

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ariadna Janice Drumond Morais

SÍNDROME DE *BURNOUT*, ESTRESSE PSICOSSOCIAL E QUALIDADE
DE VIDA: UM ESTUDO EM MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Montes Claros, MG
2016

Ariadna Janice Drumond Morais

SÍNDROME DE BURNOUT, ESTRESSE PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA:
UM ESTUDO EM MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lucinéia de Pinho

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Marise Fagundes Silveira

Montes Claros, MG

2016

M827s Morais, Ariadna Janice Drumond.
Síndrome de *Burnout*, estresse psicossocial e qualidade de vida [manuscrito] :
um estudo em médicos da Estratégia Saúde da Família / Ariadna Janice Drumond
Morais. – 2016.
87 f. il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em

Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientadora: Profª. Dra. Lucinéia de Pinho.

Coorientadora: Profª. Dra. Marise Fagundes Silveira.

1. Burnout (psicologia) 2. Stress ocupacional. 3. Trabalho – aspectos psicológicos. 4. Síndromes. 5. Médicos - pesquisa. 6. Programa de saúde da família (Brasil). I. Pinho, Lucinéia de. II. Silveira, Marise Fagundes. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: um estudo em médicos da Estratégia Saúde da Família.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Tôres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós Graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenador de Pós-Graduação Stricto Sensu: Professor Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Máisa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: ARIADNA JANICE DRUMOND MORAIS

TÍTULO DO TRABALHO: "Prevalência da síndrome de *Burnout* e fatores associado entre os médicos da estratégia saúde da família"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROFª. DRª. LUCINÉIA DE PINHO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)
PROFª. DRª. MARISE FAGUNDES SILVEIRA (COORIENTADORA)
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA
PROF. DR. ERNESTO JOSÉ HOFFMAN

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROFª DRª. VERA LÚCIA MENDES TRABBOLD
PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

ASSINATURAS



APROVADO

[] REPROVADO

*A Deus
A meu esposo Elton
e meus filhos Rafael e Victória
A meu pai Alúizio e minha mãe Maria Jacy,
Por estar onde estou,
Por ser quem eu sou.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus pela vida e por todas as oportunidades que me foram dadas.

Agradeço a Nossa Senhora Aparecida por me ajudar a ser uma pessoa melhor e com isso poder ajudar cada vez mais meus familiares, amigos, colegas e pacientes.

Agradeço a meu esposo Elton pelo apoio, compreensão e carinho nas horas de minhas ausências e por dedicar seu tempo para cuidar de nossa família. Também agradeço a meus filhos Rafael e Victória que iluminam minha vida e meu trabalho todos os dias

Agradeço a meu pai, Aluizio, minha mãe, Jacy e minhas irmãs, Nádia, Tânia e Viviane, meus afilhados, a todos os meus familiares e amigos que toleraram meu afastamento durante a realização do mestrado e que sempre me apoiaram com palavras de incentivo e conforto nos momentos difíceis.

Agradeço a meus colegas de trabalho e de profissão que responderam minha pesquisa, contribuindo de modo singular para que eu concluísse com êxito esta etapa de minha vida profissional.

Agradeço a minha orientadora, Lucinéia de Pinho, co-orientadora, Marise Fagundes e a todos os professores e colaboradores do mestrado profissional pela oportunidade de compartilhar comigo seus conhecimentos, pela paciência e por terem acreditado e percorrido comigo esse caminho no meu sonho de realizar este trabalho.

E o Senhor Deus disse em seguida ao homem: "Porque ouviste a voz de tua mulher e comeste do fruto da árvore que eu te havia proibido comer, maldita seja a terra por tua causa. Tirarás dela com trabalhos penosos o teu sustento todos os dias de tua vida. Ela te produzirá espinhos e abrolhos, e tu comerás a erva da terra. Comerás o teu pão com o suor do teu rosto, até que voltes à terra de que foste tirado; porque és pó, e pó te hás de tornar."
(Gênesis 3:17-19)

RESUMO

A Síndrome de *Burnout* (SB) é definida como um fenômeno psicossocial que aparece como uma resposta aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho cronicamente. É formada por três dimensões relacionadas, mas independentes: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. O *burnout* apresenta conseqüências deletérias à saúde mental do trabalhador. Estudos sobre a SB em médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil são escassos. Nesse sentido, esse trabalho teve por objetivo investigar a prevalência da SB e fatores associados em médicos da ESF. O método estruturou-se por meio de uma pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal, cuja população foi constituída por médicos brasileiros atuantes nas ESFs de uma cidade de médio porte no norte de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários *online*, que são: Questionário de Perfil sociodemográfico, o Inventário de *Burnout* de *Maslach* (MBI), a Escala de Estresse no Trabalho (JSS), a escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER) e o *WHOQOL-bref* (Wb), na versão em português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS. Na análise dos dados, todas as variáveis categóricas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências. Os escores das dimensões dos instrumentos foram descritos através medidas descritivas como média, desvio-padrão, quartil, valor máximo e mínimo. A associação entre as dimensões da SB e variáveis sociodemográficas e relacionadas ao tempo dedicado ao trabalho foi avaliada por meio do teste não paramétrico Qui-quadrado, ao nível de 0,05. A magnitude da associação entre as dimensões da SB e Estresse no trabalho, Qualidade de vida e Desequilíbrio Esforço-recompensa foi estimada através da regressão logística, adotando-se a razão de chances (OR), com intervalo de 95% de confiança, como medida de associação. Os dados foram analisados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, versão 18.0 para Windows. Verificou-se uma maior frequência do sexo feminino na população estudada, com prevalência de indivíduos jovens com menos de 30 anos. A prevalência da SB foi de 100% dos médicos com um grau moderado. Para o estresse no trabalho, 33,7% dos médicos estavam acometidos. Metade dos médicos foi classificada com alto esforço para o trabalho e comprometimento excessivo. Na avaliação da qualidade de vida geral, 55,1% dos médicos foram classificados como abaixo da média. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre os escores das dimensões Exaustão e Despersonalização do MBI com os domínios: Demanda Psicológica, Físico, Relações Sociais, Ambiente, Qualidade de Vida Geral, Esforço e Comprometimento Excessivo. A SB mostrou-se prevalente nos médicos de ESF avaliados. Ela pode comprometer a qualidade da assistência prestada e a própria saúde física e mental do trabalhador. Intervenções precoces no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais das equipes da ESF são necessárias para a diminuição do esgotamento profissional em médicos.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Saúde da família. Atenção primária. Qualidade de vida. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Burnout Syndrome (SB) is defined as a psychosocial phenomenon that appears as a response to interpersonal stressors occurring in the work situation chronically. It is composed of three dimensions related but independent: emotional exhaustion, depersonalization and low personal accomplishment. The burnout has deleterious consequences for mental health worker. Studies on the SB in doctors of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil are scarce. Thus, this study aimed to investigate the prevalence of SB and associated factors in the FHS physicians. The method is structured through an epidemiological research, quantitative, telematic, analytical and cross, whose population consisted of Brazilian physicians active in FHS in a medium-sized city in the north of Minas Gerais. Data collection was conducted through online questionnaires, which are: Socio-demographic questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI), Job Stress Scale (JSS), Effort-Reward Imbalance scale (ERI) and WHOQOL-bref (Wb). In analyzing the data, all categorical variables were described by their frequency distributions. The scores of the dimensions of the instruments were described by descriptive measures as mean, standard deviation, quartiles, maximum and minimum. The association between the size of the SB and sociodemographic variables and related to the time dedicated to work was assessed using the nonparametric chi-square, at the 0.05 level. The magnitude of the association between the size of the SB and stress at work, quality of life and effort-reward was estimated by logistic regression, adopting the odds ratio (OR) with a range of 95% confidence, as measured association. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences- SPSS software, version 18.0 for Windows. A higher frequency of females in the population studied was found, with a prevalence of young people under 30 years. The prevalence of SB was 100% of physicians with a moderate degree. To stress at work, 33.7% of physicians were affected. Half of the doctors was rated with high effort for work and overcommitment. In assessing the overall quality of life, 55.1% of physicians were classified as below average. There was a statistically significant association between the scores of the dimensions exhaustion and depersonalization of MBI with domains: Psychological Demand, Physical, Social Affairs, Environment, Quality of Life General, Effort and Commitment Excessive. The SB was evidenced prevalent in the physicians evaluated. It can compromise the quality of care and the physical and mental health of the worker. Early interventions in the workplace and interpersonal relationships of the FHS teams are required to reduce burnout in physicians.

