos interativos de assistência, embora alguns atribuam tais atitudes às especificidades do trabalho envolvendo o cuidado humano.

Tabela 15 – Fatores geradores de estresse – Categoria 2 (Fatores relacionais)

UNIDADE DE REGISTRO	FRAGMENTOS DE FALAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Relacionamento com os colegas	<p>“Relacionamentos com as pessoas que trabalho” (04).</p> <p>“Levar a culpa por causa de alguns que não trabalha como deveria” (01).</p> <p>“Falta de comprometimento de funcionários” (01).</p> <p>“Ficar esperando pela a boa vontade de outras pessoas para desenvolver um bom trabalho” (01).</p> <p>“Sinto como se fosse cada um por si e Deus por todos, por assim dizer” (01).</p> <p>“Sem o devido reconhecimento por parte dos colegas” (01).</p>	09	20%
Relacionamento com a gestão	<p>“Falta de entendimento dos gestores maiores” (01).</p> <p>“A falta de apoio ou limitações financeiras ou de suporte da gestão” (01).</p> <p>“Falta de apoio e cobrança do gestor” (01).</p> <p>“Falta de reconhecimento dos gestores relativo a equipe” (03).</p> <p>“Problemas de gestão” (01).</p>	07	15,5%
Relacionamento com a comunidade assistida	<p>“Comunidade não reconhece o meu esforço no meu trabalho” (02).</p> <p>“A incompreensão da população” (08).</p>	29	64,4%

Tabela 15 – Fatores geradores de estresse – Categoria 2 (Fatores relacionais)

“Lidar com pessoas desinformadas” (02).		
“Quando não somos reconhecidas pelo nosso trabalho” (02).		
“Todos querem ser atendidos ao mesmo tempo” (01).		
“Falta de educação/agressividade de parte da população” (05).		
“Trabalhar com seres humanos” (06).		
“A cobrança das pessoas na área” (03).		
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

A categoria 3 versa sobre os fatores relacionados ao trabalho (tabela 16) e divide-se em três subcategorias, a saber: Estrutura Física e Material; Processo de Trabalho; Deficiência na qualificação e valorização profissional.

Tabela 16 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho)

<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>
a) Estrutura física e material	45	38,8%
b) Processo de trabalho	62	53,5%
c) Deficiência na qualificação profissional e na valorização	09	7,8%
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Na subcategoria “Estrutura Física e Material” (Tabela 17), a falta de materiais e insumos e as condições laborais insalubres em algumas unidades de saúde, com estrutura física deficiente e ambiente desconfortável, são fortemente mencionados. O alcance de bons resultados, na percepção dos participantes da pesquisa, também fica prejudicado pelas distâncias entre as localidades e exposição ao sol durante o deslocamento, assim como a pouca disponibilidade de transporte para as visitas domiciliares da equipe. Os serviços de apoio clínico e diagnóstico, como marcação de consultas especializadas e exames complementares, também figuram entre os fatores geradores de estresse para os trabalhadores, que atribuem à desarticulação destes serviços e às condições desfavoráveis para o trabalho a baixa resolutividade do sistema de saúde.

Tabela 17– Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) Subcategoria a) Estrutura física e material

<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>FRAGMENTOS DE FALAS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Falta de materiais/ insumos	<p>“Falta de material” (10).</p> <p>“Falta de insumos para realizar atividades importantes” (03).</p> <p>“A falta de recursos” (01).</p> <p>“Poucas fichas, poucos instrumentais para trabalhar” (01).</p>	15	33,3%
Estrutura física inadequada	<p>“Falta de estrutura adequada para desenvolver melhor as tarefas” (02).</p> <p>“Falta de condição” (02).</p> <p>“Desconforto do ambiente em si” (01).</p> <p>“Condições de trabalho (...) muitas vezes inadequada” (05).</p> <p>“A distância das localidades” (07).</p> <p>“Muitas famílias” (01).</p>	21	46,7%

Tabela 17– Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) Subcategoria a) Estrutura física e material

“Andar no sol” (03).			
Condições de trabalho	“Falta de transporte para o técnico de enfermagem” (01).	09	20%
	“Quando se exige muito e as condições ofertadas são mínimas ou nenhuma para que se consiga desempenhar tais tarefas” (01).		
	“Demora/dificuldade e conseguir exames complementares” (03).		
	“Marcar exames agendamentos de consultas domiciliar” (01).		
	“A falta de resolutividade do sistema de saúde” (02).		
	“Falta de resolutividade por parte dos gestores para algumas demandas” (01).		
<b>TOTAL</b>		<b>45</b>	<b>100%</b>

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

Na subcategoria “Processo de Trabalho” (Tabela 18), a sobrecarga laboral figura como agente estressor, sendo agravada por aspectos como acúmulo de funções por alguns profissionais, assim como a assunção de atribuições de outrem, a grande demanda nos serviços, as práticas administrativas, o excesso de responsabilidades e as cobranças, muitas vezes com prazos impraticáveis. Esta categoria elucida fatores entendidos como dificuldades para a execução do processo de trabalho na ESF, que obstaculizam as práticas laborais gerando estresse e insatisfação. Neste sentido, a execução do trabalho proposto pela ESF, sem um

apoio institucional eficiente, emerge nesta categoria, estando também disperso nas categorias anteriores.

Tabela 18 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) Subcategoria b) Processo de trabalho

UNIDADE DE REGISTRO	FRAGMENTOS DE FALAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sobrecarga	<p>“Sobrecarga de trabalho” (04).</p> <p>“Às vezes faço mais do que está dentro do meu limite” (01).</p> <p>“Acúmulo de funções” (03).</p> <p>“A sobrecarga de funções que a enfermagem assumiu” (01).</p> <p>“Além de enfermeira, a incorporação forçada da função de coordenadora da unidade” (01).</p> <p>“Constante agregação de atividades à prática do enfermeiro” (01).</p> <p>“Coisas que aparecem pra fazer e entregar ‘ontem’” (03).</p> <p>“Alta demanda de atendimento” (01).</p> <p>“Muita burocracia (papelada para preencher)” (04).</p> <p>“Tem que cumprir com as responsabilidades do trabalho” (03).</p> <p>“Superlotação” (01).</p>	23	37,1%
Dificuldades	<p>“O cansaço” (01).</p> <p>“O tumulto e as pressas de serem atendidas logo e ao mesmo tempo” (02).</p> <p>“Pressão psicológica muito grande” (01).</p> <p>“Muitas cobranças” (01).</p>	39	62,9%

---

Tabela 18 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho)      Subcategoria b) Processo de trabalho

---

“Quando as pessoas da comunidade jogam nas nossas mãos problemas que não são da nossa competência” (02).

“Falta de planejamento” (01).

“Falta de autonomia para resolver alguns impasses” (01).

“Às vezes ter que prescrever, quando não é dos programas” (01).

“Quando não se consegue ajudar aos mais necessitados” (02).

“Falta de informação aos pacientes sobre seus direitos e deveres” (02).

“Pouco apoio da gestão ao processo de trabalho da ESF” (01).

“Fatores que comprometam o trabalho em equipe” (01).

“Só quando se marca algo que não seja possível realizar” (01).

“Falta de organização” (01).

“Quando você faz e algumas pessoas dizem que você não faz nada” (01).

“Administração de medicamentos no domicílio” (01).

“A constante mudança de famílias vindo e indo de outros bairros” (02).

“A demanda da unidade para ser atendida” (01).

Tabela 18 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) Subcategoria b) Processo de trabalho

“É prevenção, orientação, encaminhar etc” (01).

“A questão de fazer seu trabalho e ter que se respaldar” (02).

“Cobranças e a falta de interesse” (01).

“Ao conhecimento que eu vou adquirindo cada dia que passa” (01).

<b>TOTAL</b>	62	100%
--------------	----	------

Fonte: Várzea Alegre-CE (2016). Dados da pesquisa.

A terceira e última subcategoria, denominada “Deficiência na qualificação e na valorização profissional” (Tabela 19), explora a valorização/ desvalorização profissional enfatizando a baixa remuneração e ausência de uma política de qualificação profissional, bem como a inexistência de um plano de cargos, carreira e salários.

