SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Autora: Ludmila Candida de Braga

Orientadora: Profª.Dra. Maria Cecília Pereira Binder

Co-orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Botucatu, 2012

Ludmila Candida de Braga

SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cecília Pereira Binder

Co-orientador: Prof. Dr. José Manoel Bertolote

Botucatu

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ***ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE***

Braga, Ludmila Candida de.
Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de saúde de município do interior paulista / Ludmila Candida de Braga. – Botucatu : [s.n.], 2012

Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Maria Cecília Pereira Binder
Capes: 40600009

1. Saúde e trabalho. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Doenças profissionais.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Modelo demanda-controle; Saúde do trabalhador; Síndrome do esgotamento profissional; Transtornos mentais.

A meus pais e irmãos, juntos sempre

A todos que, de perto ou longe, trouxeram
paz e alegria aos meus dias

AGRADECIMENTOS

À **Ana Maria Marchi** pela coleta de dados.

Aos professores **Elen Rose Lodeiro Castanheira**, **Ildeberto Muniz de Almeida** e **Maria Dionísia do Amaral Dias** pelo exemplo e entusiasmo.

À amiga **Bárbara Estefania López**, pela doçura, paciência e bom humor, o meu carinho e admiração.

Ao professor **Pierpaolo Boccalon** que, gentilmente, cedeu o questionário aplicado no Hospital Universitário da "*Università degli Studi di Firenze*", utilizado em parte neste estudo.

Ao professor **Sérgio Swain Müller**, professor **Luís Carlos Vulcano**, Dr. **Walnei Fernandes Barbosa** e senhor **Carlos Antonio Winckler** pelo apoio para a conclusão do trabalho.

Aos colegas da **Seção Técnica de Saúde** da Administração Geral do Campus de Botucatu – UNESP e da **Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental** - UNESP.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha querida professora **Maria Cecília Pereira Binder** e sua admirável capacidade de cuidar e devolver o direito de "sentir" aos trabalhadores, meu respeito e gratidão.

"Cliente: 'Depois da compra do Banco X pelo Y, as coisas ficaram muito ruins para nós. Eu imagino que seja ainda pior para os funcionários. Puxa, você deve sentir falta dos bons tempos em que trabalhava na Banco X (período anterior à reestruturação)'.

Bancária: 'Agora, não temos direito de sentir mais nada! Só dar graças a Deus por estar empregados!".

(Diálogo entre cliente e bancária durante operação no caixa em dezembro de 2011)

À professora **Maria Cristina Pereira Lima**, pelo apoio fundamental na análise de dados, por sua prontidão, generosidade e pelos "ouvidos" mais que acolhedores.

"Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma".

(Alberto Caeiro)

Esse estudo foi realizado em continuidade ao projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, cujos dados foram coletados em 2006, e a primeira parte do material foi objeto de dissertação defendida pela autora do presente projeto em abril de 2007, como parte do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Pública da FMB – UNESP.

A coleta de dados desta tese foi realizada com suporte financeiro do convênio Ministério da Saúde / UNESP / Faculdade de Medicina de Botucatu / Nº 3677/2004.

"O capitalismo não quer mais só o nosso coração, quer o nosso cérebro".

(Márcio Pochmann, entrevista concedida à publicação Caros Amigos, ano XIII, número 149, agosto de 2009)

"Ainda assentada nos postulados positivistas do século 19 que punham fé na identificação objetiva e material de todas as causas e terapias imediatas das doenças, a medicina incorporou os valores da sociedade do trabalho, de classe e do mercado e comprometeu-se até o pescoço com a reprodução do capital".

(Herval Pina Ribeiro, O público e o privado das políticas contemporâneas do Estado Moderno. Ascensão e queda dos direitos de cidadania e a emergência do individualismo e do neocorporativismo em saúde in: O Avesso do Trabalho II – Trabalho, precarização e saúde do trabalhador)

RESUMO

BRAGA, L. C. Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de saúde de município do interior paulista. 112p. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP,Botucatu, 2012

Estudos revelam elevada prevalência de síndrome de *burnout* em profissionais do setor saúde. Embora pouco numerosas, as investigações acerca da saúdem mental dos profissionais da Atenção Básica indicam a ocorrência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho nesse grupo. Face ao que se conhece sobre a expansão da precarização social e do trabalho e seus reflexos sobre a saúde mental dos trabalhadores no mundo contemporâneo e sobre as a potencial gravidade das repercussões individuais, institucionais e sociais do *burnout*, justifica-se a realização deste estudo. Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal, que investigou a ocorrência de síndrome de *burnout* e sua relação com alguns aspectos das condições gerais do trabalho na população trabalhadora da rede básica de saúde de município paulista. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário auto-aplicado, entregue e devolvido no mesmo dia, contendo 129 itens, contemplando: informações sociodemográficas, opiniões sobre o trabalho, *Job Stress Scale*, *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e *Maslach Burnout Inventory* (MBI). As respostas foram inseridas em banco de dados construído com o programa Excell do Office XP 2007. Os resultados, analisados utilizando-se o software STATA 10, foram submetidos à análise univariada, para cada uma das dimensões da síndrome de *burnout*, identificando-se as variáveis explanatórias que se associaram com cada uma das dimensões por meio do teste do qui-quadrado. Realizou-se análise multivariada, com construção de modelo de regressão logística múltipla para cada um dos desfechos, incluindo-se as variáveis explanatórias que mostraram associação com as variáveis dependentes com $p <= 0,25$, tendo permanecido no modelo aquelas com $p <= 0,05$ após ajuste. Os resultados revelaram prevalência elevada de síndrome de *burnout*, pelos critérios de Maslach & Jackson (23, 7%) e de Grunfeld (52,2%). Observou-se associação positiva entre (a) exaustão emocional em níveis moderados e altos e perspectiva de continuar no emprego sob as mesmas condições de trabalho, considerar que o trabalho influencia negativamente a vida pessoal e altas demandas psicológicas no trabalho; (b) despersonalização em níveis moderados e altos e tratamento das informações fornecidas pelo trabalhador acerca do trabalho pela chefia, alto suporte social no trabalho e altas demandas psicológicas no trabalho; (c) decepção / realização profissional reduzida e não usufruir férias regularmente. Considerou-se que tais resultados apontam para a necessidade de melhoria das condições de trabalho na rede básica de saúde do município estudado.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Modelo demanda-controle; Saúde do trabalhador; Síndrome do esgotamento profissional; Transtornos mentais

ABSTRACT

Braga, L. C. Burnout among primary health care workers from a city of São Paulo state. 112p. Ph.D Thesis, Post graduation Programme of Public Health, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP,Botucatu, 2012

Studies show high prevalence of burnout among health professionals. Although few in number, investigations about the mental health of primary health care workers indicate the occurrence of work-related psychological distress in this group. Considering what is known about the expansion of social and labor precariousness and its effects on workers' mental health in the contemporary world and about the potential severity of the individual, institutional and social impacts of burnout, it is appropriate to conduct this study. It is a cross-sectional epidemiological study, which investigated the occurrence of burnout syndrome and its relationship to some aspects of the general working conditions among the primary health care workers from a city of São Paulo state. Data collection was performed using autoaplicable questionnaire, delivered and returned in the same day, containing 129 items, covering: sociodemographic information, opinions about work, Job Stress Scale, Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and Maslach Burnout Inventory (MBI). Responses were entered into two databases built with the programs Excel Office XP 2007and EPI-INFO. The results, analyzed using the STATA software 10, were submitted to univariate analysis for each one of the dimensions of burnout, identifying the explanatory variables that were associated with each dimension using the chi-square. Multivariate analysis was performed, with construction of multiple logistic regression model for each one of the outcomes, including the explanatory variables that were associated with the dependent variables with $p <= 0.25$ and, after adjustment, remained in the model those with $p <= 0.05$. The results revealed a high prevalence of burnout by Maslach & Jackson (23, 7%) and Grunfeld (52.2%) criteria. There was a positive association between (a) emotional exhaustion in moderate and high levels and the expectation of continuing employment under the same conditions of work, consider the work negative impact on life and high psychological demands at work, (b) depersonalization in moderate and high levels and treatment given by boss to information about work, high social support at work and high psychological demands at work, (c) disappointment / reduced personal accomplishment and not enjoy regular vacations. It was considered that these results point out the need for improvement of working conditions in primary health care services.

Keywords: Primary health care, Demand-control model; Occupational health; Burnout, Mental disorders

SUMÁRIO

1. Introdução 14

Saúde mental dos profissionais de saúde 21

Síndrome de *burnout* ou do esgotamento profissional 24

Modelo de Karasek: situação demanda controle suporte 35

Atenção Básica à saúde 40

2. Objetivos 45

2.1. Gerais 46

2.2. Específicos 46

3. Casuística e métodos 47

3.1. Casuística 48

Rede básica de saúde de Botucatu 49

3.2. Métodos 50

3.2.1. Instrumentos 50

Questionário demanda controle suporte (*job stress scale*) 50

Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) 51

Maslach Burnout Inventory 52

3.2.2. Procedimentos 53

3.2.3. Análise dos dados 55

3.2.4. Variáveis 55

Variáveis dependentes 56

Variáveis explanatórias 56

4. Resultados 58

4.1. Descrição geral da casuística 59

4.2. Descrição geral do trabalho 60

4.3. Opiniões sobre o trabalho 64

4.4. Situação demanda controle suporte (Modelo de Karasek) 66

4.5. Síndrome de *burnout* 66

5. Conclusões 84

6. Referências 87

7. Anexos 97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo atributos sociodemográficos	**60**
Tabela 2	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo categoria profissional	**61**
Tabela 3	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo a principal atividade exercida	**62**
Tabela 4	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo aspectos do trabalho	**63**
Tabela 5	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo opiniões sobre o trabalho	**65**
Tabela 6	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo opiniões sobre o trabalho e vida pessoal	**65**
Tabela 7	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo ocorrência de síndrome de *burnout* e características individuais	**68**
Tabela 8	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo ocorrência de síndrome de *burnout* e categoria profissional	**69**
Tabela 9	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo ocorrência de síndrome de *burnout* e principal atividade exercida e tempo na atividade	**70**
Tabela 10	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo ocorrência de síndrome de *burnout* e opiniões sobre o trabalho	**70**
Tabela 11	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo ocorrência de síndrome de *burnout* e situação demanda controle	**71**
Tabela 12	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo dimensões da síndrome de *burnout*	**74**
Tabela 13	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo análise univariada para a dimensão exaustão emocional da síndrome de *burnout*	**75**
Tabela 14	Odds ratio brutos e ajustados, intervalos de confiança para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para o desfecho exaustão emocional alta ou moderada	**76**
Tabela 15	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo análise univariada para a dimensão despersonalização da síndrome de *burnout*	**78**
Tabela 16	Odds ratio brutos e ajustados, intervalos de confiança para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para o desfecho despersonalização alta ou moderada	**79**
Tabela 17	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo análise univariada para a dimensão decepção da síndrome de *burnout*	**81**
Tabela 18	Odds ratio brutos e ajustados, intervalos de confiança para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para o desfecho decepção alta ou moderada	**82**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorização das dimensões da síndrome de *burnout* pelos critérios de Maslach & Jackson	**53**
Quadro 2	Variáveis explanatórias e categorização	**57**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Categorização das dimensões da síndrome de *burnout* pelos critérios de Maslach & Jackson	**36**
Figura 2	Esquema demanda-controle-suporte segundo Karasek & Johson	**37**
Figura 3	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo modelo demanda-controle (Karasek)	**66**
Figura 4	Distribuição dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, segundo modelo demanda-controle (Karasek), ocorrência transtornos mentais comuns e de *burnout* segundo critério de Maslach & Jackson	**71**

1. INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa papel central na vida das pessoas, cuja qualidade de vida – e grau de saúde – apresenta forte relação de dependência com sua inserção na produção e posição no mundo do trabalho.

> *"O trabalho é uma prática transformadora da realidade que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano. Por meio do ato e do produto de seu trabalho o ser humano percebe sua vida como um projeto, reconhece sua condição ontológica, materializa e expressa sua dependência e poder sobre a natureza, produzindo os recursos materiais, culturais e institucionais que constituem seu ambiente, e desenvolve seu padrão de qualidade de vida."* (MALVEZZI, 2004).

O trabalho tanto pode propiciar como inibir o desenvolvimento das potencialidades humanas e, em algumas situações, de forma irreversível. Modelos de organização do trabalho caracterizados por rigidez e falta de autonomia dos trabalhadores inibem o desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores, tanto em relação ao trabalho, como em relação à vida (LEPLAT,1980).

No Brasil, particularmente a partir dos anos 1990, a aplicação do receituário neoliberal prescrito pelo Consenso de Washington em 1989, resultou em flexibilização de direitos trabalhistas e previdenciários, aumento das taxas de desemprego e precarização das condições de trabalho para a "classe que vive do trabalho" (ANTUNES, 1995). Com frequência e intensidade crescentes, observam-se modificações nas formas de organizar o trabalho, acompanhadas de adoção de práticas gerenciais perversas, com impactos negativos nas condições de segurança e saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores.

Nos anos que precederam a realização deste estudo, observou-se aumento do número de trabalhadores sem proteção social: empregos precários, organização de falsas cooperativas, admissão em falsos estagiários, exercício de atividades como falsos autônomos ou em situação de falsas terceirizações (POCHMANN, 2001, 2004).

Segundo Duck & Franco (2007) flexibilização e precarização são processos que vem atingindo

o mundo do trabalho praticamente no mundo todo, entretanto, com algumas especificidades de acordo com o país. A flexibilização tem como modelo o toyotismo, que tem como uma de suas principais características a terceirização. Esta propicia que as empresas principais transfiram para as terceirizadas muitas de suas responsabilidades em relação aos trabalhadores, sobretudo no tocante aos direitos trabalhistas, também devidamente flexibilizados, para satisfação dos detentores de capital. Por esse "mecanismo" os coletivos de trabalho são fragmentados em numerosas "terceiras" que, por sua vez, pagam salários menores e submetem os trabalhadores a condições precárias de trabalho, com consequências para sua saúde física e mental.

Antunes (2007) estima que, mundialmente, aproximadamente um terço da força de trabalho exerce trabalhos parciais, precários, temporários ou enfrenta o desemprego, caracterizando o denominado desemprego estrutural. Para o autor, a classe trabalhadora[1], que denomina "*classe-que–vive–do-trabalho"*, vem sendo progressivamente constituída por menor número de indivíduos que trabalham cada vez mais. A tal ponto que o ritmo e a intensidade do trabalho vem se assemelhando aos do período da Revolução Industrial. Para esse autor, o Brasil foi atingido de maneira importante por tais mudanças a partir dos anos 1990, sob a influência do Consenso de Washington, considerando o quadro brasileiro ainda mais grave do que o de muitos outros países, configurando o que denomina "*desertificação neoliberal"*.

Antunes (2007) considerando a informalidade em sentido amplo, afirma que, em 2007, mais da metade da força de trabalho no Brasil encontrava-se sem carteira de trabalho, à margem dos direitos trabalhistas. Outra característica das mudanças observadas é constituída pela exclusão de jovens e idosos do mercado de trabalho e pelo aumento de mulheres. Para Antunes (2007), também os serviços públicos vem sendo progressivamente atingidos por essas modificações.

Para Thébaud-Mony & Druck (2007)

> "... *a condição precária de trabalho do século XIX foi sendo superada a partir de*

[1] Para o autor, estão excluídos desta denominação os gestores do capital, pelo poder de mando que detem, os pequenos empresários urbanos e rurais, e os que vivem de juros.

um conjunto de conquistas do movimento operário, com destaque ao papel do Estado no sentido de regular o mercado de trabalho através das legislações trabalhistas, redefinindo os limites da superexploração e garantindo alguma proteção social aos trabalhadores, especialmente aos mais pobres."

Essas autoras consideram que as condições contemporâneas de trabalho, em termos de taxa de exploração, estão se assemelhando às existentes no século XIX.

Essas mudanças no mundo do trabalho tem sido responsabilizadas pelas alterações no perfil de adoecimento dos trabalhadores, cabendo assinalar que, no Brasil, embora os acidentes do trabalho continuem ocupando o primeiro lugar em termos de incidência, e também as doenças profissionais continuem ocorrendo, tem-se observado aumento significativo das doenças relacionadas ao trabalho, dentre as quais sobressaem as LER/DORT e os transtornos mentais e do comportamento.

Segundo Pina Ribeiro (2007), "*nas sociedades de classe, a morbidade e mortalidade mudam quando mudam as relações de produção e do trabalho. Na fase atual do Capitalismo, elas continuam a se distribuir desigualmente, segundo as classes sociais, categorias, profissões e ocupações, nessa ordem*". [...] C*om a automação dos processos de produção industrial e de serviços, sobretudo com a incorporação da micro-eletrônica, o gasto calórico provocado pelo dispêndio da força muscular perdeu lugar. Agora, o gasto é de outro tipo e incide em outros espaços orgânicos: sobre o cérebro, o sistema nervoso e sobre os órgãos e funções mais sensíveis às relações sociais (psiquismo, coração, vasos, estômago, intestinos, respiração, laringe, etc.). A intensidade, a atenção, a pressão e o controle desmedido do trabalho contemporâneo estão a levar esses órgãos e funções a diferentes graus de exaustão para garantir ganhos de produção e produtividade individuais. Com baixo gasto calórico, por dentro, consomem o trabalhador e sua saúde. A atividade cerebral e cognitiva provocada*

pelo trabalho contemporâneo não é, necessariamente, intelectual. O que requer do cérebro é adestramento das idéias, a substituição da subjetividade do trabalhador pela objetividade das empresas e organizações. A concepção e autonomia do trabalho continuam interditas, tal qual no taylorismo e fordismo clássicos. São razões suficientes para identificar, globalmente, o trabalho contemporâneo como indutor da degradação e desqualificação de qualquer profissão ou ocupação. Daí o mal estar e o sofrimento que provoca".

Estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) indica a existência de aproximadamente 450 milhões de pessoas com transtornos mentais no mundo, com tendência ao aumento desse número, pelo envelhecimento da população, instabilidade civil e piora das condições sociais. Em contrapartida, apesar dos transtornos mentais serem responsáveis por 12% da carga global de doenças[2], o gasto com saúde mental representa menos de 1% na maioria dos países. Em 2000, os transtornos mentais foram responsáveis por 12% do total de *anos de vida vividos com incapacidade* por todas as doenças e lesões e estima-se que, em 2020, sejam 15% (OMS, 2002).

São evidentes as repercussões negativas dos transtornos mentais sobre a qualidade de vida dos trabalhadores acometidos e de suas famílias, alvos de preconceito e constrangidas a dar apoio psicológico e material ao doente. Ocasionam sofrimento, incapacitação, dificultam a inserção e permanência no trabalho, levam ao absenteísmo, limitam as possibilidades de lazer e de relacionamentos afetivos. Por afetar negativamente a produtividade e a qualidade do trabalho, acarretam prejuízos econômico-financeiros aos trabalhadores afetados, às organizações e à sociedade (LIMA, 1999; OMS, 2002).

Na maioria dos países, a inexistência ou a insuficiência de ações de saúde mental de boa qualidade e de amplo acesso às populações acabam acarretando altos custos diretos com tratamentos e elevadas taxas de utilização de serviços de saúde (LIMA, 1999; OMS, 2002).

---

[2] Carga de doença é um índice utilizado para se avaliar condições de saúde de uma população e que leva em consideração os anos de vida perdidos por mortalidade prematura e anos vividos com incapacidade por uma determinada doença.

Almeida (2011) estudando as causas de afastamento do trabalho no Brasil, a partir de benefícios tipo auxílio-doença por acidente de trabalho concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), em 2008, observaram que os afastamentos do trabalho foram motivados principalmente por três grupos de agravos - lesões, doenças osteomusculares e doenças mentais. Embora tais achados sejam referentes apenas a trabalhadores do mercado formal, percebe-se a expressiva participação dos transtornos mentais na composição do perfil de morbidade dos trabalhadores brasileiros, o que evidencia sua importância em termos de saúde pública e saúde do trabalhador.

Embora reconhecendo que não há consenso sobre o modo como se dá a relação entre trabalho e psiquismo, Seligmann-Silva (2007) que, há décadas, vem pesquisando as relações entre trabalho e transtornos mentais em nosso país, afirma *"o trabalho representa uma importante instância na patogenia, no desencadeamento e na evolução de distúrbios psíquicos"*.