Keywords: Burnout, Professional. Family Health. Primary Health Care. Quality of Life. Occupational Health.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção primária à Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESQT	<i>Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DER	Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa
ECB	Escala de Caracterização do <i>Burnout</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
JSS	<i>Job Stress Scale</i> (Escala de Estresse no Trabalho)
MBI	Maslach Burnout Inventory (Inventário de Burnout de Maslach)
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ- AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMMC	Prefeitura Municipal de Montes Claros
PSF	Programa Saúde da Família
QPS	Questionário de Perfil Sociodemográfico
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
Wb	<i>WHOQOL-bref</i> (Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida)

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A Estratégia Saúde da Família - ESF.....	14
1.2 O estresse no trabalho	18
1.3 Síndrome de <i>Burnout</i> ou Síndrome do Esgotamento Profissional	21
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 METODOLOGIA	27
3.1 Delineamento do estudo	30
3.2 Local do estudo	30
3.3 População alvo	30
3.4 População do estudo.....	31
3.5 Instrumentos de coleta de dados.....	32
3.6 Coleta de dados	33
3.7 Análise dos dados.....	38
3.8 Aspectos éticos.....	38
4 PRODUTO CIENTÍFICO	40
4.1 Artigo: Síndrome de <i>Burnout</i> , Estresse Psicossocial e Qualidade de Vida em médicos da Atenção Primária	41
5 CONCLUSÕES	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	73
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

1.1 – A Estratégia Saúde da Família – ESF

O sistema de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS) foi promulgado pela Constituição Federal em 1988 e regulamentado pela Lei Federal 8080 de 1990 (BRASIL, 1990). É um sistema de política de saúde pública avançado, que contempla o direito à saúde, o controle social, a integralidade e a equidade das ações. Desde sua criação o SUS está alicerçado em princípios como: universalização, integralidade e equidade. É um sistema de saúde peculiar, próprio do país e atua em duas linhas principais: a atenção básica ou primária, que presta cuidados primários de saúde e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país. Estes três níveis de atenção são importantes para que o SUS possa garantir que seus princípios sejam cumpridos (PAIM, 2011).

Por ser um sistema complexo, a organização do SUS tem sido pautada pela dificuldade de seus gestores operacionalizarem as suas normatizações. Com isso, desde a sua implantação, o SUS tem convivido com muitas situações adversas como filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; a falta de leitos hospitalares e a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência. A cada dia, a demanda de atendimentos e o acesso a esse serviço se tornam mais difíceis para as pessoas que dele necessitam e os seus colaboradores. (ALBUQUERQUE, 2012). Para completar esse quadro, o SUS dispõe de menor volume de recursos públicos do que aquele previsto quando ele foi criado com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado pelo poder público (PAIM, 2011).

O primeiro contato da população com o SUS, idealmente, deve ser feito através da Atenção Primária à Saúde (APS) que é o local responsável pela organização do cuidado à saúde da população ao longo do tempo. Essa estratégia de organização da atenção à saúde estruturada para resolver de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a

indivíduos e comunidades é internacionalmente conhecida por APS. No Brasil, a APS é designada de Atenção Básica a Saúde (ABS) e incorpora os princípios da Reforma Sanitária. (BRASIL, 2009).

A APS deve proporcionar equilíbrio entre as duas metas: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002). À medida que a APS foi sendo implantada no Brasil, foram criadas unidades básicas de saúde (UBS), onde são alocadas equipes de saúde que prestam à comunidade o atendimento com médicos generalista, de medicina de família e comunidade, pediatrias e ginecologistas (SOARES, 2011). As UBS são espaços destinados ao trabalho das equipes de saúde e podem abrigar uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) conjuntamente com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2011). Tal estratégia se fundamenta numa ação territorial, que compõe a rede básica de saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A ESF é a porta de entrada do SUS e substitui as práticas antigas, os chamados centros de saúde, por ter maior capacidade para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência (BRASIL, 2006; SOARES, 2011). Ela é o modelo peculiar de reorganização da APS do sistema público de saúde no Brasil, que trabalha com equipes multiprofissionais, as quais se responsabilizam pela saúde integral, prevenção, educação em saúde das famílias residentes em uma área geográfica adscrita. Além do profissional médico, essas equipes podem ter em sua composição, enfermeiro, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal visando desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (ALBUQUERQUE, 2011; BRASIL, 2011; PAIM; SOARES, 2011; GONÇALVES, 2014).