Tabela 19 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) Subcategoria c) Deficiência na qualificação profissional e na valorização

<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>FRAGMENTOS DE FALAS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Desvalorização profissional	<p>“Desvalorização profissional” (02).</p> <p>“Remuneração baixa” (03).</p> <p>“Falta de planos de cargos e salários” (01).</p> <p>“Reconhecimento profissional” (01).</p>	07	77,8%

Tabela 19 – Fatores geradores de estresse – Categoria 3 (Fatores relacionados ao trabalho) Subcategoria c) Deficiência na qualificação profissional e na valorização

Falta de estímulo à qualificação profissional	“Falta de qualificação profissional” (02).	02	22,2%
<b>TOTAL</b>		09	100%

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 Perfil sociodemográfico**

Entre as transformações observadas desde o final do século XX, está a inserção das mulheres em áreas antes consideradas majoritariamente masculinas, como engenharia e medicina (DANIEL, 2011). Para Wolff (2010) existe uma diferenciação clara entre profissões consideradas femininas ou masculinas prevalecendo, entre as femininas, aquelas relativas à educação e aos cuidados de saúde. Simmel (1993) defende uma divisão do trabalho claramente definida por habilidades que seriam próprias de homens ou mulheres.

Pesquisas de Braga, Carvalho e Binder (2010), França e Ferrari (2012) e Mota, Dosea e Nunes (2014) demonstram em suas amostras, uma maioria incluída no sexo feminino. Maissat (2013) também confirma este achado ao colocar que entre os trabalhadores da enfermagem e os agentes comunitários de saúde predomina o sexo feminino, podendo estar em maior número também em outras categorias profissionais.

Nesta perspectiva, os resultados do presente estudo apontam uma maior quantidade de mulheres entre os profissionais de saúde pesquisados.

No tocante à faixa etária, observou-se uma concentração de idade superior aos 40 anos. Este fato pode ser explicado pela informação de que a maioria da amostra (60%) é composta por agentes comunitários de saúde e que, alguns destes, iniciaram suas atividades em tal função por ocasião da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, de acordo com Giovanella (2012), ocorreu no ano de 1991.

As pesquisas de Maissat (2013) e de Lopes et al. (2012) corroboram este achado de predominância de estado civil casado/convivente.

França e Ferrari (2012) evidenciam que a maioria dos pesquisados possuía situação conjugal referida como casado. Entretanto foi encontrada uma divergência neste estudo no que diz respeito à faixa etária dos participantes. Neste quesito os autores encontraram uma prevalência de indivíduos adultos jovens, com idades compreendidas entre 20 e 40 anos. Vale ressaltar que a pesquisa incluiu apenas profissionais da equipe de enfermagem.

Mota, Dosea e Nunes (2014) mostraram nos resultados do seu estudo sobre agentes comunitários de saúde uma distribuição com percentuais bem próximos entre indivíduos casados e solteiros, ambos superiores a 30%.

No que diz respeito às práticas religiosas, o catolicismo sobressaiu sobre as demais denominações, podendo ser reflexo de um período anterior ao laicismo do Estado brasileiro, onde a religião Católica era reconhecida como oficial para os indivíduos que não se declaravam de outra religião.

Somando-se os participantes que se denominaram como católicos e evangélicos (religiões cristãs) tem-se a quase totalidade da amostra (93,4%), aspecto ratificado pelo estudo de Mota, Dosea e Nunes (2014) onde as religiões cristãs também foram predominantes entre os respondentes.

A distribuição por categoria profissional, com maioria de agentes comunitários de saúde, pode ser explicada em virtude de estarem em maior quantidade na população inicialmente elegível para o estudo. Já no estrato de nível superior, os enfermeiros estão em maioria entre os respondentes.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada como Programa Saúde da Família em 1994, posteriormente à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ocorrida em 1991 (GIOVANELLA, 2012). Entretanto, diversos profissionais iniciaram suas atividades algum tempo depois da criação dos mesmos. Na realidade pesquisada a maioria apresenta tempo de atuação inferior a 20 anos, com média de 12,58 anos e desvio-padrão (DP) de 7,37.

Ao longo dos séculos, o trabalho tem representado para a classe trabalhadora uma atividade exploratória resultando em dor, adoecimento e morte. No caso dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica brasileira, somam-se à construção de vínculos e assunção de co-responsabilidades, inerentes a este modelo de atenção à saúde, as situações que precarizam as condições de trabalho gerando medo, isolamento e submissão, além do arrocho salarial vigente no sistema de saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

A precarização torna-se visível e sensível no contexto brasileiro pelas questões salariais. A má remuneração seria o suposto motivo para os profissionais de saúde permanecerem ativos em mais de um emprego, assumindo cargas horárias exorbitantes e esgotantes.

No contexto pesquisado a maioria dos profissionais possui apenas um vínculo empregatício, dado reforçado pela pesquisa de Trindade e Lautert (2010)

que complementa afirmando que, os que se mantêm em mais de um emprego, o fazem na busca de melhorar a renda familiar.

A realidade encontrada no local da pesquisa em relação à quantidade de vínculos de trabalho formal pode ser compreendida como uma limitação na quantidade de postos de trabalho neste município, que se caracteriza como de pequeno porte. Desta forma, todos trabalham na ESF e apresenta-se como mínima a quantidade de indivíduos que trabalham em regime de plantão.

## **6.2 Síndrome de Burnout**

Para Benevides-Pereira (2002) a Síndrome de Burnout (SB) apresenta-se como um transtorno tridimensional caracterizado por: Exaustão Emocional (EE), cursando com a sensação de ter chegado ao limite devido ao esgotamento motivado pelo estresse crônico; Despersonalização (DP), que diz respeito a modificações na personalidade do indivíduo, afetando o seu comportamento em relação aos demais (sejam eles colegas, pacientes ou usuários), podendo alcançar o nível de cinismo, ironia e indiferença; e a terceira dimensão, a Realização Profissional Reduzida (ou inversamente, o Envolvimento Pessoal com o Trabalho - EPT), que cursa com sentimentos de baixa autoestima e insuficiência, baixa ou nenhuma realização com o trabalho, chegando muitas vezes a induzir o profissional a querer abandonar o emprego. Cada dimensão pode ser avaliada individualmente com pontuação independente, caracterizando um maior ou menor nível de Burnout. A terceira e última dimensão pode ser invertida, denotando, em seus escores inversos, sensações de bem estar em relação ao trabalho e aos resultados do mesmo.

Nesta pesquisa, encontrou-se baixos níveis de Exaustão Emocional (EE), níveis baixos a intermediários de Despersonalização (DP), e altos escores de Envolvimento Pessoal com o Trabalho (EPT), após inversão dos pontos. A partir daí, pode-se ter uma visão global da saúde mental destes profissionais, que já manifestam sinais de desgaste com possibilidade para o desenvolvimento da SB na dimensão da despersonalização.

Evidenciou-se uma particularidade entre os dados coletados ao retratar altos níveis de despersonalização e baixos índices de exaustão emocional, já que conforme expõe Carneiro (2010) a Exaustão Emocional precede a Despersonalização.

Os baixos índices de Exaustão Emocional (EE) e altos índices de Envolvimento Pessoal com o Trabalho (EPT) podem ser justificados pela idade dos indivíduos pesquisados, cuja média em anos foi de 42,23. De acordo com Guido et al. (2012) o tempo e as vivências proporcionam aos indivíduos o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e superação de desgastes. No estudo de Trindade e Lautert (2010), indivíduos com idades inferiores aos 40 anos apresentam altos índices de desgaste emocional e despersonalização e baixos escores de realização profissional.

Assim, infere-se que indivíduos mais jovens e com pouca vivência estariam mais vulneráveis à Síndrome de Burnout, uma vez que a pouca idade impossibilitaria o desenvolvimento de comportamentos e atitudes de proteção contra a Síndrome.

No que diz respeito à dimensão de Despersonalização (DP) existe uma situação de alerta entre os profissionais pesquisados, tendo-se que o escore considerado elevado apresenta um percentual de frequência superior a 10%.

Frente a um panorama onde as relações humanas são preteridas em favor do uso de tecnologias de média e alta densidade, encontram-se os profissionais de alto contato desenvolvendo suas atividades laborais em ambientes ricos em relações humanas iminentes e imanentes (GOULART et al., 2010).