Embora ainda persista polêmica sobre a existência ou não de nexo causal entre a exposição a certas condições e formas de organização do trabalho e o desenvolvimento de transtornos mentais (LIMA, 2003; LIMA, 2004; SELIGMANN-SILVA, 2007), importantes pesquisadores, dentre os quais Paul Sivadon, Louis Le Guillant e Yves Clot afirmam a existência da relação entre adoecimento mental e trabalho.

Visando superar a polêmica acerca do nexo causal trabalho – transtornos mentais, Lima (2003) postula que "*em se tratando de fenômenos psíquicos, a tarefa de decifrar os mecanismos que operam as suas relações com o trabalho, impõem uma abordagem capaz de identificar as características do trabalho, interpretar evidências clínicas e entender como tudo isso se articula com a história de vida do paciente*", à semelhança da abordagem metodológica de Louis Le Guillant.

Estudos epidemiológicos (LIMA, 2004) também tem apontado para existência de relações adoecimento mental e trabalho, ao evidenciar taxas de ocorrência de transtornos mentais em determinadas categorias profissionais ou grupos de trabalhadores muito maiores que na população geral. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais menores - atualmente

denominados transtornos mentais comuns - atingem 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves de 5 a 10% (BRASIL, 2001a).

O aumento do número de investigações e os avanços das diversas áreas do conhecimento envolvidas no campo da saúde mental e trabalho deixam, cada vez mais evidente, a relação entre adoecimento mental e trabalho e a necessidade de se abandonar paradigmas organicistas e positivistas em direção a abordagens mais integradas e capazes de dar conta da complexidade do tema (LIMA, 2003).

> *"Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico (subsistência), seja pelo aspecto cultural (simbólico), tendo, assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador*" (BRASIL, 2001b).

No Brasil, a portaria 1339 / MS, de 18 de novembro de 1999 instituiu a lista de doenças relacionadas ao trabalho a ser utilizada como referência pelo Sistema Único de Saúde, em que

constam, também, os transtornos mentais e do comportamento que podem ter sua origem e/ou agravamento no trabalho reconhecidamente pela legislação brasileira (Demência em outras doenças classificadas em outros locais; *delirium* não sobreposto a demência, como descrita; outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doenças física; transtorno cognitivo leve; transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade; transtorno orgânico da personalidade; outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral; transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado; transtornos mentais e comportamento devidos ao uso do álcool: alcoolismo crônico relacionado ao trabalho; episódios depressivos; reações ao estresse grave e transtornos de adaptação; estado de estresse pós-traumático; neurastenia incluindo síndrome de fadiga; outros transtornos neuróticos especificados, incluindo neurose profissional; transtornos do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos; sensação de estar acabado ou síndrome de *burnout ou* síndrome do esgotamento profissional).

Saúde mental dos profissionais de saúde

Como apontado anteriormente, os transtornos mentais são componentes relevantes do perfil de morbidade dos trabalhadores em geral e a situação entre os profissionais de saúde não é diferente.

Meltzer et al. (2008), em estudo que objetivou avaliar as taxas de suicídio segundo grupos de ocupação na Inglaterra e País de Gales com base nos registros de mortalidade do período de 2001 a 2005 da população de 20 a 64 anos, verificaram que as taxas variaram segundo ocupação e sexo. A mais alta taxa de mortalidade proporcional por suicídio foi encontrada entre os profissionais de saúde de ambos os sexos.

Conforme verifica-se a seguir, no Brasil, vários estudos indicam que os trabalhadores da saúde apresentam ocorrência de transtornos mentais elevada, e alguns deles revelam associação entre tais transtornos e situações de trabalho caracterizadas por elevadas demandas psicológicas, baixo controle

sobre o próprio trabalho e baixo suporte social no trabalho (PIMENTEL, 2005; GIGLIO, 2006; CABANA et al., 2007; SILVA, 2008; KIRCHHOF, 2009; BRAGA et al. 2010; VARGAS & DIAS, 2011).

No estado de Sergipe, Pimentel (2005) estudou a saúde mental dos profissionais de saúde de universo de cerca de quatro mil trabalhadores, a partir de amostra de 670 indivíduos, verificando, entre outros achados, que 4,6% dos entrevistados referiram fazer uso de drogas ilícitas e 68,2% não responderam a essa pergunta, fato que pode indicar subestimativa do problema. Além disso, 3,7% relataram trabalhar sob efeito dessas drogas e 3,4% sob efeito de tranqüilizantes. Dos profissionais estudados, 14% afirmaram já ter pensado pelo menos uma vez em suicídio.

Giglio et al. (2006), investigaram a ocorrência de síndrome de *burnout* entre médicos cancerologistas no Brasil, observando que 15,6% dos respondentes apresentavam níveis moderados ou altos dessa síndrome e a análise isolada da exaustão emocional revelou que 55,8% apresentavam níveis moderados e altos dessa dimensão da síndrome. A taxa de adesão ao estudo foi de apenas 21%.

Cabana et al. (2007) pesquisou a prevalência de transtornos mentais comuns e sua relação com o cotidiano do trabalho de médicos de um hospital geral de Recife, verificando que 23,39% apresentavam tais transtornos, com maior prevalência entre os que trabalhavam no setor de emergência, caracterizado, segundo os autores, pelas piores condições de trabalho da instituição.

Em estudo transversal com 528 profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Rio Grande do Sul sobre a ocorrência de transtornos mentais comuns e sua relação com as dimensões *demandas psicológicas* e *controle*, do modelo de Karasek, Kirchhof et al. (2009) verificaram que 18,7% dos trabalhadores apresentaram transtornos mentais comuns, constatando associação positiva entre a ocorrência desses transtornos e baixo grau de controle sobre o próprio trabalho. Também foi verificada associação positiva entre a ocorrência desses transtornos e a situação de alto desgaste (altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho), mesmo após ajuste por variáveis de confusão – idade, renda per capita, turno, carga horária e demanda física no trabalho.

Em que pese o maior número de estudos entre profissionais do setor hospitalar, alguns autores apontam freqüência elevada de transtornos mentais entre trabalhadores da Atenção Básica. Ao investigar a ocorrência de transtornos mentais comuns e síndrome de *burnout* entre amostra de agentes comunitários de saúde do município de São Paulo, Silva (2008), encontrou prevalências de 43,3% e 24,1%, respectivamente.

Entre os profissionais da rede básica de saúde de município de médio porte do interior paulista, Braga et al. (2010) observaram elevada ocorrência de transtornos mentais comuns – quase o dobro da prevalência desses transtornos na população geral do município estudado - associada a situações de elevadas demandas psicológicas e baixo suporte social no trabalho.

Trindade et al. (2010), em estudo que objetivava compreender o estresse laboral vivenciado pelos profissionais de Saúde da Família de um município gaúcho, verificaram que, entre os 86 trabalhadores que compuseram a casuística, 6,9% apresentaram síndrome de *burnout*.

No tocante aos afastamentos do trabalho por doença (absenteísmo doença), Roelen et al. (2009), conduziram investigação acerca da incidência de afastamentos por transtornos mentais comuns entre trabalhadores holandeses. Foram avaliadas as ausências do trabalho superiores a 28 dias, em um total de um milhão de trabalhadores e calculadas as prevalências para cada ano do período de 2001 a 2007. Embora, tenha sido observada diminuição da incidência de afastamentos nos últimos anos do período estudado, fato que levou os autores a suspeitarem da influência da mudança na remuneração dos profissionais em licença médica sobre o declínio da incidência de absenteísmo (os empregadores tinham liberdade para definir em acordo com os conselhos de trabalhadores cortes na remuneração dos profissionais afastados). Na Holanda, Roelen et al. (2009) assinalaram que os trabalhadores da saúde são o terceiro grupo que mais se afasta por transtornos mentais comuns no país (30%), ficando atrás apenas do pessoal da educação e da área financeira.

Barbosa et al. (2011a), estudando o universo de licenças-saúde iguais ou superiores a dois dias, entre servidores públicos estatutários de uma universidade pública paulista, no período de janeiro

a dezembro de 2010, observaram a ocorrência de 2.885 licenças. Entre outros achados, observou-se que 54% dos afastamentos foram motivados por transtornos mentais e do comportamento e que os trabalhadores de enfermagem (28%) e da administração (28%) foram os que mais se afastaram.

Barbosa et al. (2011b), em estudo que detalhou características dos afastamentos por transtornos mentais na mesma universidade, ocorridos no ano de 2010, verificaram que dos 974 trabalhadores afastados, 57% eram mulheres, cuja idade média foi 49 anos, tempo médio de afastamento de 47,3 dias, e a principal causa de afastamento foram os transtornos do humor (87%). Esses autores constataram que 49,4% dessas mulheres eram trabalhadoras da área da saúde.

Martins et al. (2009), descreveram algumas características sociodemográficas e do trabalho de profissionais da saúde de um hospital público baiano afastados do trabalho por motivo de doença no período de julho de 2005 a julho de 2006. Entre os 837 trabalhadores da área da saúde do hospital, 31,9% se afastaram por motivo de doença, com média de 2,31 atestados por trabalhador e foram totalizados 2.746 dias de ausência. Entre as categorias, os profissionais de enfermagem apresentaram maior incidência de afastamentos – 41,2%. O setor de emergência foi o que originou mais profissionais afastados – 30%.

Burnout **ou síndrome do esgotamento profissional**

Segundo, Benevides-Pereira (2002a), o termo *burnout*, em inglês popular, "*se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia*". Trata-se de síndrome descrita em meados da década de 70 e definida como uma resposta a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, caracterizada por três componentes: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional reduzida ou decepção (MASLACH & JACKSON, 1998; MASLACH & LEITER, 1999; FREUDENBERGER, 2005; MASLACH, 2005).

Schaufeli e Buunk (2003), analisando 25 anos de pesquisa sobre *burnout*, assinalam que, provavelmente, a primeira utilização da expressão "*to burn out*" é de 1599, por Shakespeare. Também

Graham Greene, na novela *A Burnt – Out Case* conta a história de um arquiteto, descrevendo-o como um indivíduo melancólico, espiritualmente atormentado, cínico e desiludido.

Esses autores consideram o estudo de caso de uma enfermeira psiquiátrica, por Schartz & Will, em 1953, como o mais notável exemplo de *burnout* descrito, assinalando, entretanto, que foi Bradley, em 1969, a utilizar pela primeira vez a expressão "*staff burnout*" em um artigo. Apesar disso, é Freudenberger o autor considerado "*pai fundador da síndrome de burnout*", uma vez que foram dele as considerações iniciais, em 1974, a partir de observação do quadro clínico apresentado por jovens voluntários que trabalhavam em instituição para tratamento de dependentes de drogas, na qual ele próprio também atuava como psiquiatra.

Quase simultaneamente, em 1976, Christina Maslach observou que advogados da Califórnia, prestadores de assistência jurídica gratuita aos pobres, utilizavam o termo *burnout* para designar o processo de exaustão, cinismo e perda de compromisso em colegas. A partir dessa observação, essa autora e seu grupo de pesquisadores adotaram esse termo em seus estudos.

No Brasil, de acordo com Benevides-Pereira (2002b), a primeira publicação sobre *burnout* é de 1987, na Revista Brasileira de Medicina, cujo autor era um médico cardiologista, sendo que a partir dos anos 1990 surgem as primeiras teses e artigos em publicações científicas. Datam de 1999, os dois primeiros livros sobre *burnout* editados no país - a tradução de "*Trabalho: fonte de prazer ou desgaste*?, de Cristina Maslach & Michael P. Leiter, pela editora Papirus e "*Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*", coordenado por Wanderley Codo, edição conjunta da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), Universidade de Brasília (UnB) e Editora Vozes. Nessa ocasião, isto é, em 2002, a autora considerou a produção brasileira sobre a síndrome ainda incipiente.

Alguns anos depois, Carlotto & Câmara (2008), analisando novamente a produção científica nacional sobre o assunto, chamaram a atenção para a existência, na ocasião, de 11 grupos de pesquisa cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e de

36 dissertações de mestrados / teses de doutorado, no banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O levantamento das autoras revelou que, das 17 pesquisas encontradas na literatura científica do país, a maioria (sete estudos) referiam-se a investigações em profissionais da saúde, seguido pelos profissionais da educação (cinco estudos), majoritariamente publicados em periódicos de psicologia. Diante dos resultados obtidos, Carlotto & Câmara (2008) consideraram a produção brasileira ainda incipiente, quando comparada à internacional.

As autoras concluem que seus resultados "*revelam a necessidade de construção de uma agenda de pesquisa sobre burnout*", chamando a atenção para a relevância social dessa síndrome, particularmente pelas características da sociedade brasileira em que "*as relações de trabalho são pautadas pela necessidade de sobrevivência*" afirmando que "*as dificuldades que emergem do trabalho são naturalizadas como se fossem parte inerente das atividades de produção*".

Os estudos empíricos, iniciados em meados dos anos 1980, segundo Schaufeli e Buunk (2003) caracterizaram-se: (a) pela utilização do MBI por aproximadamente 90% dos pesquisadores, em que pese o surgimento de outros questionários; (b) além de pesquisadores dos Estados Unidos, pesquisadores de outros países - inicialmente de língua inglesa e, algum tempo depois, de outras línguas - passaram a interessar-se pelo tema, de tal forma que um grupo de pesquisadores no subtítulo de um livro sobre *burnout* acrescentou - "*uma pandemia mundial*"; (c) abordagem inicial restrita a trabalhadores cujas ocupações implicavam lidar com pessoas, posteriormente expandida a outras ocupações, com a publicação de um novo questionário – o Maslach *Burnout* Inventory-General Survey, MBI-GS, a partir de 1996; (d) fase empírica focalizando mais a ocupação e os fatores organizacionais do que o indivíduo; (e) aumento progressivo do rigor metodológico; (f) desenvolvimento de abordagens conceituais mais abrangentes; (g) ampliação do conceito - de um polo negativo – *burnout* -, a outro positivo – comprometimento.

Numerosas pesquisas, desenvolvidas ao longo dos últimos anos, contribuíram para a ampliação e modificação do conceito de *burnout* e diferentes autores passaram a utilizar algumas

denominações para designar o mesmo fenômeno, dentre os quais, *estresse laboral*, por Bussing & Glaser (2000), Herrero, Rivera & Martin (2001), Schaufeli, (1999); *estresse laboral assistencial*, por Moreno-Jiménez (1991), Seisdedos (1997); *estresse profissional,* por Nunes (1989); *estresse ocupacional*, por Firth (1985); *neurose profissional ou de excelência*, por Stella (2001). Entretanto, prevaleceu a denominação síndrome do esgotamento profissional ou *burnout* (SCHAUFELI & BUNNK, 2003).

Em sua revisão, Schaufeli e Buunk (2003) relatam que a apropriação do termo pela mídia, popularizando-o, dificultou os estudos científicos acerca da síndrome, de tal forma que, o editor de uma publicação científica rejeitou o artigo em que Maslach introduzia o Maslach *Burnout* Inventory, justificando que o periódico "*não publicava psicologia pop*". Analisando a evolução das publicações científicas sobre o fenômeno, esses autores relatam que, a partir dos anos 1980, a média de publicações passou a cerca de 200 por ano, destacando-se duas principais vertentes exploratórias – a sócio-psicológica e a organizacional.

Maslach e Schaufeli (1993) discutem os interesses diferentes entre os profissionais engajados em atividades práticas, preocupados com o encaminhamento de soluções para problemas de portadores de *burnout* e acadêmicos, e os interesses dos estudiosos da academia o que, segundo eles, interferiram no desenvolvimento de teorias sobre a síndrome.

Carlotto (2001) identifica quatro grupos de concepções teóricas sobre o *burnout*:

- clínica, cujo maior representante é Freudenberger (1974) apud Schaufeli & Buunk (2003), na qual a síndrome é vista como um estado e não um processo, consequência de trabalho intenso, sem que as necessidades do trabalhador sejam atendidas;
- organizacional, em que, de acordo com Golembiewski et al., (1987) apud Schaufeli & Buunk (2003), o *burnout* decorreria de desajuste entre interesses da instituição e necessidades do trabalhador, sendo desencadeado, segundo Cherniss (1980), por estressores organizacionais que levariam a mecanismos de enfrentamento relacionados às três dimensões da síndrome;

- sócio-histórica, segundo Carlotto (2000) apud Schaufeli & Buunk (2003), na qual as profissões, cujo escopo é o de ajuda ou desenvolvimento humano, seriam incompatíveis com os valores individualistas e competitivos da sociedade atual;
- sócio-psicológica, representada por Maslach & Jackson (1981) e uma das mais aceitas, segundo a qual, o *burnout* seria uma reação ao estresse emocional crônico por lidar excessivamente com pessoas.

Schaufeli e Buunk (2003) consideram que a definição mais conhecida de *burnout* é a apresentada por Maslach e Jackson em 1981, segundo a qual a síndrome apresenta três componentes – exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional -, sendo que (a) "*exaustão emocional se refere à depleção ou esgotamento dos recursos emocionais causados por demandas interpessoais*"; (b) "*despersonalização indica o desenvolvimento de atitudes negativas, insensíveis e cínicas para com os receptores dos serviços*" e (c) "*reduzida realização profissional é a tendência de avaliar o próprio trabalho com os receptores negativamente*". Schaufeli e Buunk (2003) alertam que o sentido do termo despersonalização que, em psiquiatria, significa extrema alienação de si próprio e do mundo.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), Benevides-Pereira (2002a) e Trigo (2010), dentre outros autores, (a) exaustão emocional significa esgotamento mental, sensação de estar acabado, afetivamente esvaziado, sem esperança; (b) despersonalização significa reações negativas, de insensibilidade, cinismo, ironia ou afastamento excessivo e intolerância à clientela; e, (c) realização profissional reduzida, insatisfação com atividades no trabalho, sensação de diminuição da competência, de fracasso profissional e desmotivação.

Schaufeli e Buunk (2003) assinalam que, na 3ª edição de seu manual, de 1996, Maslach e colaboradores enfatizam que *burnout* deve ser entendido como uma crise no trabalho em geral e, não necessariamente, como uma crise nas relações com pessoas, no trabalho. Como consequência disso, houve algumas redefinições nas dimensões originais de *burnout*, de modo que exaustão emocional

passou a significar fadiga independentemente de suas causas; cinismo, atitude indiferente ou distante em relação ao trabalho de outras pessoas e perda da eficácia profissional passa a englobar aspectos sociais e não sociais do desempenho na ocupação.

Para esses dois autores, a definição mais precisa de estado de *burnout* é a de Brill (1984): "*Burnout é um estado disfórico e disfuncional, mediado pelo trabalho em indivíduo sem uma psicopatologia 'maior', (1) que, por algum tempo vinha apresentando afetividade e desempenho adequados na mesma situação de trabalho e (2) que não é capaz de voltar a esta situação sem ajuda externa ou sem que sejam efetuadas mudanças no trabalho"*. Cabe assinalar que a definição de Brill (1984) parte da concepção de *burnout* como estado e, não, como processo.

Apesar das diferenças entre as definições de *burnout* segundo vários autores, Schaufeli e Buunk (2003) assinalam que apresentam em comum cinco elementos (a) sintomas disfóricos, com predomínio de exaustão emocional; (b) ênfase em sintomas mentais e comportamentais; (c) existência de relação com o trabalho; (d) encontro de sintomas em indivíduos 'normais' e (e) diminuição da eficácia e fraco desempenho no trabalho em virtude de atitudes e comportamentos negativos.

Burnout, segundo Schaufeli e Buunk (2003), além de um estado, é também um processo dinâmico, cuja origem encontra-se na falta de correspondência entre expectativas e ideais dos indivíduos e o que o duro cotidiano de trabalho lhes oferece, podendo o estresse decorrente disso ser notado ou permanecer desapercebido por longo tempo. A tensão emocional progride, o indivíduo começa a alterar suas atitudes em relação ao trabalho e às pessoas com as quais trabalha e, finalmente, apresenta *burnout*, cujo desenvolvimento é influenciado pela forma de enfrentamento (*coping*) do indivíduo.

Esses autores acreditam que, por incluir sintomas, condições para desenvolvimento da síndrome, em situações de trabalho, atingindo indivíduos que não apresentam psicopatologia, uma definição abrangente e sintética de *burnout* é a de Schaufeli & Enzmann (1998):

"*Burnout é um estado mental relacionado ao trabalho em indivíduos 'normais',*

persistente e negativo, caracterizado principalmente por exaustão, que é acompanhada de distresse, uma sensação de redução da eficácia, diminuição da motivação e desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho. Esta condição psicológica desenvolve-se gradualmente e pode permanecer desapercebida pelo indivíduo afetado por longo período de tempo. Trata-se do resultado da inadequação entre intenções e realidade no trabalho. Muitas vezes o burnout se perpetua devido a estratégias inadequadas de coping que estão associadas à síndrome."