A falta de estrutura presente no SUS se multiplica nas ESFs e faz com que os trabalhadores enfrentem uma realidade, distante da ideal para uma boa assistência e que por vezes, é

permeada pela miséria, violência, más condições de higiene e de moradia e outras precariedades (TRINDADE, 2009). Os trabalhadores também vivenciam diversas situações tais como: riscos biológicos, fatores relativos à organização e precarização do trabalho, ausência de reconhecimento profissional, exigência de produtividade, baixos salários, dificuldade de trabalho em equipe, deficiências das redes de atenção à saúde, inexistência de discussão sobre plano de cargos e salários, perdas salariais e até mesmo, intervenções de caráter político no trabalho (TRINDADE, 2010; CARREIRO, 2013). E ainda, as relações socioprofissionais na ESF podem incidir negativamente no trabalho, com as dificuldades na comunicação entre seus membros aumentando as incertezas, o que dificulta a coordenação do trabalho (SHIMIZU, 2012).

Existe um esforço do Ministério da Saúde em ampliar o acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população através da implantação de programas que avaliem os processos e a melhoria de resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ (BRASIL, 2015). Porém, ainda se nota incipiente essa modalidade de avaliação, pois os trabalhadores das ESF não possuem nenhuma possibilidade de participar de sua formulação. Além disso, o instrumento utilizado para avaliação da qualidade não leva em consideração o profissional e sim, apenas os processos de trabalho e estrutura física, reduzindo a prestação de serviços como algo mecânico (MORAES, 2013).

Há ainda outras incoerências encontradas no PMAQ, como a forma de concorrência estabelecida por equipes em que cria uma pressão mútua entre os trabalhadores, pois o desempenho individual de um pode comprometer o resultado da equipe. Além disso, a cobrança dos indicadores para o profissional médico é bem maior. Dentre os quatro indicadores de desempenho todos são relativos ao trabalho do médico, o que faz com que praticamente todo o resultado da equipe recaia sobre esse profissional. Isso se torna suficiente para aumentar o estresse laboral do médico da ESF (MORAES, 2013).

O trabalho na ESF exige um grau elevado de responsabilidades que são assumidas pelos profissionais dessas equipes. A sobrecarga de tarefas, as dificuldades técnicas ou de infraestruturas, os processos de trabalho e as tensões vividas no cotidiano, seja com a equipe ou com a comunidade, levam os profissionais de saúde a riscos psicossociais e estresse ocupacional (TRINDADE, 2010). O trabalho nas ESF também tem sido pautado pelo estresse, visto que existe uma cobrança social contra esses profissionais já que sua profissão

se aproxima da idéia de vocação (CARLOTTO, 2007). Nesse sentido, o cuidado que deveria ser visto como algo integral, muitas vezes se torna fragmentado, pois o profissional vivenciando um estado de estresse pode perder o controle do processo de trabalho. (LEONELLI, 2013). E é nesse cenário que se implanta no Brasil a Medicina de Família e Comunidade (MFC) que é uma especialidade médica, de atuação clínica, que se insere no modelo de atenção à saúde da ESF e atua na promoção, proteção e recuperação da saúde para as pessoas, famílias e comunidades. Os princípios da MFC foram formalizados pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). Seu campo de abrangência é a promoção da atenção integral à saúde (ALLEN, 2002).

As práticas de saúde na ESF levam a contato contínuo e mais direto com os pacientes, suas famílias e comunidades. Isso resulta em uma maior exposição a estressores psicossociais, ambientais e econômicos. A falta de recursos técnicos e de profissionais qualificados e as necessidades clínicas ou sociais constituem elementos do cotidiano de várias equipes de ESF. (CARLOTTO, 2013).

Há uma percepção de que o trabalho na ESF tem sido baseado no método de repetição e divisão de trabalho de Taylor. Para os profissionais de APS, as tarefas repetitivas, o ritmo de trabalho, a pressão (em termos de prazos), a cobrança por resultados, a fiscalização do desempenho e os resultados desejados pela gestão em um contexto fora da realidade vivenciada são considerados fatores críticos para o estresse laboral. Assim, a inadequação e a insuficiência de recursos necessários para a realização de um bom trabalho levam a custos humanos muitas vezes irreparáveis (SHIMIZU, 2012).

Para o cidadão que procura pelos serviços prestados na ESF não lhe importa de qual esfera do governo provém o serviço e sim se suas necessidades são eficientemente atendidas na hora. Se não há atendimento eficiente, os profissionais, que estão nesta porta de entrada para o SUS, tornam-se os únicos alvos visíveis para as queixas e críticas dos usuários, sendo aqueles responsabilizados pelas deficiências do serviço (ALBUQUERQUE, 2011). Com o passar do tempo, quanto maior for a permanência do profissional em uma equipe de saúde, maior a chance de ele relatar os danos causados pelas situações estressantes vividas por ele. Para os trabalhadores que estão alocados em equipes incompletas, as pressões diárias são mais impactantes, pois o trabalho sendo redistribuído aumenta a sobrecarga individual. Além disso, os médicos relatam que o relacionamento com a comunidade acaba sendo um grande fator de

estresse e que a ESF continua sendo uma forma temporária de trabalho (LEONELLI, 2013).

Neste sentido, a equipe da ESF atua sob estímulos estressores que podem desencadear a sensação de impotência do profissional devido às limitações existentes em muitas situações vivenciadas e que comprometem o cuidado de saúde almejado pelo trabalhador (ALBUQUERQUE, 2011).

1.2 – O estresse no trabalho

O contingente de trabalhadores em saúde tem crescido no Brasil e no mundo. O número de pessoas que trabalham na saúde pública e privada brasileira compreende mais de 1,5 milhões de profissionais registrados em seus respectivos conselhos profissionais, sendo que a rede do SUS é o principal empregador do país. Entretanto, a força de trabalho ideal para atendimento no SUS, composta de profissionais qualificados, orientados para evidência científica, bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde não correspondem ao perfil dos profissionais que operam o sistema, mesmo que as universidades formem por ano cerca de 162.000 estudantes nas áreas de saúde e bem-estar social (BRASIL, 2010).

A formação de jovens profissionais e sua inserção em um mercado de trabalho, muitas vezes competitivo e fragmentado tem efeitos deletérios na saúde psíquica desses trabalhadores. (LEONELLI, 2013). Os trabalhadores submetidos a situações de fracasso, descontentamento com a organização do trabalho e gestão, altos níveis de concentração em curto espaço de tempo tem evidenciado sofrimento pelo absenteísmo, conflitos interpessoais e até distúrbios mentais (REIS, 2010; ANDRADE, 2015).