Barroso e Guerra (2013) realizaram uma pesquisa com ACS de um município mineiro, onde foi detectado que o estado de despersonalização agravou-se pela proximidade com os problemas vivenciados pelos usuários do serviço.

Este panorama apresentaria menor magnitude se o acometimento dos profissionais nesta dimensão não fosse tão danoso para seu relacionamento interpessoal com os colegas de equipe multiprofissional e com os próprios usuários do serviço.

Mais uma vez, a predominância dos ACSs na amostra pode ter refletido nos resultados do estudo. De acordo com Maia, Silva e Mendes (2011) estes profissionais possuem como fator gerador de estresse o fato de representarem alvo de grandes expectativas por parte da equipe e da comunidade. Devido ao seu vínculo de residência e convivência com a comunidade, aliam as pressões do trabalho com a vivência em ambientes insalubres, perigosos e profícuos ao adoecimento. Vários aspectos relacionados a esta categoria profissional têm sido

negligenciados entre eles a qualidade de vida e o impacto deste fator sobre o trabalho que realizam (BARROSO; GUERRA, 2013).

Em estudo de Réus et al. (2014) 48,39% dos enfermeiros entrevistados estavam acometidos na dimensão da Despersonalização. Na mesma pesquisa demonstrou-se que, mesmo os profissionais não possuindo dupla jornada laboral, 19,35% estavam em Burnout, o que pode ser explicado por características próprias do trabalho na ESF, e que para evitar o adoecimento os enfermeiros vislumbram como necessárias melhorias em relação à estrutura física e material, incremento de profissionais nas UBS e comprometimento dos mesmos, apoio institucional e da comunidade, redução de carga horária e iniciativas de cuidado aos profissionais.

Oliveira e Pereira (2012) afirmam que os enfermeiros estão em segundo lugar entre os profissionais vitimados pelo Burnout devido às relações de ajuda estabelecidas com outras pessoas no ambiente de trabalho.

Em relação aos trabalhadores de Saúde Bucal tem-se como resultado da pesquisa de Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) que, da amostra total, 32,26% dos dentistas e 6,45% dos Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) apresentam a SB instalada. Os autores explicam que a baixa incidência da SB entre os ACD pode ser devida ao fato de os mesmos não realizarem um trabalho diretamente com a comunidade. Trabalham predominantemente no interior dos consultórios, onde a maior responsabilidade ficaria a cargo dos profissionais de nível superior. No mesmo estudo apresentam a SB, 56,67% dos médicos investigados, seguidos por 26,67% das enfermeiras, 33,33% dos Auxiliares de Enfermagem e 42,16% dos Agentes Comunitários de Saúde.

Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011) afirmam em relação aos médicos que a identidade profissional apresenta uma resistência à flexibilização, embora esteja presente nestes trabalhadores o desejo tensionado de mudança. Esclarecem ainda que, embora persista o desgaste e a insatisfação, a possibilidade de compartilhamento de problemas laborais com outros membros da equipe possibilita uma capacidade de enfrentamento das situações de crise.

É sabido que o indivíduo no contexto laboral pode desenvolver sensações e atitudes positivas em relação ao trabalho desenvolvido, mas que também os problemas, o desinteresse e a insatisfação podem ocorrer (FRANÇA; FERRARI, 2012).

Assim, deve-se atentar para as questões relacionadas à saúde mental dos trabalhadores, considerando seu impacto negativo para a qualidade de vida da pessoa acometida, bem como seu efeito deletério para a qualidade do serviço prestado e conseqüentemente para a população que acessa o mesmo.

### **6.3 Satisfação com o Trabalho**

#### **6.3.1 Fator 1 – Satisfação com o Reconhecimento Profissional**

Neste Fator estão agrupadas questões relativas ao reconhecimento profissional por parte da comunidade, da equipe e à autopercepção do profissional no tocante à relevância do seu trabalho.

Observa-se que a amostra manifesta altos níveis de satisfação mediante atitudes de valorização provenientes da comunidade e das equipes às quais os profissionais pesquisados estão integrados, o que pode impactar positivamente a qualidade do trabalho e a saúde mental dos implicados no processo.

Ter seu trabalho valorizado faz o indivíduo manifestar uma sensação de bem estar. O ser humano observa o seu reflexo no produto do trabalho realizado. De acordo com Marx (1986), o humano passa por um processo onde cria e recria por meio do seu trabalho para atender a necessidades próprias e de outrem.

Assim, a satisfação favorece a qualidade do serviço, uma vez que influencia diretamente aspectos referentes à motivação e à dedicação ao trabalho (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012).

Lima et al. (2014) encontraram como principais motivos de satisfação relatados pelos profissionais da ESF, o contentamento dos usuários com a assistência recebida e o trabalho em equipe. O vínculo entre profissionais e usuários também figurou no elenco de causas de bem estar no trabalho.

Backes et al. (2012) relataram como a prática familiar e comunitária conduz enfermeiros a uma maior satisfação profissional, embora seu exercício seja instigador e desafiador. Por sua vez, os ACSs mencionaram no mesmo estudo, o vínculo formado com as famílias e a comunidade, com toda a sua complexidade, como um elemento de reconhecimento e valorização resultando em uma maior satisfação com o trabalho realizado.

### 6.3.2 Fator 2 – Satisfação com a utilidade social do trabalho

Os achados deste estudo conduzem a uma constatação de satisfação mediante uma visão social positiva acerca da instituição na qual se trabalha, demonstrando que o construto pode ser influenciado por fatores externos ao processo de trabalho como a utilidade social que apresenta.

Para Backes et al. (2012) o ambiente familiar e comunitário, onde é desenvolvido o trabalho da ESF, é um espaço emancipatório de estímulo ao protagonismo, tanto para a comunidade quanto para o profissional envolvido. Evidenciaram, ainda, que na percepção dos profissionais o envolvimento, responsabilidade e resolutividade das ações contribuem para a credibilidade e participação conquistadas.

A formação do vínculo da comunidade com a equipe é possibilitada e potencializada pela visão que as famílias desenvolvem acerca da equipe que as assiste (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Sendo assim, à medida que a equipe mostra-se comprometida e resolutiva, a comunidade, tendo suas necessidades atendidas, cria laços de solidariedade com a equipe contribuindo para a qualidade do serviço.

Nesta direção, a formação de vínculo com a comunidade constitui-se em elemento gerador de satisfação com o trabalho realizado, uma vez que, a vinculação da população potencializa a ESF como porta de entrada do sistema de saúde, alcançando resultados esperados da implementação deste modelo. Para Starfield (2002), este relacionamento satisfatório da equipe com a população assistida demanda atributos como acessibilidade e a constituição do serviço como ponto de procura regular, atuando na triagem e regulação de fluxo para os demais pontos da rede assistencial.

### 6.3.3 Fator 3 – Satisfação com relacionamentos afetivos no trabalho

Os resultados expressam satisfação no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais entre os integrantes da equipe e um alerta dos trabalhadores no tocante a atitudes dos membros da gestão direcionadas às equipes da ESF.

No trabalho de Shimizu e Alvão (2012) ficou explícita a gravidade em que se encontram as relações socioprofissionais. Os aspectos mencionados pelos autores como resultado de sua pesquisa foram a dificuldade de comunicação e a falta de apoio entre chefia e subordinados, assim como a falta de integração e a dificuldade de comunicação entre os membros da equipe no ambiente de trabalho.

A função de apoio institucional foi concebida pelo Método Paideia e vem sendo desenvolvida ao longo dos últimos anos ao lado de outros dois elementos que se configuram como importantes eixos da Política Nacional de Humanização (PNH), a saber: apoio matricial, clínica ampliada e compartilhada. Com o Método Paidéia objetiva-se o estabelecimento de relações solidárias entre usuários, trabalhadores e gestores de serviços de saúde, visando a uma abordagem compartilhada da clínica e da gestão, construída mediante a observação respeitosa de diferentes saberes e interesses (CAMPOS et al., 2014).

Desta maneira, tal função apoiadora contribuiria para um aumento da satisfação já que atuaria pela construção de vínculos efetivos e afetivos entre os atores envolvidos nos processos de cuidado em Saúde da Família (usuários, trabalhadores e gestores).