Segundo Cooper (1996), Benevides-Pereira (2001), Calvete & Villa (2000), dentre vários autores, os portadores de *burnout* apresentam **sintomas físicos** (fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores osteomusculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiências, transtornos cardiovasculares e do sistema respiratório, disfunção sexual e alterações menstruais em mulheres); **sintomas psíquicos** (falta de atenção e concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, solidão e incompetência, impaciência, baixa auto-estima, labilidade emocional, dificuldade de auto-aceitação, astenia, disforia, depressão, desconfiança e sentimentos persecutórios); e **sintomas comportamentais** (negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, aumento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias psicoativas como álcool, drogas lícitas e ilícitas, tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho, absenteísmo, ironia e cinismo, comportamentos de alto risco e até mesmo suicídio). A intensidade e a diversidade dos sintomas dependem de fatores do indivíduo e da fase da síndrome, bem como das condições do ambiente de trabalho (SCHAUFELI & BUNNK, 2003).

Para Benevides-Pereira (2002a), o *burnout* traz impactos negativos tanto para o indivíduo, como para a organização e para a sociedade. Fadiga, distúrbios do sono, imunodeficiências, transtornos cardiovasculares, distúrbios osteomusculares, disfunções sexuais, falta de atenção,

depressão, impaciência, negligência, labilidade emocional, irritabilidade, uso de drogas, isolamento, ironia, abandono do emprego, agressividade, suicídio, entre outros, representam possíveis consequências para os indivíduos afetados. Para a organização, pode significar diminuição da qualidade do trabalho, predisposição a acidentes, abandono psicológico e físico do trabalho, absenteísmo, aumento da rotatividade de profissionais e baixa produtividade. Isolamento, divórcios, gastos com tratamento, diminuição da produtividade são consequências que podem ser observadas na sociedade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), Benevides-Pereira (2002a) e Trigo (2010), dentre outros, consideram que vários fatores podem contribuir para o desencadeamento da síndrome de *burnout,* tais como:

- relação profissional-cliente próxima e intensa;
- características dos clientes: poliqueixosos, agressivos, depressivos, pedófilos, que tentaram suicídio, que implicam lidar com a morte, especialmente de crianças;
- organizações em processo de reestruturação produtiva, com transformações na organização do trabalho;
- ameaça de mudança compulsória na jornada de trabalho ou de redução significativa da retribuição;
- fatores relacionados à insegurança social e econômica;
- presença de conflitos no desempenho da atividade;
- perda/redução do controle/autonomia sobre o trabalho;
- ritmo de trabalho penoso;
- ausência de suporte social e/ou organizacional;
- sobrecarga de trabalho;
- grau de responsabilidade elevado;
- sentimento de injustiça ou de falta equidade no trabalho;

- falta ou retorno negativo acerca do desempenho no trabalho;
- pouca possibilidade de progresso no emprego;
- padrão de personalidade tipo A;
- *locus* de controle externo;
- indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão;
- trabalho em turnos ou noturno;
- trabalho precário;
- falta de suporte social e familiar;
- tipo de ocupação;
- ambiente físico inadequado.

Para Maslach & Leiter (1999), entre os trabalhadores com riscos de desenvolver *burnout*, o processo de trabalho caracteriza-se pelo papel central das relações entre provedores e receptores.

A maior parte dos autores acredita que qualquer profissional pode desenvolver *burnout*, embora sua incidência seja maior em indivíduos que possuem ocupações que implicam relacionamento interpessoal intenso e, ou prestação de algum tipo de assistência. Segundo Maslach & Leiter (1999), médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, advogados, dentistas, policiais, agentes penitenciários, bombeiros, psicólogos são profissões que apresentam risco aumentado de desenvolvimento dessa síndrome. Esta também é a posição da maioria dos pesquisadores brasileiros que tem estudado essa síndrome, considerando-se que se trata de síndrome que ocorre somente no contexto ocupacional.

A quase totalidade dos autores concorda que aspectos da organização do trabalho exercem profunda influência no desencadeamento da síndrome de *burnout*, dentre os quais, Schwartz & Ros, (1995) e Borges et al. (2002).

Entretanto, alguns estudos empíricos indicam que algumas características pessoais facilitariam ou inibiriam a ação de estressores presentes nas situações de trabalho. Maslach et al. (2001) e

González (1995) estão entre autores que observaram que profissionais mais jovens, especialmente com idades abaixo de 30 anos apresentam maior susceptibilidade para o desenvolvimento de *burnout* sugerindo possível papel representado pela crise de identidade profissional diante de dificuldades de socialização (SCHAUFELI & BUNNK, 2003).

Puranova & Muros (2010) apontam que os homens tem apresentado pontuações mais elevadas para despersonalização e as mulheres, para exaustão emocional e, nestas, isso tem sido atribuído à dupla jornada de trabalho e a características da profissão / ocupação relacionadas ao gênero. Segundo Maslach et al. (2001) e Schaufeli & Enzmann (1998) a síndrome tem predominado em indivíduos com maior escolaridade (SCHAUFELI & BUNNK, 2003).

Burke & Greenglass (1989) e Maslach et al. (2001) afirmam que a maioria dos pesquisadores atribui ao casamento / união estável e à paternidade uma menor susceptibilidade ao *burnout* por propiciar, segundo Vega & Urdániz (1997), melhores estratégias de enfrentamento. Semmer (1996) assinala que baixos níveis de *hardness* (personalidade pouco resistente, percepção dos estressores como agentes nocivos), *locus de controle externo* (pessoas que atribuem acontecimentos em sua vida a eventos externos) e tipo de enfrentamento caracterizado pela fuga (passividade e evitação) constituem fatores que facilitam o desenvolvimento de *burnout* (SCHAUFELI & BUNNK, 2003).

Gil-Monte & Peiró (1997), Kurowski (1999) e Maslasch et al. (2001) são autores que apontam que pessoas com padrão de personalidade tipo A (competitivas, esforçadas, impacientes, perfeccionistas, com dificuldade em tolerar frustrações) apresentam pontuação elevada para exaustão emocional e despersonalização, além de baixa realização profissional. Já as que possuem auto-estima elevada, autoconfiança e auto-eficácia apresentam baixas pontuações para exaustão emocional e despersonalização, possuindo menores chances de desenvolver *burnout*. Entretanto, pessoas muito idealistas e motivadas em relação à profissão / ocupação são mais propensas ao desenvolvimento da síndrome (SCHAUFELI & BUNNK, 2003).

Em relação ao tempo na ocupação, na função docente, Codo (1999) observou aumento da

ocorrência de *burnout* que atingiu o pico entre 10 e 15 anos de profissão, decrescendo posteriormente. Também, quanto mais próxima e intensa for a relação do profissional com receptáculo de suas ações, maior a probabilidade de ocorrência da síndrome.

A identificação da síndrome tem sido feita por meio de questionários auto-aplicáveis e o instrumento mais difundido na atualidade é o Maslach *Burnout* Inventory (MBI), desenvolvido pelas psicólogas sociais Christina Maslach e Susan Jackson, traduzido e validado para utilização no Brasil (LAUTERT, 1997; BORGES et al., 2002; CARLOTTO & CÂMARA, 2004).

Trata-se de instrumento composto por 22 itens que devem ser respondidos com escala do tipo *likert* de sete pontos, variando de “0” a “6” (de “nunca” a “todos os dias”, respectivamente), que avalia as três dimensões da doença - exaustão emocional, despersonalização e decepção ou realização profissional reduzida.

Schaufeli & Enzmann (1998), em revisão que tomou por base 473 estudos publicados e 538 dissertações ou teses acerca da ocorrência de *burnout*, observaram que os profissionais de saúde apresentaram a maior prevalência (33,8%), seguidos por trabalhadores da educação, serviço social, administração, policiais, entre outros.

Em investigação sobre a ocorrência de *burnout* entre 681 profissionais de serviços de oncologia de Ontário, Canadá, Grunfeld et al. (2000) verificaram que os médicos apresentaram as maiores taxas de exaustão emocional (53,3%), despersonalização (22,1%) e apontam preocupação sobre as possíveis repercussões desses achados na organização do serviços de oncologia no país.

Giglio et al. (2006), investigaram a ocorrência de síndrome de *burnout* entre médicos cancerologistas no Brasil, observando que 15,6% dos respondentes apresentavam níveis moderados ou altos da síndrome 55,8% apresentavam níveis moderados e altos de exaustão emocional.

Silva (2008), ao investigar a ocorrência de *burnout* em amostra de agentes comunitários de saúde do município de São Paulo, encontrou 24,1%.

Sobrinho (2010), em investigação sobre a ocorrência de *burnout* em médicos intensivistas,

observou prevalência da síndrome de 7,4%.

Conforme citado anteriormente, Trindade et al. (2010), em estudo que objetivava compreender o estresse laboral vivenciado pelos profissionais de Saúde da Família de um município gaúcho, verificaram que, entre os 86 trabalhadores que compuseram a casuística, 6,9% apresentaram síndrome de *burnout*.

Modelo de Karasek: situação demanda controle suporte

Karasek, na década de 70, desenvolveu abordagem cujo foco central são as relações sociais no trabalho e como estas funcionam como geradoras de estresse ou a relação entre as capacidades do trabalhador e a carga mental de trabalho. Esse modelo foi denominado modelo demanda-controle ou modelo de Karasek.

Mutaner & O' Campo (1993) apud Araújo et al. (2003) afirmam que o modelo demanda-controle presume causalidade sociológica, ou seja, a organização do trabalho determina o grau das demandas psicológicas e de controle sobre o trabalho.

Segundo Karasek (2005), as demandas são as pressões ou exigências psicológicas a que os trabalhadores são submetidos no trabalho. Podem originar-se da quantidade de trabalho a executar na unidade de tempo - no jargão da saúde do trabalhador, conhecida como *pressão de tempo* -, no caso, de caráter quantitativo. Pode também originar-se no descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a executar, assumindo, então, caráter qualitativo. O risco de adoecimento é maior conforme aumentam as demandas psicológicas no trabalho.

Quanto ao controle, trata-se do grau de autonomia ou espaço de manobra que o trabalhador possui. Consiste na possibilidade que ele tem de "governar" o seu trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos. Trata-se de aspecto estreitamente relacionado à organização do trabalho e o risco de adoecimento aumenta conforme diminui o grau de controle sobre o trabalho.

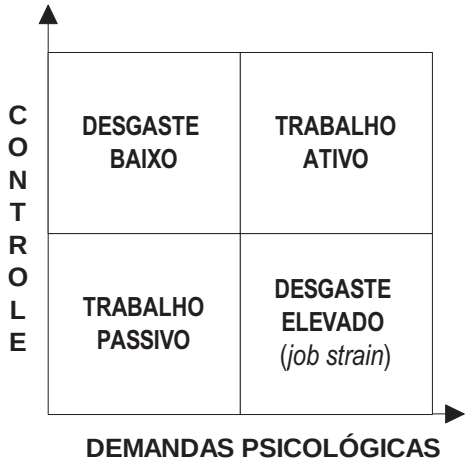

FIGURA 1 - ESQUEMA DEMANDA-CONTROLE SEGUNDO KARASEK (1998, 2005) E BAKER & KARASEK (1994).

O Modelo Demanda-Controle foi representado por Karasek como figura quadrangular (Figura 1), composta por quatro quadrantes, cada um representando as quatro associações possíveis entre os níveis das demandas e os graus de controle -baixo / elevado -, ou seja:

- demandas psicológicas elevadas e baixo controle do trabalho – situação que Karasek (2005) denominou de *job strain*, que pode ser entendida como situação geradora de desgaste psicológico elevado para o trabalhador;
- demandas psicológicas elevadas acompanhadas de grau de controle sobre o trabalho também elevado – situação que Karasek considera como potencialmente desafiadora e, nesse sentido, propiciadora de condições para o desenvolvimento e crescimento do trabalhador (trabalho ativo);
- baixas demandas psicológicas acompanhadas de baixo controle que, para Karasek configuram situações desestimulantes, geradoras de tédio e de desinteresse, e que Leplat (1980) considera *emburrecedoras* (trabalho passivo);
- baixas demandas psicológicas e grau de controle elevado – situação em que haveria pouco desgaste para o trabalhador, uma vez que ele tem as melhores condições para planejar e para executar seu trabalho.

A esse modelo bidimensional de Karasek, formulado nos anos 70, Johnson (1988) acrescentou

uma terceira dimensão, a de suporte social, caracterizado como a disponibilidade de recursos aos indivíduos ou unidades sociais em resposta aos pedidos de ajuda. Na situação em questão, trata-se do suporte social no trabalho, proveniente da rede social no trabalho, chefia e/ou colegas, considerado fator de proteção em relação ao adoecimento.

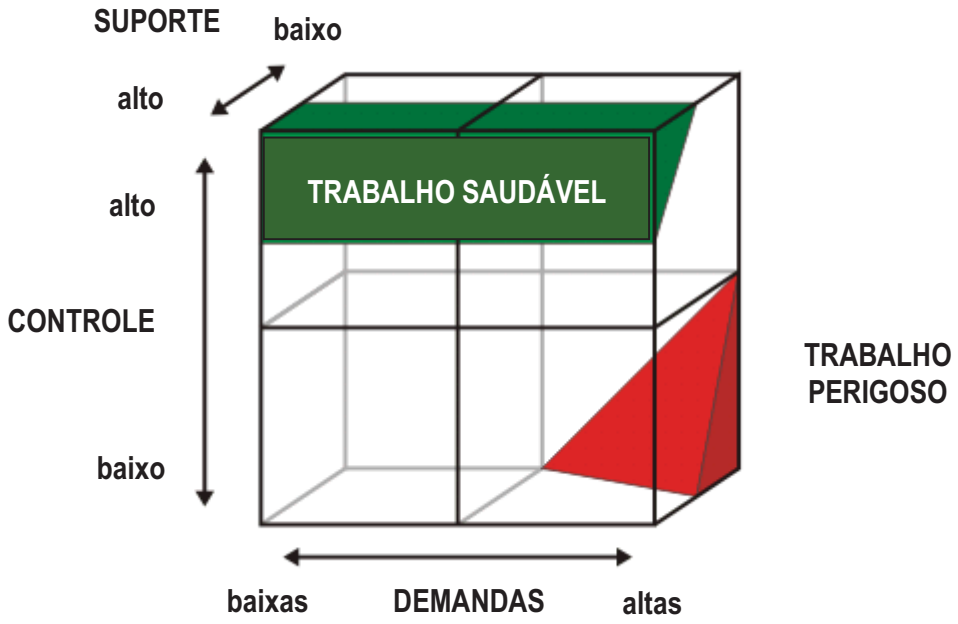

FIGURA 2 - ESQUEMA DEMANDA-CONTROLE-SUPORTE SEGUNDO KARASEK (2005) E JOHNSON (1988)
FONTE: PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL, PORTAIL D'INFORMATIONS SUR LA PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL

O questionário desenvolvido por Karasek compõe-se de quarenta e nove questões que avaliam as dimensões demanda, controle e suporte. Theorell (1988) reduziu as questões de quarenta e nove para dezessete.

Araújo et al. (2003) utilizaram o questionário de Karasek, composto por quarenta e nove questões, para avaliar as condições de saúde e trabalho de professores da Universidade Estadual de Feira de Santana e de dentistas em 21 municípios da região de Alagoinhas, na Bahia. Os autores salientam tratar-se de investigação preliminar e não descrevem como foi realizada a tradução / adaptação do questionário, que não foi submetido à validação para emprego no Brasil.

Alves et al. (2004) traduziram e validaram o questionário desenvolvido por Theorell composto por dezessete questões.

Em trabalho, com amostra da população trabalhadora masculina da Suíça, que aliou resultados

de (i) estudo prospectivo sobre a associação entre algumas características do trabalho e o desenvolvimento de doença coronariana e (ii) estudo tipo caso-controle sobre as mortes por doenças cardio e cerebrovasculares, Karasek et al. (1981) verificaram a existência de associação entre trabalho intenso e com demandas psicológicas estressantes e risco aumentado para doença coronariana e morte prematura por doenças cardio e cerebrovasculares, mesmo após controle para as variáveis idade, escolaridade, tabagismo e obesidade. Baixo controle sobre o trabalho e restrições sobre sua habilidade para decidir como responder às demandas do trabalho apresentaram-se como fator de risco independente para doença coronariana.

Mausner-Dorsch & Eaton (2000), em pesquisa realizada entre 905 trabalhadores da cidade de Baltimore, Estados Unidos, verificaram a associação entre a situação de *job strain* do modelo demanda controle (altas demandas psicológicas e baixo controle no trabalho) e a ocorrência de depressão (episódio depressivo maior, síndrome depressiva e disforia). A força da associação aumentou conforme aprofundou-se a gravidade da doença.

Araújo et al. (2003), em estudo de corte transversal entre 502 trabalhadores de enfermagem de um hospital público baiano, que investigou a ocorrência de transtornos mentais comuns e sua associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho, verificando a existência de associação entre transtornos mentais comuns e situações de trabalho caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho.

Fischer et al. (2005), avaliaram 354 estudantes do período noturno de uma escola pública de região de classe média da cidade de São Paulo e verificaram a associação entre altas demandas psicológicas no trabalho e relato de dores pelo corpo, maior risco para acidente do trabalho e diminuição da duração do sono durante a semana. Os estudantes com baixo controle sobre o trabalho tiveram aumento da jornada de trabalho em uma hora (hora-extra), em média, quando comparados aos com alto controle.

Sanne et al. (2005), em estudo com 5.562 trabalhadores belgas que avaliou a relação entre as

situações do modelo demanda-controle-suporte e a ocorrência de ansiedade e depressão, constataram que os escores de controle no trabalho foram mais altos entre os homens, enquanto os de suporte social no trabalho foram maiores entre as mulheres. Verificaram que houve associação entre ocorrência de ansiedade e depressão e (i) altas demandas psicológicas, (ii) baixo controle sobre o trabalho, (iii) baixo suporte social no trabalho, (iv) situação de *job strain* (alto desgaste) e (v) situação de *iso-strain* (*job strain* associado a baixo suporte social no trabalho). Os autores concluem que altas demandas psicológicas, baixo controle e baixo suporte social no trabalho constituem fatores de risco de ansiedade e depressão na população trabalhadora, especialmente quando combinados.

Reis et al. (2005) em estudo transversal com 808 professores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista na Bahia, constataram que 55,9% dos professores apresentavam transtornos mentais comuns, cuja ocorrência associou-se positivamente a altas demandas psicológicas no trabalho, baixo controle no trabalho e baixo suporte social no trabalho A prevalência dos agravos foi maior nas situações de alto desgaste (*job strain*) e trabalho ativo quando em comparação com os trabalhadores enquadrados na situação de baixo desgaste.

Tironi et al. (2009), ao avaliar a associação entre ocorrência da síndrome de *burnout* entre médicos intensivistas de Salvador, Bahia, verificaram que os profissionais enquadrados em situação de alto desgaste apresentaram prevalência 10 vezes maior da síndrome quando comparados ao grupo em baixo desgaste. A maior parte (51,2%) foi classificada em situação de trabalho caracterizadas por demandas psicológicas.

Alguns autores estudam a relação entre marcadores biológicos para reações de estresse e as categorias descritas nos modelos teóricos para o estresse no trabalho, entre eles, o modelo demanda-controle. Alderling et al. (2006), investigaram a relação entre as situações e comportamento das variáveis do modelo demanda-controle e o padrão de secreção de cortisol na saliva em amostra de 529 trabalhadores de Estocolmo, Suécia, constatando que a concentração de cortisol na saliva foi menor (meia hora após acordar) entre as mulheres enquadradas em situações de baixas demandas e alto

controle. Não houve diferença no padrão de secreção dos homens.

Atenção Básica à Saúde

Segundo Pires (2008),

> "*a organização da estrutura assistencial institucional em saúde resulta de um processo histórico-social que tem múltiplas determinações: a) a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo de saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas; b) a história da organização das profissões do campo da saúde; c) os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis; d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; e) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e às relações de trabalho; g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas*".