O Ministério da Saúde alerta para uma atenção às condições de insegurança no trabalho, subemprego e segmentação crescente do mercado trabalhista, pois entende que o surgimento de novas formas de adoecimento como o estresse, a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho podem gerar sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos. Essas relações de ambiente de trabalho com o valor subjetivo a que a pessoa dá e os valores econômicos e culturais contribuem para o acontecimento do estresse na vida do

empregado. Esse estresse pode ainda ter forte relação com os processos internos de trabalho, insegurança no emprego, redução do quadro de funcionários, a não utilização das habilidades e potencialidades do trabalhador e a incorporação tecnológica (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1946) traz dois conceitos que devem ser utilizados na abordagem do trabalhador: saúde e qualidade de vida. Deve-se aplicar na prática o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. E o de qualidade de vida como uma percepção individual de que suas necessidades estão sendo satisfeitas, que não lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas. Em relação ao trabalho, aponta que, na maioria das vezes, a Saúde Ocupacional e a Segurança no Trabalho desenvolvem suas ações sobre os riscos químicos, biológicos e físicos, em detrimento dos aspectos psicossociais do trabalho e suas implicações. Essa direção dada pela OMS gera um novo modelo de enfrentamento das mazelas que acometem as populações e também os trabalhadores (COMARU, 2011).

O *National Institute for Occupational Safety and Health* – NIOSH (2015), que é um órgão ligado ao *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), define estresse no trabalho como as reações físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as pressões ou exigências do trabalho não se igualam à capacidade, aos recursos ou às necessidades do trabalhador e essas interações podem levá-lo a adquirir doenças. Desse modo, o estresse laboral é desencadeador de diversas doenças psicofisiológicas, tais como: úlceras pépticas, hipertensão arterial sistêmica, afecções dermatológicas, artralguas, disfunções sexuais, comprometimento do sistema imunológico, alterações no humor, apatia, depressão, ansiedade, síndrome do pânico dentre outros. Por conseguinte, reforça a idéia de que as condições laborais têm papel principal nas causas do estresse, maior até mesmo que problemas familiares ou financeiros (LEONELLI, 2013; NIOSH, 2015).

Para o NIOSH (2015) alguns fatores intrínsecos ao trabalho e seu ambiente podem agir conjuntamente desencadeando o estresse ocupacional. O trabalho que exige grande esforço físico, jornadas e turnos longos, trabalhos repetitivos ou que tem pouco significado para o trabalhador ou que remete a um sentido de pouco controle podem influenciar no aparecimento de esgotamento profissional. Outros fatores como a falta de comunicação, o estilo de gestão,

ausência de participação na tomada de decisões, dificuldade nas relações interpessoais, ausência de uma política favorável a vida familiar, insegurança no trabalho e falta de oportunidade para o crescimento pessoal influenciam no adoecimento e aparecimento do estresse em longo prazo.

O estresse não afeta somente o nível físico, mas também as relações na equipe de trabalho. Mesmo sendo benéfico em algumas situações, pois o estresse funciona como um alerta para condições de perigo e atua com uma função adaptativa ao agente estressor. Ele, em altos níveis, pode levar ao aparecimento de condições de inoperância. Algumas pessoas apresentam uma capacidade de enfrentamento das dificuldades, resiliência, maior que outras. A resiliência protege o indivíduo de desenvolver patologias físicas e psíquicas decorrente do estresse crônico (SOUSA, 2015).

O estresse no profissional médico tem ocorrido devido a uma série de fatores que se interagem e que provocam de alguma forma um dano a esse trabalhador. A rotina e a longa jornada de trabalho, com noites mal dormidas resultam em uma condição de fadiga crônica. Alguns estudos afirmam que longas jornadas de trabalho, principalmente as que excedam 80 horas por semana se associam com o desgaste profissional. Outro problema evidenciado com as altas taxas de estresse é sua relação com o suicídio. Sabe-se que a taxa de suicídio entre os médicos é maior que a da população em geral. Para alguns estudiosos, o estresse em médicos residentes trouxe consequências deletérias ao seu treinamento, envolveu custos adicionais e diminuição na qualidade de vida desses jovens (SARMIENTO, 2015; FREIRE, 2016).

Alguns estudos apontam ainda a relação entre o estresse profissional e o uso de drogas lícitas ou ilícitas. Para os médicos, a aquisição de medicamentos utilizados em anestésias pode ser um meio de consumo dessas substâncias. As sensações de fracasso mantidas pelo estresse podem resultar na fuga da realidade através da drogadição, do consumo de álcool e do uso de tranquilizantes. Esse fato é pouco abordado entre os médicos porque gera uma gama de estigmas e preconceitos, além de prejudicar em assuntos profissionais (ANDRADE, 2015; MORELLI, 2015; FREIRE, 2016).

Para Trindade (2010), os médicos da ESF também estão expostos a diversos desafios e estressores laborais, isto faz com que se tenha de desenvolver uma série de habilidades para atender à população bem como para o autocuidado. E caso não utilizem estratégias de

enfrentamento adequadas, ficam vulneráveis ao esgotamento profissional. Nos últimos anos, a pressão sobre os trabalhadores da saúde, inclusive os da ESF, tem aumentado como resultado das diferentes reformas dos cuidados de saúde que afetam autonomia, prestígio e renda, resultando em maior estresse no trabalho, podendo resultar em reações crônicas tais como problemas de saúde, esgotamento profissional (*burnout*) e depressão (ARIGONI; PINTO, 2010; MORELLI, 2015).

Pesquisas apontam que médicos de APS têm se sentidos exaustos emocionalmente devido às incertezas inerentes à profissão e medo de cometer erros médicos. Além disso, o sentimento de solidão, de trabalhar sozinho, o excesso de trabalho ou a falta de experiência tem aumentado a taxa de estresse nesses profissionais (KUSHNIR, 2013; TORPPA, 2015). Para Moreira (2015), a própria formação médica já apresenta vários fatores que desencadeiam o estresse, dentre eles a carga horária intensa e extensa, dificuldades em conciliar a vida pessoal e a acadêmica, competitividade entre os estudantes, privação do sono, medo de adquirir doenças ou de cometer erros.

Os sintomas de desgaste profissional podem aparecer em quaisquer trabalhadores que são submetidos a essas condições de trabalhos estressantes. A fadiga e o estresse decorrentes desses ambientes estressores estão intimamente relacionados com o aparecimento da Síndrome de *Burnout* (SARMIENTO, 2015).