No contexto pesquisado, assim como em todos os contextos de atenção à saúde das populações humanas, deve-se considerar a relevância de elementos relacionais para a motivação dos profissionais. Destaque-se que mais de metade da amostra investigada sente-se satisfeita com os aspectos afetivos do trabalho, podendo-se potencializar este sentimento valorizando aspectos como o reconhecimento profissional e a percepção socialmente positiva do trabalho realizado.

#### 6.3.4 Fator 4 – Satisfação com suporte organizacional

Neste estudo evidenciou-se como elemento gerador de satisfação, o trabalho em equipe sob a ótica da confiança depositada pelos profissionais em sua equipe. A satisfação com o trabalho em equipe também foi relatada por profissionais da ESF, representando o segundo motivo mais significativo entre os citados pelo grupo pesquisado (LIMA et al., 2014).

Um número relativamente grande de profissionais não responderam às questões alusivas ao suporte organizacional. Tal achado influencia os resultados do

estudo e poderia estar associado ao fato dos profissionais sentirem desconforto em manifestar suas opiniões a respeito destas proposições, representando uma limitação para inferências pertinentes a este aspecto.

Participantes de um estudo de Neves, Oliveira e Alves (2014) manifestaram percepções negativas em relação ao suporte organizacional. Nesta direção, Carreiro et al. (2014) descreveram que, em sua pesquisa, os trabalhadores queixavam-se, na maioria das vezes, no tocante às condições laborais e que, para aqueles, a reclamação funcionava como estratégia de proteção.

Evidencia-se, pelos resultados, a necessidade de aumentar o envolvimento dos profissionais com os processos de trabalho, o que pode ser alcançado a partir da implementação do Apoio Institucional, que busca a reformulação das formas de gerir, fazendo cogestão. Não é necessário suprimir cargos específicos como coordenação, planejamento ou direção, mas alterar as maneiras de executar tais funções com a utilização de valores democráticos e coparticipativos (CAMPOS et al., 2014).

#### 6.3.5 Fator 5 – Insatisfação com a sobrecarga de trabalho

O trabalho, quando inspirado apenas pela remuneração, pode motivar o desgaste e o adoecimento dos trabalhadores (LIMA et al., 2014). Verifica-se que condições precárias de trabalho, bem como a exigência pelo alcance das metas pré-estabelecidas, podem conduzir ao adoecimento do trabalhador inserido em tal contexto. A sobrecarga laboral, associada a outros empregos ou aos trabalhos domésticos, também provoca prejuízo às relações familiares (CARREIRO et al., 2013).

Uma dupla/tripla jornada de trabalho divide também as emoções do trabalhador que necessita atender aos predicados laborais e assistir à sua família gerando, sobretudo nas mulheres, mais um fator causador de estresse e adoecimento (POLDI; BORGES; DALBELLO-ARAUJO, 2011).

O trabalho imaterial, que envolve aspectos como cooperação, comunicação e criatividade, além de demandar qualidades próprias ao trabalhador (PELBART, 2003), é o tipo de trabalho desenvolvido na ESF, onde as tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2003) permeiam todos os espaços de cuidado. Desta maneira, torna-se impossível, aos profissionais da ESF, separar o tempo do trabalho

do tempo do não-trabalho. Tal indissociabilidade interfere nas formas de relacionar-se nos contextos familiar e social (OLTRAMARI; GRISCI; WEBER, 2011).

Considerando que nossa amostra é predominantemente feminina e que as atividades domésticas e de cuidados com a família em nossa sociedade ainda são inerentes, quase exclusivamente, às mulheres, entende-se a insatisfação com a possibilidade de adoecimento manifestada neste estudo.

Identificar as causas de sobrecarga e atuar sobre elas pode ser um importante aspecto a ser trabalhado no âmbito da promoção da saúde do trabalhador (KATSURAYAMA, et al., 2013).

#### 6.3.6 Fator 6 – Insatisfação com a falta de suporte psicossocial

O sexto e último fator também aborda aspectos ligados ao sentimento de insatisfação, sendo proeminente em termos negativos, a insuficiência de recursos técnicos e materiais para o trabalho. O menor percentual de satisfação foi manifestado na questão sobre a falta de reconhecimento da capacidade para o trabalho.

Lima et al. (2014) relatam que, em seu estudo, os trabalhadores também elegeram como principal causa de insatisfação a deficiência de instrumentos para a execução do trabalho. As dificuldades de relacionamento com a gestão também emergiram neste contexto como elemento gerador de insatisfação.

Problemas no âmbito organizativo dos serviços de saúde, estando aí incluídos estrutura física e material, bem como questões relacionais, podem conduzir à insatisfação dos enfermeiros (FONTANA, 2009). Nosso estudo clarifica que as questões organizacionais, relativas a materiais e insumos, e também o relacionamento com a gestão são disparadores de insatisfação para as diversas categorias de profissionais da ESF.

As dificuldades são inúmeras e atuam como impeditivos para a efetivação da proposta do MS. A insuficiência de investimentos e a precariedade estrutural e de materiais de trabalho tornam incoerente o discurso sobre diretrizes do SUS. Fica estabelecido, assim, um perfil de dualidade entre os ideais expressos nos documentos oficiais e a realidade atual de sucateamento dos serviços públicos de saúde (KATSURAYAMA et al., 2013).

De maneira geral, os profissionais da amostra percebem seu trabalho sendo reconhecido e o entendem como socialmente relevante. Os dados demonstraram que a amostra mantém um bom relacionamento afetivo no trabalho e associam a esta convivência pacífica e colaborativa em equipe, um bom suporte organizacional. Entretanto, estes trabalhadores sentem-se sobrecarregados no exercício de suas funções laborais e referem falta de suporte psicossocial, fatores geradores de insatisfação no exercício profissional.

A reflexão de Maerschner et al. (2014) é pertinente no sentido de perceber a sobrecarga dos trabalhadores, as pressões advindas destes, da gestão e da comunidade às coordenações, cujas atitudes, muitas vezes, são de aparente desinteresse, tornando nítida a necessidade de preparação de gestores para lidar com coletivos, embora ainda não se perceba um grande investimento para que isso ocorra.

## **6.4 Motivos que levariam (ou não) o profissional a assumir uma nova carreira**

### **6.4.1 Motivação positiva - Não mudaria de profissão**

A maioria dos pesquisados manifestou gostar do seu trabalho, identificam-se com a profissão, e a assumem muitas vezes como objetivo de vida e parte importante do seu projeto de felicidade. Para Ayres (2007) felicidade é um conceito baseado no que é concreto e fundamental para o ser humano, mas muito mais em vivenciar o Bem. Segundo o autor, o projeto de felicidade assemelha-se a uma obra de arte cujo resultado é a expressão da vida.

As conclusões do estudo de Lima et al. (2014) também elucidaram o fato de os trabalhadores da atenção básica, independente de qual o modelo de atenção adotado, manifestarem que gostam do seu trabalho e que este “gostar” estaria relacionado a três fatores: a afinidade pelo trabalho, a resolutividade do mesmo e as especificidades do trabalho em equipe.

O desejo de permanência na profissão atual, ou de não mudar de emprego, decorre da satisfação com o trabalho já discutida neste estudo. O fator 1 da escala de satisfação com o trabalho tornou possível a inferência de uma auto percepção profissional positiva emergente do universo do reconhecimento

profissional. O fator 2, também assume caráter explicativo no sentido de que, a visão positiva acerca da relevância social do trabalho, associada ao relacionamento estabelecido com as famílias assistidas, provoca sensação de prazer e bem-estar no trabalho.

O cotidiano do trabalho e a inserção comunitária das equipes de saúde da família promovem a formação de vínculo e a sensação de pertencimento nos profissionais, o que torna possível a produção de um conhecimento útil às práticas de saúde e potencializador de afinidades entre os atores envolvidos.

Vínculo envolve a cumplicidade entre usuários e profissionais, caracterizando ações acolhedoras com a construção de uma relação de confiança entre os envolvidos, mediada pelo reconhecimento e reciprocidade entre serviço e comunidade (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

O reconhecimento, por conseguinte, contribui para a satisfação dos profissionais e para que estes se sintam parte da comunidade, configurando a sensação de pertencimento que ajuda a compor a aquarela desta categoria e pode ser manifestada, entre outros momentos, no encontro dos ACS com os usuários em suas moradias (IMBRIZI et al., 2012).