Sob esta perspectiva, está estruturada a rede básica de saúde no Brasil e é possível inferir o quanto esse complexo conjunto de determinantes impacta sobre as concepções adotadas na definição das práticas dos serviços, sobre a qualidade do trabalho e grau de resolubilidade por eles alcançados e, também, sobre as condições de trabalho e saúde dos profissionais que atuam nesse nível de atenção.

No Brasil, a Atenção Básica à saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), constitui

> "*o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a*

prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde".

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2004),

"a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, eqüidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável".

As duas definições descritas anteriormente trazem à tona a alta complexidade da Atenção Básica e o investimento necessário por parte das equipes, entre outros atores, no desenvolvimento de novos arranjos tecnológicos e organizacionais para que os serviços alcancem o grau de resolubilidade desejado a fim de garantir que ela seja, de fato, o eixo norteador do Sistema Único de Saúde. Esse tem sido o esforço do Ministério da Saúde face às evidências de que sistemas de saúde orientados de modo consistente pela Atenção Básica tem maior impacto positivo sobre as condições de saúde das populações (STARFIELD & SHI, 2002).

Essa complexidade permeia o processo de trabalho na Atenção Básica, que, segundo o

Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), se caracteriza por:

I - definição do território de atuação das UBS

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social".

Estudos acerca dos processos de trabalho dessas equipes e/ou certas categorias profissionais revelam, entre outros achados: (i) a percepção da essência cuidadora, humanista e solidária do trabalho na Atenção Básica (GALAVOTE et al., 2011; VILELA et al., 2011) (ii) a idealização de competências profissionais e a instalação de sentimento de impotência e fracasso diante das demandas vivenciadas (GALAVOTE et al., 2011), (iii) a perda do sentido do trabalho, quando se

apresenta conflito entre o que deveria ser feito e que foi possível fazer (iv) a percepção de que o trabalho em equipe é fundamental para o desenvolvimento e resolubilidade das ações e, ao mesmo tempo, a dificuldade para se articular de modo contundente os diferentes saberes e arsenal tecnológico de cada membro da equipe (MARQUI et al., 2010; VILELA et al., 2010; GALAVOTE et al., 2011), (v) falta de meios para adequada realização das ações (MARQUI et al., 2010; VILELA et al., 2010; GALAVOTE et al., 2011), (vi) a predominância da utilização de tecnologias "leves"[3] no exercício do trabalho (MARQUI et al., 2010; VILELA et al., 2010; GALAVOTE et al., 2011), (vii) insuficiências na qualificação profissional como dificultadores do trabalho, (viii) a insuficiência de suporte do Sistema Único de Saúde, incluindo seus outros níveis de atenção, como geradora de conflito e desgaste (JARDIM & LANCMAN, 2009; VILELA et al., 2011).

Atualmente, soma-se à natureza e à organização do trabalho na Atenção Básica, que, por si só, podem representar fatores de risco ao adoecimento mental, a crise do Sistema Único de Saúde, que como todas as outras políticas sociais, definha pela falta de investimentos e a fragilização dos movimentos sociais, já sem fôlego para fazer frente a tais pressões. Com isso, observa-se seu desfinanciamento, ocorrência de práticas focalizadas e não universais, empobrecimento do conteúdo do trabalho com a cobrança por produtividade pura e simples, sem o desenvolvimento de ações transformadoras da realidade social, implantação incompleta de suas diretrizes, estrutura insuficiente, falta de plano de cargos, carreiras e salários de seus trabalhadores, e, enfim, a instalação de condições adversas para o exercício do trabalho. (CAMPOS, 2007; BORLINI, 2010).

Segundo Selligman-Silva (2011), além do apontado anteriormente, o setor público, incluindo a área da saúde, foi contaminado pelo gerencialismo, com a valorização dos resultados contábeis e políticos em detrimento dos sociais. A liderança do neoliberalismo fica evidente nas práticas que objetivam compatibilizar a maximização de todas as vantagens, a minimização de custos no menor prazo possível. Para tal, intensifica-se a não reposição do efetivo com sobrecarga para os profissionais

[3] O trabalho em saúde possui dimensões materiais e imateriais e suas tecnologias podem ser divididas em "duras", "leve-duras" e "leves". As chamadas "tecnologias leves" compreendem os aspectos imateriais do trabalho, as tecnologias de relação, sua natureza conversacional e dimensões subjetivas e afetivas.

que permanecem na ativa, terceirização com a contratação de falsos estagiários, franca expansão das organizações sociais apresentadas como única alternativa para sobrevivência do SUS, transferência de serviços públicos para o setor privado, instalação de processos de avaliação que levam em conta tão somente dados de produtividade e não as peculiaridades dos resultados do trabalho em saúde e seu impacto sobre as condições de vida e saúde da população. Todos esses comemorativos amplificam substancialmente os fatores de risco para o adoecimento mental.

Considerando-se o exposto anteriormente acerca da expansão da precarização social e do trabalho e seus reflexos sobre a saúde dos trabalhadores, do que se conhece sobre a ocorrência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho em profissionais da Atenção Básica, a elevada ocorrência de síndrome de *burnout* em profissionais do setor saúde, à potencial gravidade das repercussões individuais, institucionais e sociais desses agravos, o fato da maioria dos estudos sobre estresse e trabalho em profissionais de saúde abordar trabalhadores hospitalares, justifica-se a realização deste estudo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Estimar a prevalência de síndrome de *burnout* em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu – SP.

2.2. Objetivos Específicos

Estudar a associação entre ocorrência de síndrome de *burnout* e:

- variáveis sociodemográficas
- variáveis relacionadas ao trabalho
- situação quanto a demanda/controle/suporte

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo foi realizado em continuidade a projeto de pesquisa cujos dados foram coletados no período de abril a outubro de 2006. Parte do material foi objeto de dissertação, defendida pela autora em abril de 2007, para obtenção do título de mestre - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Trata-se de estudo de corte transversal descritivo, em população de trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu – SP, cuja coleta de informações foi efetuada de abril a outubro de 2006.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 1) e pela Direção do Centro de Saúde Escola (Anexo 2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (Anexo 3)

3.1. Casuística

Composta por profissionais da rede básica de saúde de Botucatu - SP e que, esclarecidos sobre os objetivos desse estudo, concordaram em participar e assinaram termo de consentimento (Anexo 4). Foram considerados como "rede básica" os seguintes serviços: unidades básicas de saúde (centros de saúde), unidades de saúde da família, unidades do Centro de Saúde Escola, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

No período da coleta de dados, os trabalhadores da rede básica totalizavam 400 indivíduos.[4]. Não houve restrições quanto ao tempo de ingresso na atividade e/ou unidade de saúde. Foram excluídos do estudo profissionais vinculados a outras instituições e que exerciam atividades pontuais nesses serviços.

Assim, a população de trabalhadores que poderia participar do estudo constituiu-se de 399 indivíduos. Destes, 19 estavam em licença por motivo de saúde e, mesmo assim, foram incluídos.

Dos 399 trabalhadores, 378 (94,5%) participaram do estudo. Entre os que não participaram, 12 recusaram-se formalmente e outros nove foram considerados como recusas após três tentativas de

[4] Dentre estes, a autora, excluída da casuística.

entrega do questionário, em diferentes dias e horários, sem que o servidor se dispusesse a respondê-lo ou quando não foi possível encontrá-lo na unidade em nenhuma das visitas.

Conforme descrito em métodos, o *Maslach Burnout Inventory* deveria ser respondido apenas pelos profissionais com relacionamento direto com a clientela. Por considerar que suas atividades não preenchiam esse requisito, 41 (11,0%) trabalhadores não responderam as questões do MBI. Dentre os respondentes, 38 (10,1%) o fizeram de forma incompleta, com prejuízos para o cálculo dos escores.

Desta forma, a casuística do estudo inicial composta de 378 indivíduos, nesta tese, compõe-se de 299 trabalhadores que responderam todos os itens do MBI, que totalizaram 80,0% do número inicial e 75% dos trabalhadores da Atenção Básica do município à época da coleta.

Rede básica de saúde de Botucatu

Em 2006, a rede básica de saúde de Botucatu era composta por 16 unidades básicas de saúde (oito unidades de saúde da família, seis centros de saúde, dois centros de saúde sob gerência da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP), um centro de especialidades odontológicas e um centro de referência em saúde do trabalhador.

Castanheira et al. (2009), em investigação que objetivou caracterizar a organização da Atenção Básica em 37 municípios do Centro-Oeste paulista, incluindo o alvo do presente estudo, observaram, entre outros, que a rede básica na região é bastante heterogênea em seus arranjos organizacionais, havendo unidades básicas tradicionais, unidades de saúde da família e unidades mistas e a polarização entre unidades que realizam de 70 a 100% de atendimentos não agendados e as que realizam de 70 a 100% de atendimentos agendados. O estudo revelou, também, deficiências de estrutura e processo em relação às diretrizes do Sistema Único de Saúde, o que pode impactar na qualidade da assistência prestada e na saúde dos trabalhadores, tendo em vista o que já foi exposto na introdução deste trabalho.

3.2. Métodos

3.2.1. Instrumentos

O instrumento de coleta de informações (Anexo 5) consistiu de questionário autoaplicável, não identificado e dividido em seções, composto por (a) dados sociodemográficos (idade, sexo, situação conjugal e escolaridade); (b) vínculo empregatício, ocupação, principal atividade executada, tempo no exercício da atividade, características da jornada de trabalho; (c) opiniões sobre o trabalho, composto de questões traduzidas e adaptadas[5] de instrumento utilizado em estudo sobre estresse e trabalho realizado no Ospedale Carreggi, Università degli Studi di Firenze, Itália (BOCCALON et al., 2002), e cedido pelos autores; (d) *job stress scale* destinada à exploração de demandas psicológicas, grau de controle sobre o trabalho e existência de apoio social no trabalho, de acordo com o modelo de Karasek, (e) *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para investigar a presença de sintomas de transtornos mentais comuns (TMC); *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para investigar a presença de síndrome de *burnout*.

Questionário demanda controle suporte (*job stress scale*)

Para avaliação dos aspectos demanda / controle / suporte utilizou-se a versão resumida do questionário de Karasek, conhecido como *Job Stress Scale*, traduzido e validado por Alves et al. (2004) para utilização no Brasil. Trata-se de 17 questões, das quais cinco referem-se às demandas do trabalho, seis, ao grau de controle exercido pelo trabalhador sobre sua atividade, e seis, aos mecanismos de suporte social no trabalho. Alves et al. (2004) cumpriram todas as etapas necessárias à adaptação do questionário (tradução do inglês para o português por três tradutores independentes; avaliação das traduções por dois avaliadores externos; sondagem para as palavras para as quais a tradução não foi considerada satisfatória; retradução do português para o inglês por dois profissionais independentes, com português fluente e cujo idioma nativo era o inglês; painel de especialistas para avaliação da retradução; realização de três pré-testes com grupos independentes de voluntários para

[5] Tradução e adaptação efetuadas pela orientadora.

avaliar dificuldades na compreensão das questões; estudo da confiabilidade teste-reteste com grupo de pessoas que responderam ao questionário uma vez, tornando a respondê-lo três dias depois; verificação da estabilidade e da consistência interna do instrumento). Neste estudo, as estimativas de reprodutibilidade para as dimensões demanda, controle e suporte, com base no coeficiente de correlação intraclasse, foram, respectivamente, 0,88, 0,87 e 0,85. No tocante à consistência interna, o alfa de Cronbach encontrado foi de 0,79, 0,67 e 0,85 para as mesmas dimensões.

O aspecto *demanda* tinha como mínimo e máximo possíveis, respectivamente, 5 e 20 pontos, o *controle*, 6 e 24 pontos e o *suporte (apoio social)*, 6 e 24 pontos. Foram criadas duas categorias para cada aspecto, "alto" e "baixo", utilizando-se como ponto de corte 12,5 para *demanda* e 15 para *controle* e para *suporte*.

Combinando-se a classificação encontrada para demanda e controle, os servidores foram distribuídos em quatro quadrantes (trabalho ativo, trabalho passivo, alto desgaste e baixo desgaste), como se pode conferir na Figura 1, na introdução.

***Self Reporting Questionnaire* – SRQ-20**

Trata-se de questionário desenvolvido para rastrear suspeitos de transtornos mentais comuns em usuários dos serviços de atenção primária à saúde de países em desenvolvimento por Harding et al. (1980) sob coordenação da Organização Mundial de Saúde. Foi elaborado a partir de instrumentos pré-existentes: *Patient-Self Report Symptom Form*, desenvolvido na Colômbia; *Post Graduate Institute Health Questionnaire* desenvolvido na Índia, *General Health Questionnaire* desenvolvido na Inglaterra e *The Sympton items on the shortened version of the Present State Examination*. (WHO, 1994).

Foi validado para utilização no Brasil por Mari & Willians (1986) e pode ser aplicado por entrevistador ou auto-aplicado. Nesse estudo, a sensibilidade e especificidade foram 83% e 80% respectivamente. Estudo realizado em Pernambuco determinou sensibilidade de 62,0% e especificidade de 80,0% (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002). Estudos internacionais encontraram

sensibilidade e especificidade variando de 62,9% a 99% e 44% a 95%, respectivamente. (WHO, 1994)

A versão mais utilizada – inclusive em estudos de base populacional no Brasil e no município de Botucatu - possui 20 questões (SRQ-20) (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002; LIMA, 2004; ARAÚJO et al., 2005; COSTA & LUDERMIR, 2005): quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais. As respostas são do tipo "sim" ou "não", atribuindo-se, respectivamente, valores de "1" e "0". Os pontos de corte sugeridos por Mari & Willians (1986) são 5/6 para homens e 7/8 para mulheres, já que o valor preditivo positivo foi muito menor entre os homens (66%) do que entre as mulheres (83%) no referido estudo.

Neste estudo, escolheu-se o SRQ-20 por tratar-se de instrumento estruturado, auto-aplicável, validado no Brasil e por permitir que os resultados fossem comparados aos do estudo que, entre outros objetivos, avaliou a prevalência de transtornos mentais comuns na população de Botucatu. (LIMA, 2004).

Maslach *Burnout* Inventory

Trata-se de instrumento desenvolvido por Maslach & Jackson (1981) e utilizado para medir o grau de esgotamento profissional. Inicialmente, foi criado com duas dimensões: exaustão emocional e despersonalização (MASLACH & JACKSON, 1981) e, após outro estudo conduzido por Maslach & Schaufeli (1993), foi acrescentada uma terceira dimensão: a realização profissional reduzida ou decepção. O coeficiente alpha de Cronbach variou de 0,71 a 0,90 e os coeficientes de teste e reteste de 0,60 a 0,80 (MASLACH & JACKSON, 1981).

É composto por 22 questões que avaliam as três dimensões da síndrome, exaustão emocional (9 questões), despersonalização (5 questões) e realização profissional reduzida ou decepção (8 questões).

As respostas são do tipo *likert* variando desde nunca (0) algumas vezes por ano (1), uma vez ou menos por mês (2), algumas vezes por mês (3), uma vez por semana (4), algumas vezes por

semana (5) e todo dia (6). Para cada dimensão são calculadas pontuações a partir das quais são estabelecidos três níveis para cada uma das dimensões: alto, moderado e baixo, conforme Quadro 1.

QUADRO 1 – CATEGORIZAÇÃO DAS DIMENSÕES DA SÍNDROME DE *BURNOUT* PELOS CRITÉRIOS DE MASLACH & JACKSON

NÍVEL	DIMENSÃO		
	Exaustão	Despersonalização	Decepção
Alto	27 ou mais	13 ou mais	0 a 31
Moderado	17 a 26	7 a 12	32 a 38
Baixo	0 a 16	0 a 6	39 ou mais

A definição de caso para Maslach & Jackson (1981) baseia-se nos escores obtidos em cada uma das dimensões da síndrome e pode ser classificado em níveis: baixo, moderado ou alto. Para ser incluído em cada um destes, é necessário que o indivíduo tenha obtido pontuações que o enquadrem nos mesmos níveis nas três dimensões. Assim, por exemplo, serão considerados casos de *burnout* em nível baixo apenas os indivíduos classificados nesse nível nas três dimensões.

Segundo os critérios propostos por Maslach & Jackson (1981), por exemplo, um indivíduo que obtenha pontuações que o classifiquem como nível alto para exaustão, nível baixo para despersonalização e nível moderado para decepção será considerado “não caso”.

3.2.2. Procedimentos

a) Obtenção da listagem de servidores, segundo função e unidade em que trabalha, junto à Secretaria Municipal de Saúde e aos serviços.

b) Divulgação dos objetivos e da metodologia do estudo para os servidores, pela autora, por meio de visita às unidades de saúde.

c) Estudo piloto, realizado pela autora, com o objetivo de testar a clareza do instrumento e o tempo médio de preenchimento, na unidade básica de saúde do município de Pratânia – SP. No piloto foram seguidos os mesmos procedimentos formais (autorizações, assinatura de termo de consentimento). Durante a aplicação do questionário a autora permaneceu na unidade para orientação de dúvidas,

anotando-as, esclarecendo o preenchimento de todas as indagações e registrando o tempo despendido durante o preenchimento. Dezenove servidores, presentes na unidade básica de Pratânia, responderam o questionário (assessora de saúde, assistente social, auxiliar / técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de serviços gerais, dentista, motorista, secretária municipal de saúde /coordenadora da unidade). O tempo de preenchimento variou de 15 minutos (quando não havia interrupções), a meia-hora (quando o servidor era interrompido por razões de serviço). Nesse caso, a interrupção era descontada, porém, ainda assim, o tempo de preenchimento aumentava. Apenas uma questão foi parcialmente reformulada em virtude de dúvidas surgidas.

d) Aplicação dos questionários aos servidores da rede básica de Botucatu que aderiram ao estudo, no período de abril a outubro de 2006.

- Os questionários foram distribuídos - e coletados no mesmo dia - por uma profissional contratada (entrevistadora), com experiência nesse tipo de atividade.
- A aplicação do instrumento implicou diversas visitas às unidades, de acordo com solicitações das chefias das unidades e dos profissionais que compuseram a casuística, a fim de evitar transtornos aos serviços, bem como, restringir perda de sujeitos que haviam aderido à pesquisa.
- Nessas visitas, a entrevistadora esclarecia novamente os objetivos do estudo e aguardava o final do preenchimento.
- No momento do recebimento do questionário, a entrevistadora verificava se o preenchimento estava completo e destacava o termo de consentimento livre e esclarecido. A autora recebia o instrumento apenas com identificação da unidade de origem.
- Durante o período coleta de informações, entrevistadora e autora reuniam-se semanalmente para entrega do material coletado e solução de eventuais intercorrências.

e) Construção do banco de dados: foram construídos dois bancos de dados para confrontar as informações inseridas e corrigir eventuais erros de digitação. Um dos bancos foi construído utilizando-se o programa Excel do Office XP 2003 e o outro, o programa EPI-INFO 6.0.

3.2.3. Análise dos dados

Em princípio, foi realizada análise descritiva com a obtenção de freqüências simples pelo programa Excel do Office XP 2007, corrigindo-se eventuais erros de digitação. As variáveis contínuas foram agrupadas em faixas e as categóricas foram apresentadas por meio de freqüências. Para a análise estatística, foi utilizado o software STATA 10 (STATA CORP., 2007).

Foi realizada inicialmente análise univariada para cada uma das dimensões da síndrome de *burnout*: exaustão, despersonalização e decepção. Por meio do teste do qui-quadrado, foram identificadas, na análise univariada, as variáveis explanatórias que se associaram com cada uma das dimensões.

A seguir, foi realizada análise multivariada, com construção de modelo de regressão logística múltipla para cada um dos desfechos, no qual foram incluídas as variáveis explanatórias que mostraram associação com as variáveis dependentes com $p <= 0,25$, tendo permanecido no modelo aquelas com $p <= 0,05$ após ajuste (HOSMER & LEMESHOW, 1989).

A inclusão de variáveis dependentes com $p <= 0,25$ no modelo se deveu à recomendação dos autores Hosmer & Lemeshow (1989), segundo os quais, adotando-se esse valor de p, a probabilidade de excluir alguma variável importante para o modelo é bastante baixa.

No planejamento da pesquisa, foi estabelecido que não seria utilizado apenas o critério matemático na escolha das variáveis. Assim, se alguma variável importante segundo a literatura ficasse excluída segundo o critério matemático, ainda assim seria incluída no modelo. Por esta razão, sexo e idade foram incluídas em todos os modelos a despeito de não terem se mostrado estatisticamente significativas.