1.3 – Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional

O estresse crônico ocupacional ou Síndrome de *Burnout* (SB) é considerado um grave problema de caráter psicossocial que vem afetando o trabalho em todo mundo. É reconhecido como um risco ocupacional, sendo incluso em leis brasileiras de auxílio ao trabalhador. O Decreto nº 3048/99, de 6 de maio de 1996, que dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, Lista B, onde trata dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais (previsto no Art. 20, da Lei nº 8.213/91), ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10); no inciso XII, aponta a “Sensação de Estar Acabado” - “Síndrome de *Burnout*”, “Síndrome do Esgotamento Profissional” (BRASIL, 1999). Porém, o tema ainda é pouco discutido, e, em

grande parte, desconhecido, entre os profissionais (FERRARI, 2013).

O termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez pelo psicólogo Freudenberger, em 1974, que o definiu como um estado de fadiga ou frustração que ocorre devido à dedicação intensa a uma causa, modo de vida ou relacionamento que não produz o resultado esperado. É um fenômeno psicossocial que aparece como uma resposta aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, cronicamente. Este conceito proposto por Maslach é mais aceito na atualidade (PEREDA-TORALES, 2009; CAVALEIRO, 2010; FREIRE, 2012). Outro conceito aplicado é o de Farber, onde o *burnout* é uma síndrome advinda do trabalho, oriunda da discrepância percebida entre esforço e consequência, influenciada por fatores pessoais, organizacionais e sociais (FELICIANO, 2011).

O estresse está presente no cotidiano das pessoas, biologicamente é um mecanismo de defesa. Mas, se o estresse torna-se crônico e está associado ao trabalho e ele é um fator contributivo para doença de etiologia multicausal, sendo considerado uma patologia relacionada ao trabalho (BERNARDO, 2011). O estresse ocupacional continuado torna-se crônico, levando ao aparecimento da SB. A síndrome ocorre quando o indivíduo não possui mais recursos para enfrentar as situações estressoras decorrentes do processo laboral. Os profissionais, geralmente, não percebem seu próprio adoecer, tornando-se um grupo em risco para desenvolvimento do esgotamento profissional (FERRARI, 2013).

A saúde mental tornou-se recentemente uma preocupação internacional. A OMS alerta que os transtornos mentais menores acometem aproximadamente 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, entre 05 e 10% (BRASIL, 2002). No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (2015) referentes à concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superiores a 15 dias e de aposentadoria por invalidez ou incapacidade definitiva para o trabalho, demonstram que os transtornos mentais ocupam o 26º lugar entre as 200 causas de afastamento mais frequentes.

A SB é um elemento intimamente relacionado à condição emocional das pessoas em relação ao seu trabalho, algo como uma combustão completa e tem sido caracterizada como um dos grandes problemas psicossociais que afetam profissionais de diversas áreas. Tem gerado grande interesse e preocupação não só da comunidade científica internacional, como de entidades governamentais, empresariais, educacionais e sindicais no Brasil devido à

severidade das consequências que ela apresenta no indivíduo e na organização (MILLÁN-GONZÁLEZ, 2009; FREIRE 2016). As profissões ligadas à saúde são tradicionalmente reconhecidas como profissões que se pautam pela dedicação, zelo, sacrifício e caridade, qualidades que perpassam por uma obrigação moral ou dever de serviços fundamentados em uma vocação, próxima da vocação religiosa. Ajudar as pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas recentemente tem sido dada atenção aos custos emocionais da sua realização (CARLOTTO, 2011; ALBUQUERQUE, 2012).

A SB é formada por três dimensões relacionadas, mas independentes: 1) Exaustão emocional caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. É possível a coocorrência de sentimentos de frustração e tensão, pois os trabalhadores podem perceber que já não têm condições de despender mais energia para o atendimento a pessoas como faziam antes. 2) Despersonalização que é a situação em que o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos de forma distante e impessoal. 3) Baixa realização pessoal no trabalho definida como a tendência do trabalhador em se auto avaliar de forma negativa. As pessoas se sentem infelizes e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. Também experimentam um declínio no sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros. Estas dimensões estão agregadas no *Maslach Burnout Inventory* (MBI), usado para medir a síndrome (ARIGONI, 2010; CAVALEIRO, 2010; ALBUQUERQUE, 2012).

Existem outros instrumentos, como o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT), utilizado em um trabalho por Silveira (2014), em Porto Alegre/RS, que já está validado para a realidade brasileira e a Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB), revalidada para a ESF, que foi utilizada em um estudo com profissionais da ESF por Albuquerque (2014) . Esses instrumentos também avaliam as dimensões da síndrome, no entanto, o MBI é ainda o questionário mais utilizado para a caracterização da SB (ALBUQUERQUE, 2012; SILVEIRA, 2014).

Para Benevides-Pereira (2010), as causas da SB são multifatoriais. A combinação de características pessoais, do trabalho e da organização agindo como facilitadores ou inibidores do processo de estresse poderá levar o trabalhador a apresentar a síndrome (FIGURA 1).

Figura1. Mediadores, facilitadores e/ ou desencadeadores da SB

Mediadores, Facilitadores e/ou Desencadeantes do Burnout	
<p><i>Características Pessoais</i></p> <p><i>Idade</i> <i>Sexo</i> <i>Nível educacional</i> <i>Filhos</i> <i>Personalidade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nível de Resiliência</i> • <i>Locus de Controle.</i> • <i>Padrão de personalidade Tipo A</i> • <i>Variáveis do 'self'</i> • <i>Estratégias de Enfrentamento.</i> • <i>Neuroticismo.</i> • <i>Perfeccionismo</i> <p><i>Sentido de Coerência</i> <i>Motivação</i> <i>Idealismo</i></p> <p><i>Características Organizacionais</i></p> <p><i>Ambiente Físico</i> <i>Mudanças Organizacionais</i> <i>Normas Institucionais</i> <i>Clima</i> <i>Burocracia</i></p> <p><i>Comunicação</i> <i>Autonomia</i> <i>Recompensas</i> <i>Segurança</i></p>	<p><i>Características do Trabalho</i></p> <p><i>Tipo de Ocupação</i> <i>Tempo de Profissão</i> <i>Tempo na Instituição</i> <i>Trabalho por Turnos ou Noturno</i> <i>Sobrecarga</i> <i>Relacionamento entre os colegas de trabalho</i> <i>Assédio Moral</i> <i>Relação Profissional-Cliente</i> <i>Tipo de Cliente</i> <i>Conflito de Papel</i> <i>Ambigüidade de Papel</i> <i>Suporte Organizacional</i> <i>Satisfação</i> <i>Nível de Controle, Autonomia</i> <i>Responsabilidade</i> <i>Pressão</i></p> <p><i>Possibilidade de progresso</i> <i>Percepção de Inequidade</i> <i>Conflito com os Valores Pessoais</i> <i>Falta de feed-back</i></p> <p><i>Características Sociais</i></p> <p><i>Suporte social</i> <i>Suporte familiar</i> <i>Cultura</i> <i>Prestígio</i></p>

Fonte: Benevides-Pereira (2004).