Os fatores 3 e 4 da escala de satisfação no trabalho manifestaram os efeitos positivos da convivência com a comunidade e da amizade entre os membros da equipe, representando nas falas dos participantes motivos para a permanência no exercício da profissão.

Este movimento de encontro alimenta as relações de ajuda e contribui para o fortalecimento do vínculo e para a prática de um agir voltado aos interesses e necessidades da comunidade.

#### 6.4.2 Motivação negativa - Mudaria de profissão

Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011) apontam que a desistência representa uma possibilidade de enfrentar o esgotamento e que o indivíduo lança mão da referida estratégia quando perdeu a esperança de que o contexto vigente possa sofrer modificações positivas.

Desta forma, entende-se o sofrimento sentido por um profissional que assume um ofício como parte de sua vida e depois, por diversas condições, passa a sentir e manifestar o desejo de abandoná-lo.

A sobrecarga manifestada pelos profissionais como motivadora para o desejo de mudar de profissão também foi evidenciada no fator 4 da escala de satisfação no trabalho gerando insatisfação pela possibilidade de adoecimento decorrente do excesso de trabalho.

No contexto brasileiro, a sobrecarga surge como uma das dificuldades encontradas pelo trabalhador de saúde, uma vez que, os atuantes na ESF, em muitos casos, apresentam-se como a única opção na busca da população por atendimento (KATSURAYAMA et al., 2013).

A extenuante carga de trabalho pode ainda dificultar as dimensões do acolhimento e da formação de vínculo, limitando a possibilidade de protagonismo do usuário nos processos interativos e produtores de cuidado (CLARES et al., 2011).

A formação do vínculo, já mencionada como fator positivo, por vezes, pode ser confundida pela população dificultando a distinção dos papéis profissionais. No caso do ACS, essa proximidade do profissional com as famílias do território pode levar a exigências que extrapolem as atribuições destes profissionais (IMBRIZI et al., 2012).

O processo de trabalho na ESF pode esbarrar em fragilidades na dimensão político-institucional, as quais evidenciam os limites técnico-assistenciais, na direção da incipiência dos espaços de gestão democrática em função de modelos tradicionais (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013), o que tensiona a dimensão do apoio institucional e da solidariedade entre os atores envolvidos no manejo dos processos saúde/doença.

Urge a necessidade do olhar cuidadoso dos atores da gestão sobre aqueles que sustentam a ESF por meio do desenvolvimento de suas ações com superação de desafios e obstáculos (KATSURAYAMA et al., 2013).

## **6.5 Fatores geradores de estresse laboral**

As relações entre os profissionais são essenciais para o sucesso das ações da ESF, porém, a hierarquia e a divisão de tarefas podem ser geradoras de sofrimento no trabalho por dificultar as atitudes de reconhecimento e cooperação, assim como um trabalho multiprofissional sem a devida integração pode desfavorecer as vivências de prazer e realização profissional. Uma maior articulação entre os trabalhadores pressupõe e demanda a existência de um espaço público de

discussão, gerando a possibilidade de diálogo sobre aspectos organizativos e cooperativos do trabalho. (DEJOURS, 2007).

Ainda na perspectiva dos relacionamentos interpessoais na equipe multiprofissional considera-se que as equipes de saúde, em seu atual modelo de organização, não superaram as dificuldades em se solidarizar aos usuários perante suas necessidades e ao atendimento do princípio de integralidade (SCHIMITH et al., 2011).

Neste sentido, mesmo com a ampliação da oferta e do acesso dos usuários aos serviços, as dificuldades organizacionais persistem principalmente nos aspectos relacionais entre profissionais e usuários (CLARES et al, 2011).

Observando-se o caminhar dos processos de trabalho na ESF, nota-se uma cisão entre as ações gerenciais e as atividades de cuidado, ao mesmo tempo em que se percebe a concentração das práticas gerenciais sob a execução do enfermeiro. Isso ocorre contraditoriamente às características dialéticas e não dicotômicas preconizadas objetivando uma atenção integral (SILVA et al., 2012).

Os prejuízos desta cisão e da sobrecarga são percebidos nas ações de enfermagem e dos demais membros da equipe, por meio das atividades de supervisão que, geralmente, são exercidas pelo enfermeiro. Para Nascimento et al. (2013) a supervisão deve possibilitar um espaço para exposição de ideias, adaptando os profissionais ao processo de trabalho, com possível manifestação de entusiasmo e satisfação por parte dos trabalhadores. Porém, a sobrecarga de tarefas dos enfermeiros, com assunção de múltiplas funções, prejudica este processo obstaculizando as relações entre a equipe multidisciplinar e as atividades nos Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), possibilitando falhas também nesta seara.

No âmbito da saúde física do trabalhador, sabe-se que pode ser afetada pelas condições de trabalho, sendo a saúde psíquica do indivíduo influenciada por questões da organização do trabalho. Más condições de trabalho se refletem como frustração de onde advém o sofrimento mental, fruto da insatisfação com o trabalho ou do esvaziamento do conteúdo significativo da tarefa, podendo resultar em doenças psíquicas e/ou somáticas (DEJOURS, 1987).

Neste contexto, constata-se que os empecilhos relacionados às condições de trabalho, ao funcionamento das UBS e à manutenção da unidade

afetam o desempenho das equipes, demonstrando dificuldades de gerência e de produção do cuidado na ESF (SILVA et al, 2012).

Por conseguinte, relacionando-se às condições de trabalho, a ambiência representa um conceito importante para a realização de boas práticas de atuação sobre as situações de saúde/doença, uma vez que, de acordo com a PNH, ela diz respeito aos arranjos do espaço físico, visto como espaço de relações interpessoais sociais e profissionais. Este espaço deve ser fruto de uma construção coletiva, cujo fim seja proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (SATO; AYRES, 2015).

Nos aspectos organizacionais, a desarticulação da rede de serviços é sentida pelos profissionais como um dos motivos para a baixa resolutividade das ações de saúde. Silva, Casotti e Chaves (2013) enfatizam que, para a completa articulação dos pontos da rede de atenção, um projeto de governo que priorize a utilização racional da capacidade instalada e pautado em conhecimentos inerentes à gestão torna-se necessário.

Neste sentido, as práticas de saúde atuais ferem o princípio da integralidade da atenção cujo alcance pressupõe ações técnico-assistenciais, bem como a articulação dos níveis de atenção para utilização da capacidade instalada e ações de gestão eficientes nos âmbitos municipal, estadual e federal (PAIM, 2006).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento do profissional, relacionado às condições a que são submetidos no seu contexto laboral, podem interferir diretamente sobre seus níveis de satisfação e sobre a qualidade do serviço prestado.

Nesta pesquisa, a amostra foi predominantemente feminina, casada e católica, o que demonstra um perfil tradicional dos profissionais ligados às atividades de cuidado. Este perfil pode implicar em jornada extra de trabalho no lar. A maioria dos pesquisados ocupa o cargo de agente comunitário de saúde, fato este corroborado por outros estudos.

Na avaliação das dimensões da Síndrome de Burnout, foram encontrados baixos níveis de exaustão emocional e, embora ainda bem comprometidos e envolvidos com seu trabalho, os profissionais já apresentam sinais de despersonalização, o que é bastante relevante quando se trata de profissões envolvidas com o cuidado humano. O fato pode ser justificado pelo perfil de meia idade da amostra, uma vez que os mais jovens apresentam uma maior dificuldade para lidar com o estresse e o desgaste laboral. O fato de os ACSs comporem a maioria da amostra também contribui para essa justificativa, já que são alvo de grande expectativa por parte da equipe e da comunidade, gerando uma maior pressão no trabalho.

O processo de trabalho na ESF submete os trabalhadores a um panorama de complexas e intensas relações interpessoais, além da formação de vínculo, seja com a equipe de trabalho e gestão, ou com os usuários dos serviços. Tais características podem produzir uma maior carga emocional, por lidar diretamente com pessoas e sua diversidade de experiências de vida.