3.2.4. Variáveis

Variáveis dependentes

Foram consideradas variáveis dependentes:

(a) presença de síndrome de *burnout*, segundo o critério de Maslach

(b) presença de exaustão emocional alta ou moderada, segundo o critério de Maslach

(c) presença de despersonalização alta ou moderada, segundo o critério de Maslach

(d) presença de decepção alta ou moderada, segundo o critério de Maslach

Variáveis explanatórias

As variáveis explanatórias encontram-se no Quadro 2.

QUADRO 2 – VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS E CATEGORIZAÇÃO

VARIÁVEL	CATEGORIAS
SEXO	feminino masculino
FAIXA ETÁRIA	< 40 anos >=40 anos
ESTADO CIVIL	solteiro casado ou com companheiro separado, divorciado ou viúvo
ESCOLARIDADE	nível superior demais níveis
CATEGORIA PROFISSIONAL	nível médio nível superior
PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA	sem atendimento (público/pacientes) com atendimento (público/pacientes)
TEMPO NO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE	< 6 anos 6 a 20 anos >20 anos
HORÁRIO DE TRABALHO	flexível rígido
REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS	raramente ou nunca às vezes ou muitas
FRUIÇÃO DE FÉRIAS	sim não
CONSIDERA O TRABALHO O PERÍODO MAIS IMPORTANTE DO DIA?	sim não não sabe
MANTIDAS AS CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO, CONTINUARIA TRABALHANDO POR MUITOS ANOS?	sim não não sabe
VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO	muito regular pouco quase nada
COMO A CHEFIA USA AS INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO TRABALHO?	leva em conta e considera úteis leva em conta somente quando considera oportuno não leva em conta
INFLUÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO SOBRE A VIDA PESSOAL	não sim
AS TAREFAS DOMÉSTICAS SÃO UM PESO A MAIS QUE SE SOMA AO TRABALHO?	muito moderadamente pouco quase nada
DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO TRABALHO	altas baixas
CONTROLE SOBRE O TRABALHO	alto baixo
SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO	alto baixo
SITUAÇÃO DEMANDA CONTROLE	trabalho passivo baixo desgaste trabalho ativo alto desgaste

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme é possível verificar à frente, para algumas categorias das variáveis estudadas, o número de indivíduos foi pequeno, dificultando algumas inferências, mesmo com a utilização de testes apropriados para dar conta de pequenas amostras.

A população estudada apresenta grande proporção de mulheres (81,6%), fato este que atrapalha as inferências relativas às questões de gênero.

Com intuito de reduzir o efeito do trabalhador sadio (ASSENATO et al., 1996), os trabalhadores afastados por motivo de doença foram incluídos na casuística, entretanto, a taxa de recusas nesse grupo foi dez vezes maior que entre aqueles em atividade (BRAGA, 2007), o que pode ter contribuído para subestimativa da ocorrência de *burnout*.

O estudo avaliou apenas algumas variáveis sociodemográficas e não incluiu a investigação de certos eventos de vida extralaborais produtores de estresse, tais como violência, que poderiam relacionar-se ao adoecimento mental e, eventualmente, à síndrome de *burnout*.

Apesar de ter avaliado vários aspectos do trabalho, este estudo não teve como objetivo aprofundar a investigação das peculiaridades do processo de trabalho de cada categoria profissional que atua na Atenção Básica. Por outro lado, o número de sujeitos em algumas categorias foi pequeno, impossibilitando relacionar os achados relativos à síndrome de *burnout* com as diferentes profissões / ocupações / processos de trabalho nos serviços da rede básica investigados.

4.1. Descrição geral da casuística

A Tabela 1 mostra a distribuição dos trabalhadores segundo sexo, grupo etário, situação conjugal e escolaridade. A grande maioria (81,6%) são mulheres, de até 29 anos (33,4%), casadas ou com companheiro (55,5%) e com escolaridade média (50,5%).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ATRIBUTOS SOCIODEMOGRÁFICOS. BOTUCATU, 2012.

ATRIBUTOS	Nº	%
SEXO		
Feminino	244	81,6
Masculino	55	18,4
TOTAL	**299**	**100,0**
GRUPO ETÁRIO (anos)		
Menos de 20	3	1,0
20 a 29	97	32,4
30 a 39	72	24,1
40 a 49	88	29,4
50 a 59	26	8,7
60 e mais	2	0,7
Sem informação	11	3,7
TOTAL	**299**	**100,0**
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casado / companheiro	166	55,5
Solteiro	88	29,4
Separado / divorciado	39	13,0
Viúvo	5	5,0
Sem informação	1	0,3
TOTAL	**299**	**100,0**
ESCOLARIDADE		
Fundamental	3	1,0
Média	151	50,5
Superior	143	47,8
Sem informação	2	0,7
TOTAL	**299**	**100,0**

4.2. Descrição geral do trabalho

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, 88% eram trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, 8,7% estatutários, 1,7% com contrato temporário e 1,7% não informaram.

Em relação à distribuição segundo categorias profissionais, a Tabela 2 mostra que 37,1% pertenciam a categorias profissionais que requerem nível superior de escolaridade e 62,9%, nível de

escolaridade média ou fundamental. As categorias profissionais mais numerosas foram auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários e médicos.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2012.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	%
NÍVEL SUPERIOR DE ESCOLARIDADE	**111**	**37,1**
Médico	49	16,4
Outros profissionais de nível superior	38	12,7
Enfermeiro	24	8,0
DEMAIS NÍVEIS DE ESCOLARIDADE	**188**	**62,9**
Auxiliar ou técnico de enfermagem	86	28,8
Agente comunitário	60	20,1
Auxiliar administrativo	20	6,7
Auxiliar de consultório dentário	15	5,0
Auxiliar de serviços gerais	3	1,0
Outros profissionais de nível médio	3	1,0
Sem informação	1	0,3
TOTAL	**299**	**100,0**

Encontra-se na Tabela 3 a distribuição dos trabalhadores, segundo o tipo de atividade exercida e tempo no exercício da mesma. Referiram realizar atividades de assistência à saúde 66,6% e atendimento ao público, 22,7%. Alguns agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, médicos e outros profissionais de nível superior assinalaram executar atividades de atendimento ao público, ao invés do esperado, isto é, assistência à saúde.

Esse resultado sugere que, provavelmente, houve divergência entre os entrevistados na interpretação da questão. É preciso salientar que, tanto os entrevistados que assinalaram *atendimento ao público* como os que assinalaram *assistência à saúde*, exercem atividades que implicam relacionamento interpessoal. Entretanto, optou-se, nas análises, manter a distinção entre os dois grupos.

Entre os 4,3% que referiram realizar predominantemente atividades de chefia, encontrou-se um auxiliar de serviços gerais. Neste caso, questiona-se se não houve erro na resposta por parte deste

trabalhador. Verifica-se, também, que cinco indivíduos (1,7% dos respondentes) assinalou mais de uma alternativa, apesar da recomendação de marcar apenas uma. Esses trabalhadores foram agrupados em uma nova categoria denominada (mais de uma atividade).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA. BOTUCATU, 2012.

PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA	Nº	%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	**199**	**66,6**
Agente comunitário	25	8,4
Auxiliar de cirurgião dentista	10	3,3
Auxiliar de enfermagem	69	23,1
Enfermeiro	13	4,3
Médico	47	15,7
Outros profissionais de nível superior	33	11,0
Outros profissionais de nível médio	2	0,7
ATENDIMENTO AO PÚBLICO	**68**	**22,7**
Agente comunitário	30	10,0
Auxiliar de cirurgião dentista	5	1,7
Auxiliar administrativo	13	4,3
Auxiliar de enfermagem	14	4,7
Auxiliar de serviços gerais	2	0,7
Médico	1	0,3
Outros profissionais de nível superior	2	0,7
Sem informação	1	0,3
CHEFIA (DE EQUIPE OU UNIDADE)	**13**	**4,3**
Auxiliar de serviços gerais	1	0,3
Enfermeiro	8	2,7
Médico	1	0,3
Outros profissionais de nível superior	3	1,0
ADMINISTRATIVAS	**8**	**2,7**
Auxiliar administrativo	7	2,3
Auxiliar de enfermagem	1	0,3
OUTRAS ATIVIDADES	**3**	**1,0**
Agente comunitário	1	0,3
Auxiliar de enfermagem	2	0,7
MAIS DE UMA ATIVIDADE	**5**	**1,7**
Agente comunitário	2	0,7
Outros profissionais de nível médio	1	0,3
Enfermeiro	2	0,7
SEM INFORMAÇÃO	**3**	**1,0**
Agente comunitário	2	0,7
Enfermeiro	1	0,3
TOTAL	**299**	**100,0**

A Tabela 4 mostra que 51,5% dos entrevistados exercem a “atividade atual” há menos de cinco

anos e 15,7%, há menos de um ano, provavelmente em virtude de expansão relativamente recente da rede básica de saúde do município ou, mesmo, de dificuldades de fixação de alguns profissionais.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ASPECTOS DO TRABALHO. BOTUCATU, 2012.

ASPECTO DO TRABALHO	Nº	%
TEMPO DE TRABALHO		
Menos de 1 ano	47	15,7
1 a 5 anos	107	35,8
6 a 10 anos	50	16,7
11 a 15 anos	34	11,4
16 a 20 anos	37	12,4
21 a 25 anos	14	4,7
26 a 30 anos	8	2,7
Mais de 30 anos	2	0,7
TOTAL	**299**	**100,0**
HORÁRIO DE TRABALHO		
Muito rígido	18	6,0
Rígido	98	32,8
Flexível	177	59,2
Muito flexível	4	1,3
Sem informação	2	0,7
TOTAL	**299**	**100,0**
REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS		
Muitas	24	8,0
Às vezes	159	53,2
Raramente	79	26,4
Nunca	35	11,7
Sem informação	2	0,7
TOTAL	**299**	**100,0**
FRUIÇÃO DE FÉRIAS REGULAMENTARES		
Sim, sem nenhuma dificuldade	221	73,9
Sim, me adaptando às exigências do serviço	62	20,7
Não	3	1,0
Sem informação	13	4,3
TOTAL	**299**	**100,0**

Se, por um lado, a literatura científica revela que indivíduos com menos tempo na atividade apresentam maior risco de adoecimento, pois ainda não desenvolveram o saber-fazer que permite

mobilização de competências e utilização de estratégias que implicam menor custo no desempenho do trabalho, por outro, indivíduos com pouco tempo de trabalho podem ainda não ter tido tempo de apresentar as consequências de determinadas condições de trabalho.

Com relação a características da jornada de trabalho (Tabela 4), 38,8% consideram o horário de trabalho rígido ou muito rígido. A realização de horas extras foi referida pela maioria dos trabalhadores como ocasional e a maioria informou usufruir férias regularmente, sem dificuldades.

4.3. Opiniões sobre o trabalho

As Tabelas 5 e 6 apresentam as distribuições dos trabalhadores segundo algumas opiniões sobre o trabalho.

Verifica-se, na Tabela 5, que para 68,2% dos trabalhadores, o trabalho é o período mais importante do dia. Menos da metade acredita ser possível continuar trabalhando sob as condições atuais por muitos anos. Apenas 30,4% considera que suas qualidades profissionais são muito valorizadas no ambiente de trabalho. A grande maioria consegue informar a chefia sobre o andamento do trabalho e 61,2% acredita que a chefia considera úteis as informações e as leva em conta nos momentos de tomada de decisão.

Na Tabela 6, verifica-se que 36,4% são de opinião que o trabalho afeta negativamente - muito ou moderadamente - a vida pessoal. Além disso, mais da metade dos trabalhadores consideram que as tarefas domésticas são um peso a mais, que se soma ao trabalho. Dos162 indivíduos que consideram que as tarefas domésticas são – muito ou moderadamente - um peso a mais, 141 são mulheres; dois tem nível fundamental de escolaridade, 92, nível médio e 68 nível superior e/ou pós-graduação e com as seguintes ocupações: agente comunitário (39), auxiliar de consultório de dentário (5), auxiliar administrativo (10), auxiliar de enfermagem (53), enfermeiro (13), médico (22), outros profissionais de nível superior (18) e outros profissionais de nível médio (3).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO OPINIÕES SOBRE O TRABALHO. BOTUCATU, 2012.

OPINIÕES SOBRE O TRABALHO	Nº	%
CONSIDERA O TRABALHO O PERÍODO MAIS IMPORTANTE DO DIA		
Sim	204	68,2
Não	74	24,7
Não sei	20	6,7
Sem informação	1	0,3
TOTAL	**299**	**100,0**
POSSIBILIDADE DE CONTINUAR TRABALHANDO POR MUITOS ANOS		
Sim	135	45,2
Não	90	30,1
Não sei	74	24,7
TOTAL	**299**	**100,0**
VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS		
Muito	91	30,4
Regular	142	47,5
Pouco	51	17,1
Quase nada	15	5,0
TOTAL	**299**	**100,0**
POSSIBILIDADE DE INFORMAR CHEFIA SOBRE ANDAMENTO DO TRABALHO		
Sim	273	91,3
Leva sempre em conta e considera úteis as opiniões	183	61,2
Leva em conta somente quando considera oportuno	85	28,4
Não leva em conta	4	1,3
Sem informação	1	0,3
Não	26	8,7
TOTAL	**299**	**100,0**

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO OPINIÕES SOBRE O TRABALHO E VIDA PESSOAL. BOTUCATU, 2012.

OPINIÕES SOBRE O TRABALHO E VIDA PESSOAL	Nº	%
INTENSIDADE COM QUE O TRABALHO AFETA NEGATIVAMENTE A VIDA PESSOAL		
Muito	33	11,0
Moderadamente	76	25,4
Pouco	87	29,1
Quase nada	102	34,1
Sem informação	1	0,3
TOTAL	**299**	**100,0**
AS TAREFAS DOMÉSTICAS SÃO UM PESO A MAIS QUE SE SOMA AO SEU TRABALHO?		
Muito	79	26,4
Moderadamente	84	28,1
Pouco	79	26,4
Quase nada	57	19,1
TOTAL	**299**	**100,0**

4.4. Situação demanda controle suporte (Modelo de Karasek)

A distribuição dos 299 trabalhadores, segundo a situação demanda-controle, encontra-se na Figura 3. Verifica-se que a maioria (219 indivíduos) está submetida a altas demandas psicológicas no trabalho, situação que implica maior risco de adoecimento e, segundo a literatura científica, tem-se associado à maior ocorrência de transtornos mentais (ARAÚJO et al., 2003; FISCHER et al., 2005; KARASEK, 2005; REIS, 2005; SOBRINHO et al., 2006; REIS et al., 2006).

Na parte do estudo referente à frequência de transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de Botucatu (dissertação de mestrado) evidenciou-se que as demandas psicológicas no trabalho discriminaram melhor a ocorrência desses transtornos do que o grau de controle sobre o trabalho (BRAGA, 2007).

CONTROLE		
	BAIXO DESGASTE 75 indivíduos	**TRABALHO ATIVO** 182 indivíduos
	TRABALHO PASSIVO 5 indivíduos	**ALTO DESGASTE** 37 indivíduos

DEMANDAS PSICOLÓGICAS

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO MODELO DEMANDA-CONTROLE (KARASEK). BOTUCATU, 2012.

Com relação ao suporte social no trabalho, 90,6 % dos trabalhadores obtiveram pontuações que os classificaram na situação de alto suporte. Segundo alguns autores, a ausência de suporte social no trabalho predispõe ao *burnout* (BRASIL, 2001a; BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; TRIGO, 2010).

4.5. Síndrome de *burnout*

O instrumento desenvolvido por Maslach & Jackson (1981) para medir o grau de esgotamento

profissional avalia as três dimensões da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e decepção) e, segundo o escore obtido, classifica-se cada dimensão em níveis “alto, “médio” ou “baixo”.

Segundo as autoras, para que um indivíduo seja classificado como “caso” de *burnout* é necessário que tenha obtido escores que o enquadrem nos mesmos níveis nas três dimensões. Assim, por exemplo, serão considerados casos de *burnout* em nível baixo apenas os indivíduos classificados nesse nível nas três dimensões.

Neste estudo, segundo esse critério, dos 299 trabalhadores que responderam todas as questões do MBI, a prevalência de *burnout* foi de 23,7% (71 indivíduos). Destes, 51 indivíduos (71,8%) enquadraram-se em níveis baixos, 6 (8,5%), em níveis moderados e 14 (19,7%), em níveis altos.

Grunfeld et al. (2000) estabelecem outro critério para definição de caso de *burnout*. Segundo os autores, o *burnout* está caracterizado quando o indivíduo obtiver níveis altos em pelo menos uma das três dimensões da síndrome. Por este critério, a prevalência de *burnout* foi de 52,2%, mais que o dobro da prevalência segundo o critério de Maslach & Jackson (1981).

Os resultados deste estudo são, de fato, preocupantes, face às repercussões altamente negativas da síndrome de *burnout* para os indivíduos acometidos, para a organização e para a sociedade, conforme descrito na introdução. Além disso, a síndrome de *burnout* é considerada um evento sentinela, de modo que a ocorrência de um único caso deveria disparar avaliação do trabalho, especialmente de sua organização, para subsidiar a intervenção, isto é, a escolha e a implantação de medidas de prevenção (BRASIL, 2001a).

Dois estudos sobre *burnout* que, da mesma forma que nesta investigação, utilizaram os critérios estabelecidos por Maslach & Jackson (1981) revelaram:

(a) agentes comunitários de um bairro da cidade de São Paulo, segundo Silva (2008) apresentando prevalência de *burnout* de 24,1%, portanto, semelhante à observada neste estudo para o conjunto da casuística (23,1%) e, também, para os agentes comunitários (26,7%), conforme mostra a Tabela 8.

(b) prevalência da síndrome de 7,4%, entre médicos intensivistas, observada por Sobrinho (2010), cifra que corresponde a cerca de um terço da observada neste estudo.

Considerando-se apenas a prevalência de casos de *burnout* em níveis moderados e altos deste estudo, que foi de 6,7%, constata-se que foi inferior à observada por Giglio et al. (2006) em médicos cancerologistas no Brasil (15,7%).

Muitos outros autores (BORGES et al., 2002; TRIGO et al., 2007; LIMA et al., 2007; JODAS & HADDAD, 2009; TELLES & PIMENTA, 2009; SANTOS & CARDOSO, 2010; LORENZ et al., 2010; TRINDADE & LAUTERT, 2010 e FRANCO et al., 2011) avaliaram a ocorrência de *burnout* em profissionais de saúde e mesmo em outras categorias, porém, utilizando instrumentos distintos, ou outra definição de caso que não a de Maslach & Jackson (1981), ou outros pontos de corte para classificação dos níveis alto, moderado e baixo de cada uma das dimensões da síndrome, dificultando a comparação com os resultados deste estudo.

Na Tabela 7, a ocorrência de *burnout* revela distribuição semelhante segundo os atributos sexo e estado civil.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT* E CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS. BOTUCATU, 2012.

ATRIBUTO INDIVIDUAL	*Burnout* CASO		*Burnout* NÃO CASO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SEXO*						
Feminino	57	23,4	187	76,6	244	100,0
Masculino	14	25,5	41	74,5	55	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**228**	**76,3**	**299**	**100,0**
ESTADO CIVIL**						
Casado ou com companheiro	41	24,7	125	75,3	166	100,0
Solteiro	18	20,5	70	79,5	88	100,0
Viúvo ou separado ou divorciado	12	27,3	32	72,7	44	100,0
Sem informação	-	-	1	100,0	1	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**228**	**76,3**	**299**	**100,0**

*p = 0,74 **p = 0,63

A Tabela 8 apresenta a distribuição de *burnout* segundo categoria profissional. Contudo, o número pequeno de indivíduos em algumas categorias prejudica a interpretação dos resultados.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT* E CATEGORIA PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2012.