A SB manifesta-se através de quatro sintomatologias: física, comportamental, psíquica e defensiva (QUADRO 1). Os sintomas físicos vão desde fadiga constante, distúrbios do sono, chegando à falta de apetite e dores musculares constantes. Na esfera psíquica é observada a falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração. No plano comportamental o trabalhador apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, há um aumento das relações conflituosas com colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho. Na fase defensiva o indivíduo tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (FREIRE, 2016).

Segundo Freire (2012), os efeitos da SB podem prejudicar o profissional em três níveis: individual – físico, mental, profissional e social, profissional – atendimento negligente e lento ao cliente, contato impessoal com colegas de trabalho e/ou pacientes/clientes e organizacional – conflito com os membros da equipe, rotatividade, absenteísmo, diminuição da qualidade dos serviços. Nos profissionais acometidos a sobrecarga psíquica e tensional é imensa que deveria ser periodicamente avaliada, dessa forma preservando a saúde mental e física dos trabalhadores.

Quadro 1. Sintomatologias da Síndrome de *Burnout*

Físicos	Comportamentais	Psíquicos	Defensivos
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos	Falta de atenção, de concentração	Tendências ao Isolamento
Distúrbios do sono	Irritabilidade	Alteração de memória	Sentimento de Onipotência
Dores musculares ou osteo-musculares	Incremento da agressividade	Lentificação do pensamento	Perda de interesse pelo trabalho
Cefaléias, enxaquecas	Incapacidade para relaxar	Sentimento de alienação	Absenteísmo
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade na aceitação de mudanças	Sentimento de solidão	Ironia, cinismo
Imunodeficiência	Perda de iniciativa	Impaciência	
Transtornos cardiovasculares	Aumento do consumo de substâncias	Baixa auto-estima	
Distúrbios do sistema respiratório	Comportamento de alto-risco	Sentimento de insuficiência	
Disfunções sexuais	Suicídio	Labilidade emocional	

A SB não se traduz somente pela exaustão física e/ou emocional resultante da alta sobrecarga e pressão de trabalho. Estressores de ordem interpessoal (falta de suporte) e também relativos às interferências burocráticas (conflitos e ambiguidade de papel e falta de autonomia) tiram do trabalhador sua capacidade de exercer sua profissão de modo eficiente. O esgotamento profissional faz com que toda a dinâmica conquistada pelo trabalhador durante seus anos trabalhados, se perca, levando a uma inércia capaz de paralisar as atitudes do profissional (FERRARI, 2012; MORELLI, 2015). A SB é considerada pela OMS como um risco trabalhista e sua importância reside no impacto que tem sobre a relação trabalho entre a equipe médica (PEREDA-TORALES, 2009).

Em alguns artigos, a SB aparece como uma das causadoras da diminuição da qualidade dos serviços prestados. Há relatos que próximo a 18% dos pacientes dos Estados Unidos e Inglaterra e mais de 27% deles no Canadá classificaram sua última internação em relação aos cuidados da equipe de saúde como regular ou limitada, sugerindo terem sido atendidos por profissionais acometidos pelo estresse crônico. O esgotamento médico tem sido ligado a uma pior qualidade de atendimento, incluindo insatisfação do paciente, o aumento de erros médicos, processos judiciais e diminuição da capacidade de expressar empatia. Abuso de substâncias, acidentes automobilísticos, problemas conjugais, de discórdia familiar e de saúde relacionados com o estresse estão entre as consequências pessoais relatadas (KRASNER, 2009; KUSHNIR, 2013).

Na APS, a prevalência da SB tem sido relatada com grande discrepância, variando de 6,3% a 75,3%. Essa variação pode ser explicada através da análise das dimensões da síndrome. Em alguns estudos, os pesquisadores utilizaram as três dimensões para classificar a doença, em outros utilizaram apenas dois critérios. Os médicos geralmente são acometidos em graus grave e moderado/grave (AL-SAREAI, 2013; STANETIĆ, 2013). Os médicos de saúde da família apresentam taxas semelhantes às demais especialidades médicas. As taxas encontradas foram aproximadamente de 48,7% em anestesiologia, 52,3% para oncologia, 68,6% medicina intensiva e 75% em obstetrícia e ginecologia (MARTINI, 2004; MARTINS, 2014; FREIRE, 2016). As especialidades em medicina de emergência, medicina interna, neurologia, medicina de família e comunidade são apontadas como as de maiores taxas de SB, enquanto patologia, dermatologia, pediatria e medicina preventiva possuem taxas mais baixas (SHANAFELT, 2012).

A SB tem se tornado relevante à medida que afeta a qualidade da atenção e traz prejuízos para saúde do trabalhador. Ela tem gravidade e consequências que podem prejudicar os trabalhadores e os usuários do serviço de saúde. Entretanto, ela é uma patologia ainda pouco conhecida pela população e até por profissionais de saúde e merece ser investigada por seu número, seriedade potencial e domínios afetados. Esse desconhecimento faz com que o profissional que trata a pessoa com SB confunda essa patologia com estresse ou depressão. Porém, enquanto a SB guarda uma relação próxima com a atividade profissional que o sujeito exerce, o estresse ou a depressão estão voltados para os componentes pessoais e não ao ambiente de trabalho (PINTO, 2010; FREIRE, 2012; MARTINS, 2014). A ESF constitui-se um dos principais pilares do SUS e o conhecimento das condições de saúde de seus trabalhadores é de grande importância, tendo em vista sua proteção e relevância sócio sanitária (PINTO, 2010). No Quadro 2 tem-se uma relação de estudos sobre a SB encontrada em médicos de família.

Diante desse contexto, pode-se observar que os estudos sobre essa patologia em médicos de APS no Brasil são escassos e que as publicações sobre o tema ainda não possuem um número expressivo, isto o torna um assunto pouco conhecido. Os estudos sobre essa patologia são importantes e precisam contemplar os profissionais que trabalham nas ESF, que lidam com as deficiências do sistema e tem contato direto com os usuários. Faz-se necessário maior número de pesquisas para que se possa conhecer melhor essa patologia e os profissionais possam estar se qualificando no tratamento dessa síndrome (PINTO, 2010; ALBUQUERQUE, 2012).