Ao mesmo tempo, tal estratégia apresenta novos arranjos organizacionais e processos de trabalho, ainda estranhos para muitos profissionais, o que eleva os níveis de estresse, pelo perfil de novidade e pela resistência que muitos trabalhadores apresentam ante aos novos papéis assumidos pelos membros das diferentes categorias profissionais envolvidas.

A satisfação dos trabalhadores pesquisados abriu espaço para as manifestações relativas ao reconhecimento profissional e à imagem social que seu trabalho apresenta, frutos de uma conquista diária e de relacionamentos positivos com as equipes de trabalho, bem como com as comunidades assistidas. O vínculo

formado e a co-responsabilização pelos processos de saúde/doença representam ganhos de espaço, fundamentais para a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH).

Os aspectos ligados à insatisfação foram referidos como decorrentes das condições de trabalho. Neste caso, estrutura física e material, processos de trabalho e valorização do profissional, além do reconhecimento de sua capacidade para o trabalho. A transversalidade dos aspectos fundamentais da PNH pode ser comprovada neste estudo. Ficou clara a necessidade de apoio institucional direcionado aos operadores do SUS, que parecem sentir o peso de um prejuízo existente nas relações entre gestão e trabalhadores.

A possibilidade de adoecimento em virtude da sobrecarga de trabalho também foi um fator de destaque relacionado à insatisfação laboral. A necessidade de redistribuição das tarefas na ESF, assim como de valorização do trabalho desenvolvido e do profissional que o desenvolve, foram situações eliciadas pelos sujeitos.

Conclui-se que a maioria dos pesquisados parece assumir seu trabalho como parte de um projeto de vida e felicidade, sendo que apenas uma pequena parcela manifestou o desejo de mudar de profissão. Quanto aos aspectos relacionais e motivacionais do processo de trabalho, estes parecem necessitar de uma maior valorização no sentido de conduzir os trabalhadores a maiores níveis de satisfação. Neste caso, reduzindo suas chances de acometimento pela Síndrome de Burnout e melhorando os resultados do trabalho diariamente desenvolvido.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de que sua aplicabilidade vincula-se ao contexto estudado, embora corrobore resultados semelhantes encontrados em outros contextos com profissionais de saúde.

Portanto, prestam-se seus resultados à aplicação dos conhecimentos sobre a temática, implicando também em importante contribuição social e para a saúde do trabalhador, devendo influenciar políticas públicas municipais para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde oferecidos à comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; MELO, Cynthia de Freitas; ARAUJO NETO, João Lins de. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012 .

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BARBOSA, Gabriella Bené et al . Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo , v. 37, n. 126, p. 306-315, dez. 2012 .

BARROSO, Sabrina Martins. GUERRA, Adriane de Rocha Pereira. *Burnout* e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 338-345, 2013.

BACKES, Dirce Stein et al . Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1151-1157, May 2012 .

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. [org.]. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BOEMER, Magali Roseira; ROCHA, Semiramis Melani de Melo. A pesquisa em enfermagem: notas de ordem histórica e metodológica. **Saúde e sociedade**, São Paulo , v. 5, n. 2, p. 77-88, 1996 .

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, June 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de**

**Saúde (PACS).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Caderno de Atenção Básica nº 5: Saúde do Trabalhador.** Brasília: 2001, 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: 2001, 580p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, 2012.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. **Caracterização do Território de Várzea Alegre – CE.** 2010. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/varzea-alegre\\_ce](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/varzea-alegre_ce). Acesso em: 14 de maio de 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - comunicação, saúde e educação,** Botucatu, v.18, supl.1, p.983-985, 2014.

CARNEIRO, Rúbia Mariano. **Síndrome De Burnout: Um Desafio para o Trabalho do Docente Universitário.** 2010. 86 f. (Dissertação de mestrado). Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, Anápolis.

CARREIRO, Gisele Santana Pereira. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v.15, n.1, p.146-155, 2013.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra. et al . Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 604-609, 2011.

DANIEL, Camila. O trabalho e a questão de gênero: a participação de mulheres na dinâmica do trabalho. **O Social em Questão,** Rio de Janeiro, v.14, n.25/26, p. 323-344, 2011.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho:** estudos em psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, Christophe. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, Ana Magnolia. LIMA, Suzana Canez da Cruz. FACAS, Emílio Perez (orgs). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho.** Brasília: Paralelo, 2007.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena; SARINHO, Sílvia Wanick. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação

do trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 8, p. 3373-3382, Aug. 2011.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena; SARINHO, Silvia Wanick. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 520-527, June 2010 .

FERRAZ, Renato; LOPES, Evandro. Satisfação no trabalho: Comparação de duas escalas de medida por meio de equações estruturais. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa , v. 14, n. 1, p. 37-47, mar. 2015 .

FONTANA, Rosane Teresinha. Fatores geradores de (in)satisfação no trabalho do (da) enfermeiro(a): um olhar do estudante de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.8, n.3, p. 337-344, 2009.

FRANCA, Flávia Maria de; FERRARI, Rogério. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo , v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012 .

GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOULART, Carolina Brito et al. Fatores predisponentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 11, n. 2, p. 48-55, jun. 2010.

GRADELLA JÚNIOR, Osvaldo. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v.13, n.1, p.133-148, 2010.

GRAZIANO, Ana Paula; EGRY, Emiko Yoshikawa. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 650-656, June 2012 .

GUIDO, Laura de Azevedo et al . Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, Dec. 2012 .

HOLMES, Ericka Silva et al. Burnout syndrome in nurses acting in primary care: an impact on quality of life. **J. res.: fundam. care**. v.6, n.4, 2014, p.1384-1395.

IMBRIZI, Jaquelina Maria. et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v.15, n.1, p.153-169, 2012.

KATSURAYAMA, Marilise. et al., Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Caderno de Saúde Coletiva**. v.21, n.4, p. 414-419, 2013.

LIMA, Letícia de et al . Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 17-24, Mar. 2014 .

LOPES, Denise Maria Quatrin et al . Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 633-640, June 2012 .

LORENZ, Vera Regina; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, 2014, p. 926-933.

MAERSCHNER, Rosane de Lucca et al . Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface - comunicação, saúde e educação**, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 1089-1098, Dec. 2014 .

MAIA, Leandro Dias de Godoy; SILVA, Nicácio Dieger; MENDES, Patrícia Helena Costa. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo , v. 36, n. 123, p. 93-102, June 2011.

MAISSAT, Greisse da Silveira. **Prazer e sofrimento de trabalhadores da atenção básica à saúde à luz da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho**. 2013. 114f. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre.

MASLACH, C., S.E., JACKSON & LEITER, M. P. The Maslach Burnout Inventory – Test manual. 3. ed. Palo Alto, CA. **Consulting Psychologist Press**, 1996.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Leonardo Fernandes et al . Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014 .

MARTINS, Maria do Carmo Fernandes; SANTOS, Gisele Emídio. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba , v. 11, n. 2, p. 195-205, Dec. 2006 .

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. In: **O capital: crítica da economia política**. v. 1. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MARX, Karl. **O Capital**. 8ª ed. São Paulo: Difel, 1983.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.

Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-323, set./dez. 2003.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, June 2009.

MOTA, Caroline Mascarenhas; DOSEA, Giselle Santana; NUNES, Paula Santos. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4719-4726, Dec. 2014.

NASCIMENTO, Ana Carolina E. Cavalcante. et al. A importância da supervisão de enfermagem nas instituições de saúde. **Revista Saúde e pesquisa**, v.6, n.2, p.339-343, 2013.

NEVES, Vanessa Faria. OLIVEIRA, Áurea de Fátima. ALVES, Priscila Castro. Síndrome de Burnout: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional. **Psico**. Porto Alegre, v.45, n.1, p.45-54, jan.-mar. 2014.

OLIVEIRA, Vanessa. PEREIRA, Telmo. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 7, p. 43-54, jul. 2012.

OLTRAMARI, Andrea Poletto; GRISCI, Carmem Ligia lochins; WEBER, Lílian. Carreira e relações familiares: dilemas de executivos bancários. **Revista Mal-Estar Subjetivo**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 100-133, mar. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. 2ª ed. Brasília: MS, 2006.

PELBART, Peter Pal. **Vida capital: Ensaio de biopolítica**. 1.ed. São Paulo: Iluminuras, 2003.