CATEGORIA PROFISSIONAL*	*Burnout*				TOTAL	
	Caso		Não caso			
	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de serviços gerais	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Auxiliar administrativo	1	5,0	19	95,0	20	100,0
Agente comunitário	16	26,7	44	73,3	60	100,0
Auxiliar/técnico de enfermagem	23	26,7	63	73,3	86	100,0
Auxiliar de consultório dentário	2	13,3	13	86,7	15	100,0
Outros profissionais de nível médio	-	-	3	100,0	3	100,0
Enfermeiro	5	20,8	19	79,2	24	100,0
Médico	13	26,5	36	73,5	49	100,0
Outros profissionais de nível superior	10	26,3	28	73,7	38	100,0
Sem informação	-	-	1	100,0	100	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**227**	**76,3**	**298**	**100,0**

* p = 0,43

A distribuição dos trabalhadores segundo principal atividade exercida e tempo na atividade em anos encontra-se na Tabela 9, verificando-se que a maioria referiu atendimento ao público e assistência à saúde como principais atividades, sendo que a maior porcentagem de casos de *burnout* ocorreu em trabalhadores cuja principal atividade era assistência à saúde. Contudo, o número pequeno de indivíduos em algumas categorias prejudica a análise.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos casos de *burnout* segundo algumas opiniões sobre o trabalho.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT*, PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA E TEMPO NA ATIVIDADE. BOTUCATU, 2012.

ATIVIDADE EXERCIDA*	*Burnout*				TOTAL	
	Caso		Não caso			
	N	%	N	%	N	%
PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA *						
Chefia	3	23,1	10	76,9	13	100,0
Administrativas	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Atendimento ao público	14	20,6	54	79,4	68	100,0
Assistência à saúde	52	26,1	147	73,9	199	100,0
Outras	-	-	3	100,0	3	100,0
Mais de uma	-	-	5	100,0	5	100,0
Sem informação	1	33,3	2	66,7	3	100,0
TOTAL	**70**	**23,7**	**221**	**76,3**	**299**	**100,0**
DURAÇÃO / TEMPO NA ATIVIDADE						
Menos de 6 anos	36	23,4	118	76,6	154	100,0
De 6 a 20 anos	29	24,0	92	76,0	121	100,0
Mais de 20 anos	6	25,0	18	75,0	24	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**228**	**76,3**	**299**	**100,0**

* p=0,69, qui-quadrado foi calculado, excluindo-se categorias com zero indivíduo

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT* E OPINIÕES SOBRE O TRABALHO. BOTUCATU, 2012.

OPINIÕES SOBRE O TRABALHO	*Burnout*				TOTAL	
	Caso		Não caso			
	N	%	N	%	N	%
CONSIDERA O TRABALHO O PERÍODO MAIS IMPORTANTE DO DIA?						p = 0,89
Sim	47	23,0	157	77,0	204	100,0
Não	19	25,7	55	74,3	74	100,0
Não sei	5	25,0	15	75,0	20	100,0
TOTAL	**71**	**23,8**	**227***	**76,2**	**298**	**100,0**
MANTIDAS AS CONDIÇÕES DE TRABALHO ATUAIS, VOCÊ ACHA QUE PODERIA CONTINUAR TRABALHANDO SEM MUITAS DIFICULDADES POR MUITOS ANOS? [2]						p=0,05
Sim	40	29,6	95	70,4	135	100,0
Não	20	22,2	70	77,8	90	100,0
Não sei	11	14,9	63	85,1	74	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**228**	**76,3**	**299**	**100,0**
EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO, SUAS QUALIDADES PROFISSIONAIS SÃO UTILIZADAS OU VALORIZADAS?						p = 0,06
Muito	23	25,3	68	74,7	91	100,0
Regular	34	23,9	108	76,1	142	100,0
Pouco	7	13,7	44	86,3	51	100,0
Quase nada	7	46,7	8	53,3	15	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**228**	**76,3**	**299**	**100,0**
AS TAREFAS DOMÉSTICAS SÃO UM PESO A MAIS QUE SE SOMA AO SEU TRABALHO?						p = 0,22
Muito	15	19,0	64	81,0	79	100,0
Moderadamente	16	19,0	68	81,0	84	100,0
Pouco	23	29,1	56	70,9	79	100,0
Quase nada	17	29,8	40	70,2	57	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**228**	**76,3**	**299**	**100,0**

* Sem informação: 1 sujeito

A Figura 4 e a Tabela 11 apresentam a distribuição dos casos de *burnout* segundo a situação demanda-controle do modelo de Karasek e a opção de apresentar tais resultados sob estas duas formas visou facilitar a discussão.

GRAU DE CONTROLE		
	BAIXO DESGASTE 75 indivíduos *Burnout* = 25 indivíduos Alto = zero Moderado = zero Baixo = 25 indivíduos Transtornos mentais comuns = 16%	**TRABALHO ATIVO** 182 indivíduos *Burnout* = 34 indivíduos Alto = 6 indivíduos Moderado = 6 indivíduos Baixo = 22 indivíduos Transtornos mentais comuns = 45,8%
	TRABALHO PASSIVO 5 indivíduos *Burnout* = 2 indivíduos Alto = 1 indivíduo Moderado = zero Baixo = 1 indivíduo Transtornos mentais comuns = 60%	**ALTO DESGASTE** 37 indivíduos *Burnout* = 10 indivíduos Alto = 7 indivíduos Moderado = zero Baixo = 3 indivíduos Transtornos mentais comuns = 62,2%

DEMANDAS PSICOLÓGICAS

FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO MODELO DEMANDA-CONTROLE (KARASEK), OCORRÊNCIA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E DE *BURNOUT* SEGUNDO CRITÉRIO DE MASLACH & JACKSON. BOTUCATU, 2012.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE SÍNDROME DE *BURNOUT* E SITUAÇÃO DEMANDA CONTROLE. BOTUCATU, 2012.

SITUAÇÃO SEGUNDO MODELO DEMANDA CONTROLE	*Burnout*				TOTAL	
	Caso		Não caso			
	N	%	N	%	N	%
Trabalho passivo	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Baixo desgaste	25	33,3	50	66,7	75	100,0
Subtotal (baixas demandas psicológicas) p = 0,552 (Exato de Fisher)	27	33,7	53	66,3	80	100,0
Trabalho ativo	34	18,7	148	81,3	182	100,0
Alto desgaste	10	27,0	27	73,0	37	100,0
Subtotal (altas demandas psicológicas) X^2 = 1,334; p = 0,124	44	20,1	175	79,9	219	100,0
TOTAL	**71**	**23,7**	**227**	**76,3**	**299**	**100,0**

* p = 0,06

Os resultados do cruzamento entre casos e não casos de *burnout* e situação de trabalho segundo o modelo de Karasek, apresentados na Tabela 11 não foram estatisticamente significantes, tanto considerando-se apenas os subtotais, como as quatro situações de trabalho do modelo, excluídos os subtotais. Apesar disso, alguns aspectos são comentados a seguir.

Retomando a distribuição da casuística deste estudo em relação à situação de trabalho de acordo com o Modelo de Karasek, do total de 299 indivíduos, 70,2% (219 trabalhadores) enquadram-se em situação de elevadas demandas psicológicas e 29,8% (80 trabalhadores), em situação de baixas demandas psicológicas.

Conforme pode-se conferir na Tabela 11, do total de 71 casos de *burnout* (níveis baixo, moderado e alto), 44 ocorreram em situações de trabalho caracterizadas por elevadas demandas psicológicas (trabalho ativo e alto desgaste) e 27, em situações caracterizadas por baixas demandas psicológicas. Ainda na Tabela 11, quando se analisa a prevalência de *burnout* em cada uma das quatro situações do modelo demanda-controle, nota-se que as maiores frequências estão nos quadrantes de baixo desgaste e trabalho passivo. Entretanto, é preciso atentar para o número exíguo de trabalhadores na situação de trabalho passivo (apenas cinco indivíduos).

Por outro lado, recorrendo à observação atenta de Figura 4, constata-se que os 25 casos de *burnout* na situação de baixo desgaste foram classificados em baixos níveis da síndrome segundo o critério de Maslach & Jackson (1981). Esta figura mostra ainda que, dos 20 casos de síndrome de *burnout* classificados nos níveis moderado e alto, 19 enquadraram-se em situações de trabalho caracterizadas por elevadas demandas psicológicas segundo o modelo de Karasek.

Novamente segundo a Figura 4, no tocante aos transtornos mentais comuns (TMC), amplamente explorado na dissertação de mestrado da autora, os casos concentraram-se nas situações de trabalho caracterizadas por elevadas demandas psicológicas no trabalho, isto é, trabalho ativo e alto desgaste, de acordo com numerosos estudos semelhantes (ARAÚJO et al., 2003; FISCHER et al., 2005; KARASEK, 2005; REIS, 2005; SOBRINHO et al., 2006; REIS et al., 2006).

Considerando que o critério para definição de caso de *burnout,* adotado por Maslach & Jackson (1981), exclui indivíduos com classificações diferentes em uma ou mais dimensões, neste estudo, optou-se por analisar separadamente cada uma das dimensões da síndrome.

Na Tabela 12, encontra-se a distribuição dos trabalhadores segundo as dimensões exaustão emocional, despersonalização e decepção, que constituem a tríade da síndrome de *burnout*.

Nota-se, nesta tabela, que 66,6% dos trabalhadores apresentam exaustão emocional em altos ou moderados níveis. Os achados foram semelhantes aos de Silva (2008), que investigou o *burnout* entre agentes comunitários de saúde da cidade de São Paulo e encontrou 70,9% de trabalhadores com exaustão emocional alta ou moderada.

No tocante à despersonalização, o estudo reproduziu os achados de literatura, que mostram que, no Brasil, a maioria dos trabalhadores concentra-se nos níveis baixos dessa dimensão e a hipótese que tem sido aventada relaciona-se a aspectos culturais, com destaque para o fato do endurecimento emocional ser encarado de forma bastante negativa pelos trabalhadores brasileiros, o que poderia interferir nas respostas às questões que avaliam este aspecto. (CARLOTTO & CÂMARA, 2004).

Quando se trata da decepção, nessa dimensão, a maioria (54,8%) apresentou baixos níveis. Na dissertação de mestrado da autora, estudo efetuado com a mesma casuística, investigando-se o grau de satisfação no trabalho, observou-se que a maioria dos trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu obteve pontuações que os classificou como satisfeito ou muito satisfeito com o trabalho. Esta constatação aponta para a necessidade de se aprofundar a análise das informações obtidas nesta pesquisa para verificar a existência ou não de relação entre a dimensão decepção (realização profissional reduzida) da síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho, o que ainda não foi efetuado.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO DIMENSÕES DA SÍNDROME DE *BURNOUT*. BOTUCATU, 2012.

DIMENSÃO DO *BURNOUT*	Nº	%
EXAUSTÃO EMOCIONAL		
Alta	116	38,8
Moderada	83	27,8
Baixa	100	33,4
DESPERSONALIZAÇÃO		
Alta	37	12,4
Moderada	64	21,4
Baixa	198	66,2
DECEPÇÃO (REALIZAÇÃO PROFISSIONAL REDUZIDA)		
Alta	61	20,4
Moderada	74	24,7
Baixa	164	54,8

A Tabela 13 apresenta a análise univariada para o **desfecho exaustão emocional alta ou moderada**.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ANÁLISE UNIVARIADA PARA A DIMENSÃO EXAUSTÃO EMOCIONAL DA SÍNDROME DE *BURNOUT*. BOTUCATU, 2012.

VARIÁVEL		EXAUSTÃO				p
		BAIXA		ALTA OU MODERADA		
		N	%	N	%	
SEXO	feminino	75	30,7	169	69,3	0,04
	masculino	25	45,5	30	54,5	
FAIXA ETÁRIA	< 40 anos	52	30,2	120	69,8	0,17
	>=40 anos	44	37,9	72	62,1	
ESTADO CIVIL	solteiro	24	27,3	64	72,7	0,30
	casado ou com companheiro	59	35,5	107	64,5	
	separado, divorciado ou viúvo	17	38,6	27	61,4	
ESCOLARIDADE	nível superior	43	30,1	100	69,9	0,30
	demais níveis	55	35,7	99	64,3	
CATEGORIA PROFISSIONAL	nível médio	63	33,7	124	66,3	0,95
	nível superior	37	33,3	74	66,7	
PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA	sem atendimento (público/pacientes)	6	20,7	23	79,3	0,13
	com atendimento (público/pacientes)	92	34,5	175	65,5	
HORÁRIO DE TRABALHO	flexível	75	41,4	106	58,6	< 0,001
	rígido	24	20,7	92	79,3	
REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS	raramente ou nunca	46	40,4	68	59,6	0,04
	às vezes ou muitas	53	29,0	130	71,0	
FRUIÇÃO DE FÉRIAS	sim	83	37,6	138	62,4	0,002
	não	11	16,9	54	83,1	
CONSIDERA O TRABALHO O PERÍODO MAIS IMPORTANTE DO DIA?	sim	74	36,3	130	63,7	0,14
	não	23	31,1	51	68,9	
	não sabe	3	15,0	17	85,0	
MANTIDAS AS CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO, CONTINUARIA TRABALHANDO POR MUITOS ANOS?	sim	69	51,1	66	48,9	<0,001
	não	16	17,8	74	82,2	
	não sabe	15	20,3	59	79,7	
VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO	muito	40	44,0	51	56,0	0,004
	regular	48	33,8	94	66,2	
	pouco	7	13,7	44	86,3	
	quase nada	5	33,3	10	66,7	
COMO A CHEFIA USA AS INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO TRABALHO?	leva em conta e considera úteis	74	40,2	110	59,8	0,003
	leva em conta somente quando considera oportuno	18	20,2	71	79,8	
	não leva em conta	1	14,3	6	85,7	
INFLUÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO SOBRE A VIDA PESSOAL	não	84	44,4	105	55,6	<0,001
	sim	16	14,7	93	85,3	
AS TAREFAS DOMÉSTICAS SÃO UM PESO A MAIS QUE SE SOMA AO TRABALHO?	muito	15	19,0	64	81,0	0,001
	moderadamente	25	29,8	59	70,2	
	pouco	32	40,5	47	59,5	
	quase nada	28	49,1	29	50,9	
DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO TRABALHO	altas	49	22,4	170	77,6	<0,001
	baixas	51	63,7	29	36,3	
CONTROLE SOBRE O TRABALHO	alto	88	34,2	169	65,8	0,47
	baixo	12	28,6	30	71,4	
SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO	alto	94	34,7	177	65,3	0,16
	baixo	6	21,4	22	78,6	
SITUAÇÃO DEMANDA CONTROLE	trabalho passivo	3	60,0	2	40,0	<0,001
	baixo desgaste	48	64,0	27	36,0	
	trabalho ativo	40	22,0	142	78,0	
	alto desgaste	9	24,3	28	75,7	

Para a análise multivariada do desfecho exaustão emocional alta ou moderada, foram selecionadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, principal atividade exercida, horário de trabalho, horas extras, fruição de férias, considerar o trabalho o período mais importante do dia, continuar trabalhando por muitos anos mantidas as condições de trabalho atuais, valorização das qualidades profissionais no ambiente de trabalho, como a chefia usa as informações sobre o andamento do trabalho, influência negativa do trabalho sobre a vida pessoal, considerar as tarefas domésticas um peso a mais que se soma ao trabalho, demandas psicológicas, suporte social no trabalho, situação demanda controle.

TABELA 14 – ODDS RATIO BRUTAS E AJUSTADAS, INTERVALOS DE CONFIANÇA PARA VARIÁVEIS QUE PERMANECERAM NO MODELO FINAL DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA O DESFECHO EXAUSTÃO EMOCIONAL ALTA OU MODERADA. BOTUCATU, 2012.

VARIÁVEL	ODDS RATIO BRUTA	IC 95%	ODDS RATIO AJUSTADA*	IC 95%	p
MANTIDAS AS CONDIÇÕES DE TRABALHO ATUAIS, CONTINUARIA TRABALHANDO POR MUITOS ANOS?					
sim	1		-		
não	4,83	2,56 – 9,14	2,58	1,24 – 5,38	0,01
não sabe	4,11	2,13 – 7,95	3,26	1,53 – 6,95	0,002
INFLUÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO SOBRE A VIDA PESSOAL					
não	1		-		
sim	4,65	2,54 – 8,50	3,44	1,69 – 7,02	0,001
DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO TRABALHO					
baixas	1		-		
altas	6,10	3,50 – 10,63	4,08	2,15 – 7,77	< 0,001

* ajustada para sexo, idade e demais variáveis do modelo

Permaneceram no modelo final (Tabela 14), para o desfecho exaustão emocional, as seguintes variáveis: sexo (no ajuste do modelo), faixa etária (no ajuste do modelo), considerar que poderá continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos se mantidas as condições de trabalho atuais, influência negativa do trabalho sobre a vida pessoal, demandas psicológicas. Com exceção de idade e faixa etária, as variáveis que permaneceram no modelo estão relacionadas às percepções dos entrevistados sobre seu trabalho.

Conforme pode-se conferir na Tabela 14, os trabalhadores que referiram acreditar que não conseguiriam continuar trabalhando nas mesmas condições por muitos anos apresentam 2,58 vezes mais exaustão emocional alta ou moderada. E, aqueles que sequer sabiam se conseguiriam continuar trabalhando, apresentaram 3,26 vezes mais o mesmo desfecho.

De acordo com os dados da Tabela 14, considerar que o trabalho afeta negativamente a vida pessoal associou-se a 3,44 vezes mais chances de ocorrência de exaustão emocional alta ou moderada. Esse achado merece destaque, porque, para Maslach & Leiter (1999), a sabedoria popular e os trabalhadores tendem, erroneamente, a considerar que a origem do desgaste emocional assenta-se em características individuais e não em aspectos do trabalho.

Os resultados apresentados na Tabela 14 revelam que os trabalhadores submetidos a situações de altas demandas psicológicas no trabalho, de acordo com o modelo de Karasek, tem 4,08 vezes mais chance de apresentar exaustão alta ou moderada que os classificados em baixas demandas. Mais uma vez, esta relação está de acordo com a importância atribuída ao trabalho no desenvolvimento do *burnout* e, portanto, para a necessidade de priorizar as intervenções no trabalho para prevenir o desenvolvimento desta síndrome. Além disso, os resultados deste estudo somam-se aos de vários outros que revelam a relação entre altas demandas psicológicas no trabalho e ocorrência de transtornos mentais (ARAÚJO et al., 2003; FISCHER et al., 2005; KARASEK, 2005; REIS, 2005; SOBRINHO et al., 2006; REIS et al., 2006; BRAGA, 2007).

A ocorrência de *burnout* segundo alguns autores (BRASIL, 2001a; BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; TRIGO, 2010) relaciona-se, entre outros, à sobrecarga de trabalho, à existência de clientes que implicam atividades de maior exigência emocional, a conflitos no desempenho da atividade, aspectos estes que podem estar relacionados com situações de maiores demandas psicológicas no trabalho e que permeiam os processos de trabalho na Atenção Básica.

A Tabela 15 apresenta a análise univariada para o **desfecho despersonalização alta ou moderada**.

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ANÁLISE UNIVARIADA PARA A DIMENSÃO DESPERSONALIZAÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*. BOTUCATU, 2012.