Quadro 2. Estudos sobre a Síndrome de *Burnout* em médicos de APS

Autores	País	Instrumento/Estudo	Participantes	Resultados
ABDULGHAFOUR, Y.A. <i>et al.</i> (2011)	Kuwait	MBI/Prevalência	200 médicos	37% de esgotamento emocional, 23% de despersonalização e 63% de baixa realização profissional.
ALBUQUERQUE, F.J.B. <i>et al.</i> (2012)	Brasil	ECB/Prevalência	30 médicos	37,09% dos profissionais apresentaram SB
AL-SAREAL, N.S. <i>et al.</i> (2013)	Arábia Saudita	MBI/Prevalência	370 médicos	6,3% dos profissionais apresentaram SB
AL-SHORAIAN, G.M.S. <i>et al.</i> (2011)	Kuwait	MBI/Prevalência	105 médicos	33,3% dos profissionais apresentaram SB
BAYKAN, Z. <i>et al.</i> (2014)	Turquia	MBI/Prevalência	143 médicos	16,1% de esgotamento emocional, 4,3% de despersonalização e 21% de baixa realização profissional.
CARLOTTO, M.S. <i>et al.</i> (2014)	Brasil	MBI/Prevalência	30 médicos	36,2% de esgotamento emocional, 15,7% de despersonalização e 7,9% de baixa realização profissional.
CUBILLO, A.C.M. <i>et al.</i> (2012)	Espanha	MBI/Prevalência	167 médicos	68,8% dos profissionais apresentaram SB
FALGUERAS, M.V. <i>et al.</i> (2015)	Espanha	MBI/Prevalência	293 médicos	49,5% burnout em 01 escala e 21,5% burnout em 02 escalas.
FERNÁNDEZ, J.M.D. <i>et al.</i> (2012)	Espanha	MBI/Prevalência	27 médicos	37% apresentam SB
FRUTOS-LLANES, R. <i>et al.</i> (2014)	Espanha	MBI/Prevalência	141 médicos	16% de SB no seu grau severo e 68% em seu grau moderada / grave.
KUSHNIR, T. <i>et al.</i> (2014)	Israel	MBI/Prevalência	136 médicos	56% apresentaram SB no seu grau severo
MARCELINO, G. <i>et al.</i> (2012)	Portugal	MBI/Prevalência	153 médicos	32,4% apresentaram SB
MARTINS, L.F. <i>et al.</i> (2014)	Brasil	MBI/Prevalência	107 médicos	41,6% dos profissionais com SB
NAVARRO-GONZÁLEZ, D. <i>et al.</i> (2015)	Espanha	MBI/Prevalência	75 médicos	22,7% de esgotamento emocional, 21,3% de despersonalização e 24% de baixa realização profissional.
SÁNCHEZ-CRUZ, J. <i>et al.</i> (2013)	México	MBI/Prevalência	130 médicos	45,4% dos profissionais apresentaram SB
SHANAFELT, T.D. <i>et al.</i> (2012)	EUA	MBI/Prevalência	752 médicos	51% dos profissionais apresentaram SB
SILVA, S.C.P.S. <i>et al.</i> (2015)	Brasil	MBI/Prevalência	54 médicos	7% dos profissionais apresentaram SB
SILVEIRA, SLM <i>et al.</i> (2014)	Brasil	CESQT/Prevalência	31 médicos	29% dos profissionais apresentaram SB
STANETIĆ, K. <i>et al.</i> (2013)	República Servia	MBI/Prevalência	239 médicos	75,3% tinham um alto nível de stress/SB
TRINDADE, L.L. <i>et al.</i> (2010)	Brasil	MBI/Prevalência	12 médicos	6,97% apresentaram SB
TORPPA, M.A. <i>et al.</i> (2015)	Finlândia	MBI/Prevalência	165 médicos	18% apresentaram SB

MBI: *Maslach Burnout Inventory*, ECB: Escala de caracterização do *Burnout*, CESQT: *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

Considerando a importância do diagnóstico do estresse crônico no médico da ESF para o planejamento de medidas preventivas a fim de promover a saúde desses trabalhadores, esse estudo se justifica por investigar a prevalência da SB e fatores associados nesses médicos. Dessa forma, possibilitando o conhecimento sobre o tema para que se possa dar subsídios para a melhoria da qualidade de vida e dos serviços prestados por esses profissionais e melhor estruturação da APS.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Investigar a prevalência da Síndrome de *Burnout* e fatores associados entre os médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e de trabalho dos médicos da ESF;
- Identificar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* entre os médicos da ESF;
- Associar qualidade de vida, estresse psicossocial no trabalho e desequilíbrio-esforço-recompensa com a ocorrência da Síndrome de *Burnout* em médicos da ESF.

3 METODOLOGIA

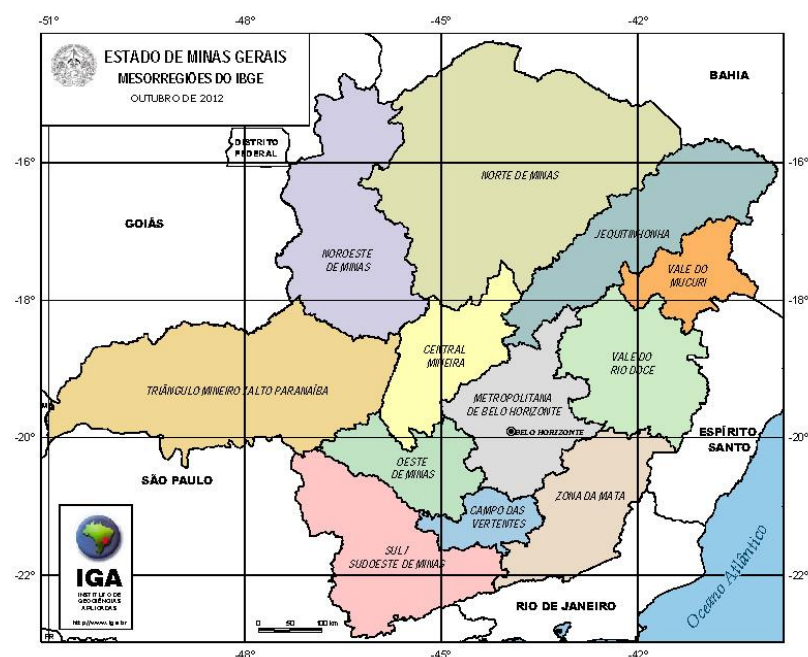
3.1 - Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal de levantamento de dados.

3.2 - Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Montes Claros, no estado de Minas Gerais. O IBGE divide o estado em 12 mesorregiões e 66 microrregiões (FIGURA 2). Este sistema de divisão tem aplicações importantes na elaboração de políticas públicas e no subsídio ao sistema de decisões quanto à localização de atividades econômicas, sociais e tributárias.