POLDI, Roberta Melo Vello. BORGES, Luiz Henrique. DALBELLO-ARAUJO Maristela. Trabalho e saúde sob a ótica de domésticas e pedreiros do município da Serra, ES. **Caderno de psicologia social do trabalho**. São Paulo, v.14, n.2, p.161-177, 2011.

RESENDE, Marineia Crosara de. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, Apr. 2011.

RÉUS, Keterlee Mafalda da Silva. et al. A síndrome de burnout dos enfermeiros na ESF. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v.3, n.2, p.109-129, nov. 2014.

RODRIGUES, Ueldo Miguel Plentz; RIBEIRO, Elaine Rossi. Síndrome de burnout na equipe de saúde da família: uma revisão da literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.5, n.3, p. 167-181, 2014.

ROECKER, Simone. BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. MARCON, Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.3, p. 641-649, 2012.

SANTOS, Ítalo Emanuel Rolemberg dos. **Estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da cidade de Aracaju-Sergipe** [dissertação]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2011.

SATO, Mariana. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface - comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 19, n.55, p. 1027-1038, 2015.

SCHIMITH, Maria Denise. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, educação e saúde**. v.9, n.3, p.479-503, 2011.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, Sept. 2012.

SHIMIZU, Helena Eri; REIS, Leonardo da Silva. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3461-3468, Aug. 2011.

SIMMEL, Georg. A cultura feminina. In: **A Filosofia do Amor**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SILVA, Livia Angeli. CASOTTI, Cezar Augusto. CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.221-232, 2013.

SILVA, Lucilane Maria Sales da. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.20, esp.2, p.784-788, 2012.

SIQUEIRA, Vera Thânia Alves; KURCGANT, Paulina. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 151-157, Feb. 2012.

SOUZA, Kátia Reis de; BONFATTI, Renato José; SANTOS, Maria Blandina Marques dos. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 261-282, ago. 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de, SILVA, Michelly Dias da, CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

TELLES, Heloisa; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde e sociedade**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 467-478, set. 2009 .

TRINDADE, Leticia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 274-279, June 2010 .

VIDAL, Selma Vaz et al . Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**, Brasília , v. 22, n. 2, p. 347-357, Aug. 2014 .

WOLFF, Cristina Scheibe. Profissões, trabalhos: coisas de mulheres. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 503-506, Aug. 2010 .

**ANEXOS**

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO DE PERFIL SÓCIO ECONÔMICO

Prezado (a) Profissional, este questionário tem como objetivo conhecer os aspectos socioeconômicos que caracterizam os trabalhadores desta estratégia de saúde da família, com finalidade apenas acadêmica.

#### Atenção:

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário, são necessárias e indispensáveis para que este estudo reflita a realidade.

Por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta!

**Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais!**

### DADOS PESSOAIS

#### 1. Seu sexo:

( ) Feminino. ( ) Masculino.

2. Idade: \_\_\_\_\_ (anos completos)

#### 3. Estado Civil:

( ) Solteiro ( ) Casado/Convivente ( ) Divorciado/Separado  
( ) Viúvo ( ) Outro

#### 4. Religião?

( ) Católico  
( ) Evangélico  
( ) Espírita  
( ) Agnóstico  
( ) Outro : \_\_\_\_\_

#### 5. Qual seu cargo/função na Equipe de Saúde da Família?

( ) Médico (a)  
( ) Enfermeiro (a)  
( ) Odontólogo  
( ) Agente Comunitário de Saúde  
( ) Técnico/ auxiliar de enfermagem  
( ) Técnico/ auxiliar de saúde bucal/ consultório dentário

6. Há quanto tempo (anos completos) você atua na Estratégia Saúde da Família? \_\_\_\_\_

7. Você trabalha em uma equipe de zona urbana ou rural? \_\_\_\_\_

8. Trabalha em quantos locais diferentes? \_\_\_\_\_

#### 9. Além da ESF, trabalha também sob regime de plantão?

( ) Sim ( ) Não

**10. Gosta do seu trabalho?** ( )Sim ( )Não

**11. Se pudesse mudaria de profissão?** ( )Sim ( )Não

**12. Em qualquer dos casos, por quê?**

---

---

---

**13. Quais os fatores mais estressantes no seu trabalho?**

---

---

---

## ANEXO II

### MASLACH BURNOUT INVENTORY - GENERAL SURVEY (MASLACH ; JACKSON e LEITER, 1996)

#### Instruções:

A seguir, há 16 alternativas relacionadas com o sentimento em relação ao trabalho. Por favor, leia com atenção cada uma das afirmativas e decida se você já se sentiu deste modo em seu trabalho.

Se você nunca teve estes sentimentos, escreva um "0"(zero) no espaço antes da alternativa.

Se você já teve este sentimento, indique com que frequência você o sente, escrevendo o número (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

Exemplo:

Eu me sinto frustrado/deprimido no trabalho.

Se você nunca sentiu frustração/depressão no trabalho, escreva o número "0"(zero) sob a coluna "frequência".

Se você raramente sente-se frustrado/deprimido no trabalho (poucas vezes por ano, ou menos), escreva o número "1"(um).

Se seus sentimentos de frustração/depressão são razoavelmente frequentes (poucas vezes por semana, porém não diariamente), escreva "5"(cinco).

OBS: Lembre-se que o diagnóstico só pode ser dado por um profissional.

Use a seguinte legenda:

<b>Frequência do sentimento:</b>	<b>3</b> - Algumas vezes durante o mês
<b>0</b> - Nunca	<b>4</b> - Uma vez por semana
<b>1</b> - Algumas vezes ao ano ou menos.	<b>5</b> - Algumas vezes durante a semana
<b>2</b> - Uma vez ao mês ou menos	<b>6</b> - Todo dia

DECLARAÇÕES	Frequência	Faixa de Burnout
1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho		EE
2. Sinto-me esgotado no final de um dia de trabalho		
3. Sinto-me cansado quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho		
4. Trabalhar o dia todo é realmente motivo de tensão para mim		
5. Sinto-me acabado por causa do meu trabalho		
6. Só desejo fazer meu trabalho e não ser incomodado		DP
7. Tornei-me menos interessado no meu trabalho desde que assumi esse cargo		
8. Tornei-me menos entusiasmado com o meu trabalho		
9. Tornei-me mais descrente sobre se o meu trabalho contribui para algo		
10. Duvido da importância do meu trabalho		
11. Sinto-me entusiasmado quando realizo algo no meu trabalho		EPT
12. Realizei muitas coisas valiosas no meu trabalho		
13. Posso efetivamente solucionar os problemas que surgem no meu trabalho		
14. Sinto que estou dando uma contribuição efetiva para		

essa organização		
15. Na minha opinião, sou bom no que faço		
16. No meu trabalho, me sinto confiante de que sou eficiente e capaz de fazer com que as coisas aconteçam		
<b>TOTAL</b>		

**ANEXO III****ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO**  
(MARTINS; SANTOS, 2006)**INSTRUÇÕES:**

O que as pessoas pensam sobre as coisas é importante. Além disso, cada pessoa pensa de modo diferente de outra. Por isso, estamos muito interessados em saber o que você pensa sobre o seu trabalho nesta Unidade de Saúde da Família. Sua opinião é muito importante para chegarmos a uma conclusão nesta pesquisa.

Para sabermos como você pensa, nós fizemos uma lista de frases (sentenças) que falam sobre o seu trabalho. A sua tarefa será ler cada frase escrita que vem a seguir e dizer o quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o que cada frase diz sobre o seu trabalho.

Sua opinião é muito importante para o nosso trabalho. Por favor, não se identifique. Você deve marcar suas respostas logo à frente de cada frase. Vamos dar um exemplo para você entender melhor.

Suponhamos que na frase nº 1 esteja escrito:

1) Trabalhar durante o dia me faz sentir:

Se você sente muita satisfação com o que a frase diz, você deve marcar o nº 5.

Se você sente muita insatisfação, você deve marcar o nº 1.

Se trabalhar durante o dia fizer você sentir satisfação, mas não muita, você deve marcar o nº 4.