VARIÁVEL		DESPERSONALIZAÇÃO				p
		BAIXA		ALTA OU MODERADA		
		N	%	N	%	
SEXO	feminino	161	66,0	83	34,0	0,85
	masculino	37	67,3	18	32,7	
FAIXA ETÁRIA	< 40 anos	110	64,0	62	36,0	0,38
	>=40 anos	80	69,0	36	31,0	
ESTADO CIVIL	solteiro	56	63,6	32	36,4	0,32
	casado ou com companheiro	116	69,9	50	30,1	
	separado, divorciado ou viúvo	26	59,1	18	40,9	
ESCOLARIDADE	nível superior	95	66,4	48	33,6	0,88
	demais níveis	101	65,6	53	34,4	
CATEGORIA PROFISSIONAL	nível médio	119	63,6	68	36,4	0,18
	nível superior	79	71,2	32	28,8	
PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA	sem atendimento (público/paciente)	18	62,1	11	37,9	0,62
	com atendimento (público/paciente)	178	66,7	89	33,3	
HORÁRIO DE TRABALHO	flexível	126	69,6	55	30,4	0,18
	rígido	72	62,1	44	37,9	
REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS	raramente ou nunca	77	67,5	37	32,5	0,66
	às vezes ou muitas	119	65,0	64	35,0	
FRUIÇÃO DE FÉRIAS	sim	153	69,2	68	30,8	0,02
	não	35	53,9	30	46,1	
CONSIDERA O TRABALHO O PERÍODO MAIS IMPORTANTE DO DIA?	sim	137	67,2	67	32,8	0,79
	não	48	64,9	26	35,1	
	não sabe	12	60,0	8	40,0	
MANTIDAS AS CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO, CONTINUARIA TRABALHANDO POR MUITOS ANOS?	sim	100	74,1	35	25,9	0,003
	não	47	52,2	43	47,8	
	não sabe	51	68,9	23	31,1	
VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO	muito	63	69,2	28	30,8	0,001
	regular	105	73,9	37	26,1	
	pouco	24	47,1	27	52,9	
	quase nada	6	40,0	9	60,0	
COMO A CHEFIA USA AS INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO TRABALHO?	leva em conta e considera úteis	137	74,5	47	25,5	0,001
	leva em conta somente quando considera oportuno	49	55,1	40	44,9	
	não leva em conta	2	28,6	5	71,4	
INFLUÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO SOBRE A VIDA PESSOAL	não	136	72,0	53	28,0	0,005
	sim	61	56,0	48	44,0	
AS TAREFAS DOMÉSTICAS SÃO UM PESO A MAIS QUE SE SOMA AO TRABALHO?	muito	52	65,8	27	34,2	0,27
	moderadamente	49	58,3	35	41,7	
	pouco	56	70,9	23	29,1	
	quase nada	41	71,9	16	28,1	
DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO TRABALHO	altas	131	59,8	88	40,2	< 0,001
	baixas	67	83,8	13	16,2	
CONTROLE SOBRE O TRABALHO	alto	179	69,7	78	30,3	0,002
	baixo	19	45,2	23	54,8	
SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO	alto	189	69,7	82	30,3	< 0,001
	baixo	9	32,1	19	67,9	
SITUAÇÃO DEMANDA CONTROLE	trabalho passivo	3	60,0	2	40,0	< 0,001
	baixo desgaste	64	85,3	11	14,7	
	trabalho ativo	115	63,2	67	36,8	
	alto desgaste	16	43,2	21	56,8	

Para a análise multivariada do desfecho despersonalização alta ou moderada, foram selecionadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, categoria profissional, horário de trabalho, fruição de férias, considerar que poderá continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos se mantidas as condições de trabalho atuais, valorização das qualidades profissionais no ambiente de trabalho, como a chefia usa as informações sobre o andamento do trabalho, influência negativa do trabalho sobre a vida pessoal, demandas psicológicas no trabalho, controle sobre o trabalho, suporte social no trabalho, situação demanda controle.

Permaneceram no modelo final (Tabela 16), as seguintes variáveis: sexo (no ajuste do modelo), faixa etária (no ajuste do modelo), como a chefia usa as informações sobre o andamento do trabalho, suporte social no trabalho e demandas psicológicas no trabalho.

TABELA 16 – ODDS RATIO BRUTAS E AJUSTADAS, INTERVALOS DE CONFIANÇA PARA VARIÁVEIS QUE PERMANECERAM NO MODELO FINAL DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA O DESFECHO DESPERSONALIZAÇÃO ALTA OU MODERADA. BOTUCATU, 2012.

VARIÁVEL	ODDS RATIO BRUTA	IC 95%	ODDS RATIO AJUSTADA*	IC 95%	p
COMO A CHEFIA USA AS INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO TRABALHO?					
leva sempre em conta e considera úteis as opiniões	1		-		
leva em conta somente quando considera oportuno	2,4	1,40 – 4,06	1,9	1,07 – 3,40	0,03
não leva em conta	7,3	1,37 – 38,83	2,9	0,47 – 17,80 **	0,26
SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO					
alto	1		-		
baixo	3,5	2,11 – 11,21	4,9	1,26 – 9,80	0,02
DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO TRABALHO					
baixas	1		-		
altas	2,2	1,80 – 6,65	3,5	1,07 – 4,30	0,03

*ajustada para sexo, idade e demais variáveis do modelo

** limitações: n pequeno e IC 95% amplo

Entre os servidores que consideram que a chefia leva em conta as informações sobre o andamento do trabalho apenas quando julga oportuno, o resultado revela que as pontuações de despersonalização alta ou moderada foi 1,9 maior, como revela a Tabela 16. Nos casos em que a

chefia não leva em conta nunca, o resultado não foi significativo, cabendo assinalar o pequeno número de sujeitos nessa categoria. Na mesma tabela, verifica-se que trabalhadores com baixo suporte social no trabalho apresentaram quase cinco vezes mais chance para despersonalização alta ou moderada, o que vai ao encontro de outros estudos que evidenciam que a presença de suporte social no trabalho pode ser considerado fator de proteção para *burnout* (BRASIL, 2001a; BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; TRIGO, 2010).

Os resultados da Tabela 16 revelam que os indivíduos apresentado altas demandas psicológicas no trabalho apresentam 3,5 vezes mais o desfecho despersonalização alta ou moderada do que os com baixas demandas psicológicas

Este estudo revelou, portanto, existência de associação entre os desfechos das dimensões da síndrome de *burnout* exaustão emocional e despersonalização, altas ou moderadas, com demandas psicológicas do trabalho avaliadas pelo modelo demanda-controle-suporte. Estes resultados indicam a importância de priorizar intervenções sobre o trabalho, particularmente sobre sua organização, como forma de reduzir o adoecimento dos trabalhadores, ao invés de atuar sobre características individuais, como bem assinalaram Karasek & Theorell (1990) há mais de duas décadas.

A Tabela 17 apresenta a análise univariada para o **desfecho decepção alta e moderada**.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, SEGUNDO ANÁLISE UNIVARIADA PARA A DIMENSÃO DECEPÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*. BOTUCATU, 2012.

VARIÁVEL		DECEPÇÃO				p
		BAIXA		ALTA OU MODERADA		
		N	%	N	%	
SEXO	feminino	134	54,9	110	45,1	0,96
	masculino	30	54,6	25	45,4	
FAIXA ETÁRIA	< 40 anos	92	53,5	80	46,5	0,67
	>=40 anos	65	56,0	51	44,0	
ESTADO CIVIL	solteiro	41	46,6	47	53,4	0,16
	casado ou com companheiro	98	59,0	68	41,0	
	separado, divorciado ou viúvo	25	56,8	19	43,2	
ESCOLARIDADE*	ensino fundamental	1	33,3	2	66,7	0,11
	ensino médio	42	50,6	41	49,4	
	curso técnico	43	63,2	25	36,8	
	ensino superior	43	47,3	48	52,7	
	pós-graduação	34	65,4	18	34,6	
CATEGORIA PROFISSIONAL	nível médio	100	53,5	87	46,5	0,43
	nível superior	64	57,7	47	42,3	
PRINCIPAL ATIVIDADE EXERCIDA	sem atendimento (público/paciente)	14	48,3	15	51,7	0,46
	com atendimento (público/paciente)	148	55,4	119	44,6	
HORÁRIO DE TRABALHO	flexível	104	57,5	77	42,5	0,26
	rígido	59	50,9	57	49,1	
REALIZAÇÃO DE HORAS EXTRAS	raramente ou nunca	57	50,0	57	50,0	0,18
	às vezes ou muitas	106	57,9	77	42,1	
FRUIÇÃO DE FÉRIAS	sim	127	57,5	94	42,5	0,04
	não	28	43,1	37	56,9	
CONSIDERA O TRABALHO O PERÍODO MAIS IMPORTANTE DO DIA?	sim	117	57,4	87	42,6	0,30
	não	39	52,7	35	47,3	
	não sabe	8	40,0	12	60,0	
MANTIDAS AS CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO, CONTINUARIA TRABALHANDO POR MUITOS ANOS?	sim	82	60,7	53	39,3	0,08
	não	41	45,6	49	54,4	
	não sabe	41	55,4	3	44,6	
VALORIZAÇÃO DAS QUALIDADES PROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE TRABALHO	muito	59	64,8	32	35,2	0,05
	regular	77	54,2	65	45,8	
	pouco	22	43,1	29	56,9	
	quase nada	6	40,0	9	60,0	
COMO A CHEFIA USA AS INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO TRABALHO?	leva em conta e considera úteis	107	58,2	77	41,8	0,07
	leva em conta somente quando considera oportuno	48	53,9	41	46,1	
	não leva em conta	1	14,3	6	85,7	
INFLUÊNCIA NEGATIVA DO TRABALHO SOBRE A VIDA PESSOAL	não	114	60,3	75	39,7	0,02
	sim	50	45,9	59	54,1	
AS TAREFAS DOMÉSTICAS SÃO UM PESO A MAIS QUE SE SOMA AO TRABALHO?	muito	44	55,7	35	44,3	0,75
	moderadamente	42	50,0	42	50,0	
	pouco	46	58,2	33	41,8	
	quase nada	32	56,1	25	43,9	
DEMANDAS PSICOLÓGICAS NO TRABALHO	altas	45	56,3	35	43,7	0,77
	baixas	119	54,3	100	45,7	
CONTROLE SOBRE O TRABALHO	alto	147	57,2	110	42,8	0,04
	baixo	17	40,5	25	59,5	
SUPORTE SOCIAL NO TRABALHO	alto	152	56,1	119	43,9	0,18
	baixo	12	42,9	16	57,1	
SITUAÇÃO DEMANDA CONTROLE	trabalho passivo	2	40,0	3	60,0	0,25
	baixo desgaste	43	57,3	32	42,7	
	trabalho ativo	104	57,1	78	42,9	
	alto desgaste	15	40,5	22	59,5	

* Não foi utilizada a variável agrupada

Para a análise multivariada do desfecho decepção alta ou moderada, foram selecionadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade (não agrupada), tempo no exercício da atividade, realização de horas-extras, fruição de férias, considerar que poderá continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos se mantidas as condições de trabalho atuais, valorização das qualidades profissionais no ambiente de trabalho, como a chefia usa as informações sobre o andamento do trabalho, influência negativa do trabalho sobre a vida pessoal, controle sobre o trabalho, suporte social no trabalho.

TABELA 18 – ODDS RATIO BRUTAS E AJUSTADAS, INTERVALOS DE CONFIANÇA PARA VARIÁVEIS QUE PERMANCERAM NO MODELO FINAL DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA O DESFECHO DECEPÇÃO ALTA OU MODERADA. BOTUCATU, 2011.

VARIÁVEL	ODDS RATIO BRUTA	IC 95%	ODDS RATIO AJUSTADA*	IC 95%	p
FRUIÇÃO DE FÉRIAS					
sim	1		-		
não	1,78	1,02 – 3,12	1,91	1,07 – 3,39	0,03

* ajustada para sexo, idade e demais variáveis do modelo

Permaneceram no modelo final (Tabela 18), sexo (no ajuste do modelo), faixa etária (no ajuste do modelo) e fruição de férias. Embora, a grande maioria (73,9%) dos trabalhadores tenha referido usufruir férias regularmente sem dificuldades, aqueles que referiram não conseguir, ou apresentar dificuldades para tanto, apresentam chance quase duas vezes maior para decepção alta ou moderada. Trata-se de variável regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho e pelo Estatuto dos Funcionários Públicos, que regem, respectivamente, 88% e 7,8% dos contratos de trabalho dos trabalhadores deste estudo.

Se, por um lado, a natureza dialógica do trabalho na Atenção Básica constitui processo de ensino-aprendizagem potencialmente desafiador e amplificador do sentido do trabalho, por outro lado, apresenta constantemente aos trabalhadores exigências relacionais, emocionais e cognitivas intensas e complexas, conforme apresentado na introdução. Embora aspectos da precarização, apresentados na introdução, não tenham sido objeto desta investigação e, sobretudo, em virtude do desenho do

estudo não permitir estabelecer relações de causa e efeito, os resultados obtidos foram coerentes com os conhecimentos acerca das mudanças no mundo do trabalho contemporâneo, inclusive no mundo do trabalho em saúde.

A precarização do trabalho não tem poupado o setor saúde, inclusive na esfera pública, acarretando (i) o empobrecimento do sentido do trabalho, (ii) a tensão entre a visão idealizada pelo trabalhador sobre sua missão profissional e a perda de valores éticos que traziam sentido ao trabalho, (iii) a sobrecarga de trabalho e a falta de meios para execução de determinadas tarefas e resposta adequada às demandas da população, (iv) a redução da margem de manobra dos trabalhadores na realização das atividades, (v) a sensação de impotência, (vi) a ocorrência de situações de humilhações e agressões, (vii) a ameaça de perda de emprego e (viii) remuneração insuficiente, com a existência de trabalhadores com múltiplos vínculos de trabalho mesmo nas categorias profissionais em que isso não era comum, o que pode favorecer o adoecimento.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo revelou prevalência elevada de *burnout* entre os trabalhadores da rede básica de saúde do município de Botucatu – SP, da ordem de 23,7%, segundo os critérios de Maslach & Jackson (1981). Uma vez que se trata de síndrome sabidamente relacionada ao trabalho e que se considera a ocorrência de caso de *burnout* como evento sentinela, os resultados deste estudo são deveras preocupantes, indicando condições gerais de trabalho adoecedoras para a população pesquisada.

Utilizando-se os critérios citados para o cálculo da prevalência, não se verificou associação estatisticamente significante entre a ocorrência desta síndrome e variáveis sociodemográficas e aspectos e opiniões sobre o trabalho investigados. Tal resultado deve ser relativizado face ao que se conhece sobre a influência das condições de trabalho no desenvolvimento da síndrome, do número relativamente pequeno dos indivíduos que compuseram a população estudada e das peculiaridades dos critérios de Maslach & Jackson (1981) para enquadramento dos indivíduos como portadores da síndrome de *burnout*.

Segundo os critérios de Grunfeld (2000), encontrou-se prevalência bastante elevada de *burnout* (52,2%) na população estudada. Ao se analisar isoladamente as três dimensões da síndrome, verificou-se proporção alarmante de trabalhadores apresentando níveis moderados ou altos para exaustão emocional (66,6%), com associação estatisticamente significante entre a ocorrência deste desfecho e (i) presença de altas demandas psicológicas no trabalho, segundo o modelo de Karasek, (ii) considerar que o trabalho influencia negativamente a vida do indivíduo e (iii) considerar que não será possível continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos se mantidas as condições de trabalho atuais.

Em relação à despersonalização, pouco mais de 1/3 da casuística, apresentou níveis altos ou moderados e houve associação entre a ocorrência deste desfecho (i) presença de altas demandas psicológicas no trabalho, (ii) presença de baixo suporte social no trabalho e (iii) a percepção de que a

chefia não utiliza ou utiliza as informações acerca do andamento do trabalho na tomada de decisões apenas quando considera oportuno.

No tocante à decepção ou realização profissional reduzida, 45,1% dos trabalhadores apresentaram níveis altos e moderados e verificou-se associação entre este desfecho e a impossibilidade ou dificuldade para usufruir férias regularmente.

A alta prevalência de *burnout*, o fato da ocorrência das dimensões da síndrome (em altos e moderados níveis) estar associada a aspectos do trabalho, especialmente aos do modelo demanda-controle, cuja abordagem baseia-se nas relações sociais do trabalho e em como estas funcionam como geradoras de adoecimento, sugerem que, nos serviços da rede básica de saúde de Botucatu, o "trabalho está doente", necessitando intervenção por parte dos poderes públicos: *municipal*, responsável pela gestão de tais serviços e com poder de ação imediata; *estadual*, encarregado do apoio técnico por meio de instâncias regionais e *federal*, indutor e co-financiador das políticas de saúde no país.

6. REFERÊNCIAS

ALDERLING, M. The demand control model and circadian saliva cortisol variations in a Swedish *population based sample.* **BMC Public Health**, v. 6, n. 288, 2006.

ALMEIDA, P. C. A. **Prevalência, duração e despesa previdenciária da incapacidade temporária por acidentes do trabalho no Brasil**. 2011. 100p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 164-171, 2004.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995. 158p.

ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T (Org). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2007, p 13-22.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Mater. Infant.**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ASSENATO, G. et al. La metodologia epidemiologica in medicina del lavoro. In ABROSI, G. & FOÀ, V. **Trattato di Medicina del Lavoro**. Turim: Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1996. p. 63-113.

BAKER, D. B.; KARASEK, R. A. Occupational Stress. In: LEVY, B. S. & WEGMANN, D. H. (Org.) **Occupational Health.** Reconizing and Preventing Work-related Disease. 3.ed. New York: Little, Brown and Company. 1994. p. 381-406.

BARBOSA, W. F. et al. Aspectos demográficos relacionados aos afastamentos por licença-saúde em uma universidade pública. In: XIX Congresso Brasileiro de Perícia Médica: Anais do XIX Congresso Brasileiro de Perícia Médica. Gramado, 2011a, p. 29.

BARBOSA, W. F. et al. Perfil dos servidores afastados por transtornos mentais em uma universidade pública paulista. In: XIX Congresso Brasileiro de Perícia Médica: Anais do XIX Congresso Brasileiro de Perícia Médica. Gramado, 2011b, p. 21.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout**:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002a. 282p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Estresse e Burnout. In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ESTRESSE E BURNOUT, 2002b, Curitiba, Brasil, **Revista Eletrônica InterAção Psy**, ano 1, n.1, p. 4-11, 2003.

BOCCALON, P. et al. Stress e burnout tra allevi infermieri ed infermieri di um'azienda ospedaliera. In: CONGRESSO NAZIONALE S.I. MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE IND., 65., 2002, Taormina, Itália, 2002. p. 1-2.

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

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, v.9, n.2, p. 321-333, 2010.

BRAGA, L. C. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu – SP**. 2007.143p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu.

BRAGA, L. et al. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(Supl. 1), p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. In: **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001a. p. 27-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001b. p. 27-36.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Atenção primária – seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004, 44p.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pactos/documentos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em 08 abr. 2007.

BRILL, P. L. The need for an operational definition of burnout. **Family and Community Health**, n.6, p. 12-24, 1984.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Há pedras no meio do caminho do SUS!. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 298-298, 2007.

CARLOTTO, M. S. ; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **PSICO**, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008.

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

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicol. Estud.**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde Soc**, v. 18, supl. 2, p. 84-88, 2009.

CODO, W. **Educação: carinho e trabalho**. Vozes, Petrópolis, 1999. 432p.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p. 73-79, 2005.

DRUCK, G.; FRANCO, T. Apresentação. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007, p 7-9.

FISCHER, F. M. et al. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n.2, p.245-253, 2005.

FRANCO, G. P. et al. Burnout em residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.12-18, 2011.

FREUDENBERG, H. J. Stress and burnout and their implication in the work environment. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.

GALAVOTE, H. S. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, p. 231-240, 2011

GIGLIO, A. D. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras**., v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006.

GRUNFELD, E. et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ**, v. 163, n. 2, p. 166-169, 2000.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.,** v. 10, p. 231-241, 1980.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW S. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons; 1989.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.2, p. 192-197, 2009.

JOHNSON, J. V.; HALL, E. M. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am Public Health**, v.78, n.10, p.1336-1342, 1988.

KARASEK, R. Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **Am Public Health,** v. 71, n. 7, p. 694-705, 1981.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n.2, p. 215-223, 2009

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enferm**., v. 18, n. 2, p. 133-144, 1997.

LEPLAT, J. Développement et dégradation des habilités dans le travail. In: SOCIETÉ FRANÇAISE DE PSYCHOLOGIE. PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL. **Équilibre ou fatigue para le Travail?** Paris: Entreprise Moderne d'Edition, 1980. p. 55-63.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de burnout em residentes da universidade federal de Uberlândia – 2004. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007

LIMA, M. C. P. **Transtornos mentais comuns e uso de álcool na população urbana de Botucatu – SP:** um estudo de co-morbidade e utilização de serviços. 2004. 146p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LIMA, M. E. A. A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epidemiológicas recentes. In: CODO, W. (Org). **O trabalho enlouquece?** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 139-160.

LIMA, M. E. A. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. (Org). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 50-81.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, p. 1-5, 1999.

LORENZ, V. R. et al. Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, p.1084-1091, 2010.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.2, p. 213-221, 2002.

MALVEZZI, S. Prefácio. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2004. p. 13-17.

MARI, J. J.; WILLIANS, P. A validity study of a Psychiatric Secreening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry**, 148, p. 23-26, 1986.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.4, p. 956-961, 2010.

MARTINS, P. F. et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. Rev. Bras. Saúde ocup., v. 34, n. 120, p. 172-178, 2009.

MASLACH, C. *"*Burnout*".* In: **Encyclopaedia of Occupacional Health and Safety**. 4.ed. Geneva: International Labour Organization, 2005. 1 CD-Rom.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of expericiend burnout. **Journal of occupational behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Occup. Behav.**, v. 2, p.99-113, 1998.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho:** fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus, 1999. 239p.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. (1993) Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, W. B. et al. **Professional** burnout**: recent developments in theory and research**. Washington: Taylor & Francis, 1993. P. 1–16.

MAUSNER-DORSCH, H.; EATON, W. W. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand–control model. ***Am J Public Health***. 90, p.1765–1770, 2000.

MELTZER, H. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. **BJP**, v. 193, p.73-76, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório mundial da saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.

PIMENTEL, D. M. M. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. 2005. 193p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Sergipe, Sergipe.

PINA RIBEIRO, H. A causalidade da morbidez do trabalho contemporâneo. In: CONGRESSO PAULISTA DE SÃO PÚBLICA, 2007, Águas de São Pedro, Brasil.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008. 253p.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização. A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001. 151p.

POCHMANN, M. O valor estratégico da reforma trabalhista. **Debate Sind.,** n. 47, p. 2004.

REIS, E. J. F. B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educ. Soc**., v.27, n.94, p. 229-253, 2006.

REIS, E. J. F. B. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1480-1490, 2005.

ROELEN, C. A. M. et al. Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2011 and 2007 in the Netherlands. **European Journal of Public Health**, v. 19, n. 6, p. 625-630, 2009.

SANNE, B. et al. Testing the job demand control support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland health study. **Occupational Medicine**, v. 55, p. 463-473, 2005.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestações de stress e burnout. **Estudos de Psicologia**, v.27, n.1, p.67-74, 2010.

SCHAUFELI, W. B. & BUUNK, B. P. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: SCHABRACQ, M. J.; WINNUBST, J. A. M.; COOPER, C. L. **The Handbook of Work and Health Psychology**. London: John Wiley & Sons Ltd. 2003. p. 383-425.

SCHAUFELI, W. B. & ENZMANN, D. The burnout companion to study and research: a critical analysis. London, Taylor and Francis, 1998, p. 36. In: SCHAUFELI, W. B. & BUUNK, B. P. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: SCHABRACQ, M. J.; WINNUBST, J. A. M.; COOPER, C. L. **The Handbook of Work and Health Psychology**. London: John Wiley & Sons Ltd. 2003. p. 383-425.

SELIGMANN-SILVA, E. Precarização da saúde mental na precarização social e do trabalho. In: SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**. O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. p. 458-491.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES. R. **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.1141-1182.

SILVA, A. T. C. **Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde do município de São Paulo**. 2008. 122p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOBRINHO, C. L. N. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

SOBRINHO, C. L. N. et al. Médicos de UTI: prevalência da síndrome deBurnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.1, p.106-115, 2010.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v. 60, p. 201-218, 2002.

STATA CORP. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, Texas: StataCorp LP; 2007.

TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**., v.18, n.3, p.467-478, 2009.

THÉBAUD-MONY, A.; DRUCK, G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2007, p. 24.

THEORELL, T.; MARMOT, M. social class and cardiovascular disease: the contribution of work. **Int. J. Health Serv**., v.18, n.4, p.659-674, 1988.

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TRIGO, T. R. et al. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev. Psiq. Clín**, v.34, n.5, p. 223-233, 2007.

TRIGO, T. R.; Síndrome de burnout: como identificar e avaliar. In: GLINA, D. M. R. & ROCHA, L. E. (Org). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo, Roca, 2010.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.274-279, 2010.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, set-out. v. 19, n. 5: [09 telas], 2011.

VILELA, R. A. G. et al. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. **Rev. bras. Saúde ocup**., v. 35, n.122, p. 289-302, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: Division of Mental Health, 1994. 80p.

7. ANEXOS

Anexo 1

AUTORIZAÇÃO

Eu, Valdemar Pereira de Pinho, secretário municipal de saúde de Botucatu, autorizo a realização da pesquisa "O SOFRIMENTO MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE" na Secretaria Municipal de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador deste município. Estou ciente de que os instrumentos de coleta de dados, descritos no projeto do estudo, somente serão aplicados aos profissionais que previamente consentirem em participar da pesquisa.

Dr. Valdemar Pereira de Pinho
Secretário Municipal de Saúde de Botucatu

Anexo 2

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
"ACHILLES LUCIANO DELLEVEDOVE"
R. Gaspar Ricardo,181 - Botucatu-SP - CEP: 18.609-000 Fone: 14-3882 5222 E-mail: btcse@laser.com.br

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo a Dra. Ludmila Candida de Braga a aplicar a versão traduzida, adaptada e validada do Maslach Burnout Inventory (MBI) aos servidores do Centro de Saúde Escola, após autorização dos mesmos, como parte do projeto de pesquisa intitulado "O sofrimento mental em profissionais de saúde" da pesquisadora acima e sob orientação do Profª. Dra. Maria Cecília Pereira Binder do Departamento de Saúde Pública.

Por ser verdade, firmo a presente em 04/10/2004

Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Diretora Técnica do Centro de Saúde Escola

Comitê de Ética em Pesquisa
Recebi em 05/10/04
Alberto Samino Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 3

133

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 22 de novembro de 2.004

OF 559/2004-CEP
MACAH/asc

Ilustrissima Senhora
Profª Drª Maria Cecilia P. Binder
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Binder,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o projeto de pesquisa "O sofrimento mental em profissionais de saúde" de autoria de Ludmila Cândida de Braga, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 22/11/2003

Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ***concordo em participar da pesquisa*** "O sofrimento mental em profissionais de saúde"***, realizada pela Dra. Ludmila Candida de Braga, CRM 104 216. Confirmo estar ciente de que o estudo tem por objetivo avaliar a presença de sofrimento mental e de síndrome de*** burnout ***em profissionais da rede básica de Botucatu e que minha participação consistirá em responder a entrevista, que será transcrita.***

Estou ciente, também, de que posso cancelar esse termo a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Meus dados individuais permanecerão em sigilo. Declaro estar devidamente esclarecido sobre o estudo e saber que a autora coloca-se à disposição para futuros esclarecimentos.

_____ _____

Entrevistado Ludmila Candida de Braga

Pesquisadora: Ludmila Cândida de Braga
Rua Antônio Sabino Santa Rosa, 70 apto 44 E
CEP 18606-140
Botucatu - SP

Rua Gaspar Ricardo Junior, 186
Fone: 14 – 38825222
Botucatu - SP

Orientadora: Maria Cecília Pereira Binder
Rua General Telles, 1901
CEP 18602-120
Botucatu – SP

Rua Gaspar Ricardo Junior, 186
Fone: 14 – 3882 5222
Botucatu - SP

Anexo 5

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE BOTUCATU - SP

QUESTIONÁRIO

Versão utilizada

Seção A
Dados pessoais

Vínculo de trabalho ☐ estatutário ☐ CLT (celetista) ☐ contrato temporário **OUTRO:**_____ _____

1	**Sexo**	☐ Masculino ☐ Feminino
2	**Idade (em anos completos)**	_____
3	**Local de nascimento**	☐ a. Botucatu ☐ b. Município da Região de Botucatu ☐ c. Estado de São Paulo ☐ d. Outros estados
4	**Estado civil**	☐ a. Solteiro/a ☐ d. Separado/a ☐ b. Casado/a ☐ e. Divorciado/a ☐ c. Companheiro/a ☐ f. Viúvo/a
5	**Tem filhos dependentes?**	☐ Sim ☐ Não
6	**Tem pais ou outros familiares como dependentes?**	☐ Sim ☐ Não
7	**Qualificação profissional**	☐ Auxiliar de serviços gerais ☐ Auxiliar administrativo ou equivalente ☐ Agente comunitário ☐ Auxiliar ou técnico de enfermagem ☐ Auxiliar de consultório dentário ☐ Outros profiss. de nível médio (motorista, vigia etc.) ☐ Enfermeiro/a ☐ Médico ☐ Outros profissionais de nível superior.

		Sem escola	Ens. fundamental	Ensino médio	Curso técnico	Ensino superior	pós-graduação
8	**Qual seu nível de instrução?**	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f
9	**E o nível de seus pais?** (assinalar o mais elevado)	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f

Seção B

História e posição atual no trabalho

10 Há quantos anos trabalha NESTE SERVIÇO ou unidade?	_____
11 Antes de entrar para este serviço ou unidade, que trabalho você fazia?	☐ a. Nenhum trabalho ☐ b. Trabalho fora do setor saúde ☐ c. Trabalho no setor saúde com a mesma qualificação ☐ d. Trabalho no setor saúde com outra qualificação
12 Você executa PREDOMINANTEMENTE (maior parte do tempo):	☐ a Atividades de chefia (de unidade ou de equipe) ☐ b Atividades administrativas ☐ c Atividades de atendimento ao público (exceto assistência à saúde) ☐ d Atividades de assistência à saúde ☐ e Outras atividades
13. Há quantos anos trabalha NESSA ATIVIDADE que executa atualmente?	_____
14. Antes do serviço atual, trabalhou em outro local ou serviço municipal?	☐ **SIM** ☐ **NÃO**
15. Se sim, em quantos?	**1** ☐ a **2** ☐ b **3** ☐ c **+ de 3** ☐ d
16. Qual o meio de transporte para vir trabalhar? (considerar a maioria dos dias)	☐ **a** **Nenhum** ☐ **b** **Veículo próprio** ☐ **c** **Carona** ☐ **d** **Ônibus**
17. Quanto tempo gasta por dia para vir e voltar do trabalho?	☐ a. Menos de meia hora ☐ b. Menos de uma hora ☐ c. Mais de uma hora
18. Já sofreu algum acidente vindo ou voltando do trabalho?	☐ SIM ☐ NÃO
19. Já sofreu algum acidente de trabalho (corte, picada, queda, agressão de paciente etc.)?	☐ SIM ☐ NÃO
20. Na sua opinião, seu horário de trabalho é:	☐ a. Muito rígido ☐ b. Rígido ☐ c. Flexível ☐ d. Muito flexível

21. Você faz horas-extras? ☐ Muitas ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

22. Se faz horas-extras, elas são pagas	☐ a. Pelo nº de horas extras feitas ☐ b. Até determinado limite / quando há recurso ☐ c. Não são pagas
23. Você pode descontar as horas extras realizadas?	☐ SIM ☐ NÃO
24. Você tira férias regular-mente todo ano?	☐ a. Sim, sem nenhuma dificuldade ☐ b. Sim, mas me adaptando às exigências do serviço, sem conseguir tirar férias quando quero. ☐ c. Não, porque a necessidade do serviço não me permite tirar as férias regulamentares a que tenho direito.
25. Você fez algum curso de atua li ou de formação desde que entrou para esse ser-viço?	☐ Não ☐ Sim Quantos? _____
26. Se sim, eles foram úteis para seu trabalho atual?	☐ a. Muito úteis ☐ b. Razoavelmente úteis ☐ c. Pouco úteis ☐ d. Inúteis

Seção C

Opiniões sobre o trabalho

27. Considera o trabalho o período mais importante do seu dia?	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Não sei
28. Mantidas as condições de trabalho atuais, você acha que ainda poderá continuar trabalhando sem muitas dificuldades por muitos anos?	☐ SIM	☐ NÃO	☐ Não sei

29. Qual é, na sua opinião, a qualidade ESSENCIAL / MAIS IMPORTANTE para a realização do seu trabalho?

☐ a. Bom relacionamento humano
☐ b. Resistência física
☐ c. Boa preparação profissional
☐ d. Ser disciplinado
☐ e. Ter iniciativa

	Muito	Moderada-mente	Pouco	Quase nada
30. Considera seu trabalho fisicamente cansativo?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
31. Considera seu trabalho pesado do ponto de vista mental/emocional?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
32. Considera seu trabalho útil para a sociedade?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
33. Considera seu trabalho interessante?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
34. Considera seu trabalho adequado à sua capacidade e potencialidade?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
35. Você está satisfeito com seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

36. Em relação ao que você esperava antes de começar a trabalhar, o grau de satisfação com seu trabalho:

☐ a. Aumentou
☐ b. Diminuiu
☐ c. Continuou igual

Marque com um X o grau de satisfação em relação aos oito aspectos de seu trabalho apresentados a seguir:

	Grande	Regular	Pequeno	Quase nenhum
37. Retribuição (salário, vales refeição e transporte etc.)	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
38. Ambiente físico (prédio, moveis etc.)	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
39. Relações interpessoais	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
40. Possibilidade de fazer carreira	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
41. Melhorar a capacidade profissional	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
42. Autonomia para tomar decisões	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
43. Interesse e variedade das atividades	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
44. Horário de trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

	Ótimo	Bom	Suficiente	Insuficiente
45. Você acha o nível de colaboração com colegas da mesma profissão/ocupação como sendo (se não tiver colega nessa condição, deixar em branco):	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
46. E a colaboração com colegas de outra profissão/ocupação?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

47. Qual fator, em sua opinião, é a causa principal de falta de colaboração ou colaboração insuficiente?

(indicar só uma resposta)

- ☐ a. Forma de organização do serviço
- ☐ b. Pouco preparo dos servidores
- ☐ c. Dedicação insuficiente dos servidores
- ☐ d. Faltar ao serviço
- ☐ e. Diferenças de temperamento dos servidores
- ☐ f. A colaboração é boa

48. Se você pudesse mudar DUAS características da sua condição de trabalho atual, quais você escolheria?

(indicar as respostas assinalando 1 para a mais importante e 2 para a segunda mais importante)

___ Retribuição (salário, vales, etc.)

___ Horário de trabalho

___ Ambiente físico (prédio, móveis etc.)

___ Relações interpessoais

___ Forma de organização

___ Critérios para reconhecimento profissional e da carreira

___ Critérios de atualização profissional (como é decidido quem faz cursos/treinamentos)

___ Nenhum

	Muito	Regular	Pouco	Quase nada
49. Em seu ambiente de trabalho, suas qualidades profissionais são utilizadas e, ou valorizadas:	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

50. Você e seus colegas de seção/setor têm possibilidade de informar o chefe/responsável sobre o andamento do próprio trabalho?	☐ Sim	☐ Não

51. Se SIM, como o chefe / responsável usa essas informações para tomar decisões?

☐ a. Leva sempre em conta e considera úteis as opiniões

☐ b. Leva em conta somente quando considera oportuno

☐ c. Não leva em conta

52. Em sua opinião, nesse serviço é possível subir na carreira?	☐ SIM	☐ NÃO	☐ NÃO SEI
53. Se sim, quem tem mais facilidade?	☐ Homens	☐ Mulheres	☐ Ambos

	Frequentemente	Raramente	Nunca
54. Você já sofreu assédio sexual no seu ambiente de trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c

	Muito	Moderadamente	Pouco	Quase nada
55. Você considera que sua vida pessoal é condicionada ou afetada negativamente por seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
56. O trabalho lhe permite dedicar-se à família o tempo que você gostaria?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
57 As tarefas domésticas são um peso a mais que se soma ao seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

Seção D
Estresse e Trabalho

Agora temos algumas perguntas sobre as características do seu trabalho. Por favor, responda colocando um X no quadrado correspondente:

(demanda / controle / suporte)	freqüentemente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
58. Com que freqüência você tem de fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
59. Com que freqüência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
60. Seu trabalho exige demais de você?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
61. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
62. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
63. Você tem possibilidades de aprender coisas novas no seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
64. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
65. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
66. No seu trabalho você tem que repetir muitas vezes a mesma tarefa?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
67. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
68. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
69. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
70. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
71. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
72. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
73. No trabalho eu me relaciono bem com os meus chefes.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

(SRQ: 75-98) Em seguida, solicitamos que responda às perguntas, colocando um X no quadrado correspondente:

75. Tem dores de cabeça freqüentes?	☐ SIM	☐ NÃO	
76. Tem falta de apetite?	☐ SIM	☐ NÃO	
77. Dorme mal?	☐ SIM	☐ NÃO	
78. Assusta-se com facilidade?	☐ SIM	☐ NÃO	
79. Tem tremores de mãos?	☐ SIM	☐ NÃO	
80. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado?	☐ SIM	☐ NÃO	
81. Tem má digestão?	☐ SIM	☐ NÃO	
82. Tem dificuldade de pensar com clareza?	☐ SIM	☐ NÃO	
83. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ SIM	☐ NÃO	
84. Tem chorado mais do que de costume?	☐ SIM	☐ NÃO	
85. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ SIM	☐ NÃO	
86. Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ SIM	☐ NÃO	
87. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	☐ SIM	☐ NÃO	
88. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ SIM	☐ NÃO	
89. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ SIM	☐ NÃO	
90. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ SIM	☐ NÃO	
91. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	☐ SIM	☐ NÃO	
92. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	☐ SIM	☐ NÃO	
93. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ SIM	☐ NÃO	
94. Você se cansa com facilidade?	☐ SIM	☐ NÃO	
95. Sente que tem alguém que de alguma maneira quer fazer mal a você?	☐ SIM	☐ NÃO	
96. Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?	☐ SIM	☐ NÃO	
97. Tem notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento?	☐ SIM	☐ NÃO	
98. Ouve vozes que não sabe de onde vêm ou que outras pessoas não podem ouvir?	☐ SIM	☐ NÃO	

	Muita	Regular	Pouca	Quase nada	Não sei
99. Você acha que algumas das queixas ou problemas que assinalou SIM (de 75 a 98) **têm relação com o trabalho**?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e

100. Nos últimos doze meses você fez uso habitual / freqüente de alguma das substâncias ao lado?		
Cigarro	☐ Sim	☐ Não
Alcool	☐ Sim	☐ Não
Psicotrópicos	☐ Sim	☐ Não
Medicamentos	☐ Sim	☐ Não

101. Se SIM, observou variação entre o andamento de seu trabalho e o uso dessas substâncias?

	Muito	Regular	Pouco	Quase nada	Não
Cigarro	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e
Alcool	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e
Psicotrópicos	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e
Medicamentos	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e

AS QUESTÕES A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS APENAS POR PROFISSIONAIS QUE TÊM RELACIONAMENTO DIRETO COM PACIENTES.

102. Escreva com suas próprias palavras o problema que mais deixa você chateado ou nervoso ou irritado na relação com pacientes / usuários?

	Frequentemente	Às vezes	Nunca/quase nunca
103. Sente necessidade de falar dos problemas do serviço com outras pessoas?	☐ a	☐ b	☐ c
104. Tem oportunidade de falar disso com os outros?	☐ a	☐ b	☐ c

105. Se SIM, quando?

☐ a. Em situações formais de trabalho (reuniões, etc.)
☐ b. Em situações informais de trabalho(copa, pausas etc.)
☐ c. Fora do trabalho (casa, familiares, etc.)

	Muito	Regular	Pouco	Quase nada
106. Você acha que falar contribui para reduzir o desconforto, incômodo?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d
107. Acha que a contribuição de um especialista em dinâmica psicológica individual ou de grupo pode ser útil?	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d

Assinale com um X o grau de freqüência com que se reconhece em cada uma das 22 afirmações relativas a impressões, sensações e situações possíveis ligadas ao trabalho que você desenvolve.	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todo dia
108. Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
109. Sinto-me esgotado ao fim da jornada (ou do dia de trabalho)	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
110. Sinto-me cansado ao levantar pela manhã e ter de enfrentar mais um dia de trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
111. Posso entender facilmente como se sentem meus pacientes	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
112. Parece que trato alguns paciente como se fossem objetos	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
113. Parece que trabalhar todo dia com pessoas é pesado	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
114. Enfrento eficazmente os problemas dos meus pacientes	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
115. Sinto-me exaurido pelo meu trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
116. Acredito que influencio positivamente a vida de outras pessoas com meu trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
117. Desde que comecei a trabalhar aqui, fiquei mais insensível com as pessoas	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
118. Tenho medo que este trabalho possa me endurecer emocionalmente	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
119. Me sinto cheio/a de energia	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
120. Sou frustrado/a no meu trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
121. Acho que trabalho muito intensamente	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
122. Não me importa verdadeiramente o que acontece com alguns pacientes	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
123. Trabalhar diretamente em contato com pessoas me deixa muito tenso.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
124. Consigo facilmente deixar meus pacientes relaxados e à vontade.	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
125. Sinto-me alegre depois de trabalhar com meus pacientes	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
126. Realizei muitas coisas de valor no meu trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
127. Sinto que não consigo mais fazer o meu trabalho	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
128. No meu trabalho enfrento os problemas emocionais com calma	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐ f	☐ g
129. Tenho impressão que os meus pacientes me culpam pelos seus problemas	☐ a	☐ b	☐ c	☐ d	☐ e	☐	☐ g

Por favor, confira se respondeu todas as perguntas

MUITO OBRIGADA