Você pode usar qualquer número da escala que varia de 1 a 5. Veja abaixo:

Pontue da seguinte forma:

Muita Satisfação	Satisfação	Indiferença	Insatisfação	Muita Insatisfação
5	4	3	2	1

**ESCALA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO**  
(MARTINS; SANTOS, 2006)

FRASES	nº
1. Trabalhar tanto me faz sentir:	
2. Ver que a comunidade reconhece meu trabalho me faz sentir:	
3. Ver que posso confiar nos meus gestores me faz sentir:	
4. Trabalhar nessa Unidade de Saúde da Família que é bem vista na comunidade me faz sentir:	
5. Quando meus colegas elogiam meu trabalho sinto:	
6. Ser responsável pelas minhas tarefas me faz sentir:	
7. Ver que minha equipe me considera um bom funcionário me faz sentir:	
8. Ver que sou importante profissionalmente me faz sentir:	
9. Ver que meu trabalho é reconhecido pelos meus gestores me faz sentir:	
10. O cansaço que sinto depois do trabalho me faz sentir:	
11. Ficar esgotado de tanto trabalhar me faz sentir:	
12. Perceber que meus colegas reconhecem a minha capacidade no trabalho me faz sentir:	

13. Ver que posso confiar na minha equipe me faz sentir:	
14. Ver o quanto meu trabalho me cansa me faz sentir:	
15. Ver que meus gestores são gentis com minha equipe me faz sentir:	
16. Meus gestores serem amigos da equipe até fora do trabalho me faz sentir:	
17. Perceber que conhecer bem o trabalho me dá chance de subir de cargo me faz sentir:	
18. Ver que meu serviço exige de mim mais do que eu posso fazer me faz sentir:	
19. Perceber que esta gestão é preocupada em fazer com que seus empregados vivam bem me faz sentir:	
20. Ver que neste trabalho nunca vou subir de cargo me faz sentir:	
21. Ver que esta Unidade de Saúde da Família faz coisas úteis para a sociedade me faz sentir:	
22. Ver que meu trabalho ajuda a melhorar a sociedade me faz sentir:	
23. Ver que meus gestores incentivam seus subordinados me faz sentir:	
24. Nunca ter recebido um elogio dos meus gestores me faz sentir:	
25. Perceber que o cansaço do trabalho me deixa desanimado para sair de casa me faz sentir:	
26. Ver que meus gestores são legais com seus subordinados me faz sentir:	
27. Ver que meus gestores se preocupam com as condições de trabalho da equipe me faz sentir:	
28. Ver que trabalho mais do que posso, me faz sentir:	
29. Ver que meus gestores gostam de corrigir a gente só para chatear me faz sentir:	
30. Ver que posso ficar desempregado a qualquer momento me faz sentir:	
31. Gostar dos meus colegas de trabalho me faz sentir:	
32. Perceber que trabalho demais me faz sentir:	
33. Ver quantas demissões os meus gestores andam fazendo me faz sentir:	
34. A falta de reconhecimento da minha capacidade no trabalho me faz sentir:	
35. Perceber que os recursos técnicos e materiais são suficientes me faz sentir:	
36. Perceber que tenho um bom salário me faz sentir:	
37. Ter uma equipe bastante compreensiva me faz sentir:	
38. Perceber que as decisões são tomadas em equipe me faz sentir:	
39. Perceber que os recursos técnicos e materiais são insuficientes me faz sentir:	
40. Ver a capacidade da minha equipe para resolver problemas do trabalho me faz sentir:	
41. Ter problemas de saúde por causa do meu trabalho me faz sentir:	
42. Ver que meu trabalho é importante para o desempenho da Unidade de Saúde da Família me faz sentir:	
43. Ver os membros da minha equipe como amigos me faz sentir:	
44. Ver a capacidade dos meus gestores para resolver problemas do trabalho me faz sentir:	
45. Ver os meus gestores como amigos me faz sentir:	

## ANEXO IV – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM VÁRZEA ALEGRE/CE

**Pesquisador:** Livia de Sousa Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51002415.0.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.397.050

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa sobre o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua relação com a Síndrome de Burnout em profissionais de saúde. Estudo descritivo, de delineamento observacional, transversal e abordagem quantitativa. Será desenvolvido no município de Várzea Alegre-CE e os participantes serão os profissionais da ESF. A coleta de dados será realizada com aplicação de Instrumento contendo três partes: a) Questionário de dados sócio-demográficos; b) Inventário de Burnout de Maslach; c) Escala de Satisfação no trabalho. Os dados serão analisados pela estatística.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família e a sua relação com a Síndrome de Burnout em profissionais de Saúde que atuam no Município de Várzea Alegre, CE. **Objetivo Secundário:** - Caracterizar o perfil dos profissionais da ESF em Várzea Alegre/CE.- Discutir questões relativas à satisfação com trabalho;- Determinar a prevalência da Síndrome de Burnout nos profissionais de Saúde da amostra.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos.

Os benefícios estão centrados no reconhecimento da real situação de saúde mental dos trabalhadores pesquisados, de modo a instrumentalizar os atores do SUS para minimizar o

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1181  
 Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
 UF: CE Município: CRATO  
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 1.327.050

acometimento dos profissionais e potencializar o atendimento a população a partir da satisfação do trabalhador.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_618460.pdf	03/12/2015 23:11:30		Aceito
Folha de Rosto	Folha_propONENTE.pdf	03/12/2015 23:10:32	LIMA de Sousa Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/10/2015 20:33:20	LIMA de Sousa Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	29/10/2015 20:33:04	LIMA de Sousa Rodrigues	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
UF: CE Município: CRATO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Processo: 1.397.050

CRATO, 28 de Janeiro de 2016

---

Assinado por:  
Antonio Germano Alves Pinto  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luz, nº 1161  
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
UF: CE Município: CRATO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

## APÊNDICES

## APÊNDICE A



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF  
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA  
Mestrado Profissional em Saúde da Família**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL**

Solicito a participação desta Instituição na pesquisa sobre SATISFAÇÃO LABORAL E A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, que tem como objetivo conhecer aspectos deste construto em Várzea Alegre – CE.

A mesma está sendo desenvolvida através do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri – URCA/ RENASF.

São asseguradas à Instituição respostas a quaisquer perguntas e esclarecimentos de dúvidas acerca do assunto relacionado à pesquisa. Os nomes dos respondentes ficarão em situação de absoluta confidencialidade, visando à preservação da privacidade dos mesmos. As informações coletadas por intermédio de questionários e escalas somente serão veiculadas nos meios científicos, sem identificação dos nomes dos participantes, pois serão tratadas em conjunto.

Fica claro que em qualquer momento, tanto os participantes quanto a instituição poderão desistir da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou constrangimento.

Várzea Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

---

**Coordenação da Pesquisa**

---

**Aluna Pesquisadora**

---

**Responsável pela Instituição de saúde**

**Pesquisador:** Livia de Sousa Rodrigues. Contato: (88) 992680890; E-mail: liviarodrigues\_enf@hotmail.com  
**Orientadora:** Gislene Farias de Oliveira; Contato: (88) 99256-9274; E-mail: gislenefarias@gmail.com

**APÊNDICE B**

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF  
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA  
Mestrado Profissional em Saúde da Família**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da Pesquisa:** SATISFAÇÃO LABORAL E A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Pesquisadora Principal:** Lívia de Sousa Rodrigues.

**Contato:** (88) 992680890; **E-mail:** liviarodrigues\_enf@hotmail.com

**Caro participante:**

O Sr. (Sra.) está sendo convidado(a) a colaborar com esta pesquisa, que tem como finalidade conhecer aspectos relacionados ao trabalho dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família em Várzea Alegre – CE. Ao participar deste estudo o Sr.(Sra.) permitirá que o(a) pesquisador(a) proceda a aplicação de questionário e escalas. O Sr.(Sra.) tem liberdade de se recusar a participar em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para V. Sa., ou para a Instituição de Saúde a que pertence. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora.

Além de voluntária, sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, a pesquisa considerará os atributos descritos abaixo:

1. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.
2. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tema em questão. A pesquisadora se compromete a divulgar cientificamente os resultados obtidos.
3. **Pagamento:** o Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, é necessário que assine este documento. **Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.**

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e **autorizo** a realização da mesma e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do Participante da Pesquisa:

---

Assinatura do Participante da Pesquisa:

---

Assinatura da Pesquisadora:

---