Figura 2. Mapa das mesorregiões do Estado de Minas Gerais

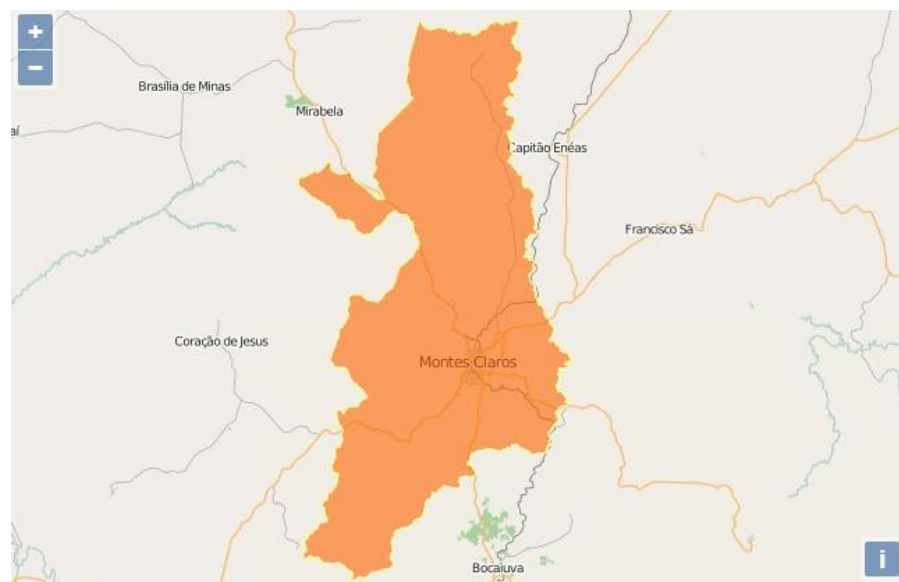


Fonte: IBGE (2012)

O município de Montes Claros (FIGURA 3) está situado na mesorregião do Norte de Minas e tem sua população estimada em 2015 de 394.350 habitantes distribuídos em uma área de 3.568.941 km² de extensão (IBGE, 2015).

É um município caracterizado por precários indicadores socioeconômicos, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,770 (IBGE, 2010) e índice de GINI de 0,5391 (BRASIL, 2010). O índice de GINI mede ao grau de desigualdade na distribuição de renda entre a população, numa escala que varia de 0 (zero) a 1 (um), em que 0 significa distribuição igual de renda e 1 a distribuição desigual de renda. Apesar do baixo IDH e alto GINI Montes Claros se destaca por todo um conjunto de recursos disponíveis e potencialidades que o excluem da condição de região pobre e o colocam na direção efetiva do desenvolvimento econômico e social autônomo. (MONTES CLAROS, 2015).

Figura 3. Mapa do município de Montes Claros



Fonte: IBGE (2015)

3.3 - População Alvo

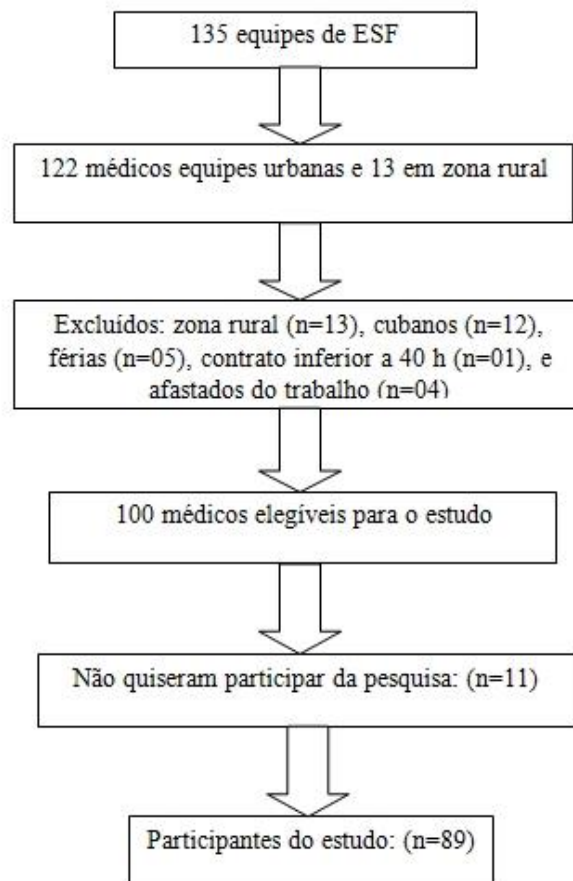
Este estudo foi realizado com médicos das equipes de ESF, situadas em área urbana do Município de Montes Claros, e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

3.4 – População do estudo

O município de Montes Claros possui no total 135 equipes de ESF, sendo 122 urbanas e 13 em zona rural, computando um total de 135 médicos.

Foram considerados critérios de inclusão para o estudo: ser médico de equipe de ESF de Montes Claros, estar cadastrado no CNES por esta equipe e aceitar participar da pesquisa. E os critérios de exclusão foram: ter contrato inferior ao de 40 horas semanais na ESF, pertencer a uma equipe de zona rural, não ter nacionalidade brasileira e estar afastado, férias ou de licença médica. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, considerou-se 89 profissionais elegíveis para a pesquisa (FIGURA 4).

Figura 4. Fluxograma de seleção dos profissionais participantes do estudo



3.5 - Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados cinco questionários estruturados. Um questionário com questões abertas e fechadas e 04 questionários tipo escala Likert.

3.5.1 - Questionário de Perfil Sociodemográfico e de Trabalho

O primeiro questionário denominado de Questionário de Perfil Sociodemográfico e de Trabalho (QPS) (APÊNDICE A), constituído por 34 itens, aborda sobre variáveis sociodemográficas tais como: gênero, idade, estado civil, incluindo também dados como nível acadêmico, características e condições do trabalho atual e condições da vida cotidiana que podem interferir em sua atividade laboral.

3.5.2 – *Maslach Burnout Inventory*

Outro instrumento que foi aplicado é o *Maslach Burnout Inventory* ou Inventário de *Burnout* de *Maslach* (MBI) (ANEXO A) que é um questionário específico para caracterização do *Burnout*, foi construído por Maslach e Jackson em 1981 e traduzido por Lautert em 1995. Este questionário é constituído por 22 itens e evidencia três fatores fundamentais: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Este instrumento demonstra capacidade na medição da síndrome de *burnout* em diversas profissões. O sistema de pontuação varia de 1 a 5, isto é, 1 para nunca, 2 para algumas vezes ao ano, 3 para algumas vezes ao mês, 4 para indicar algumas vezes na semana e 5 para diariamente (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007, TRINDADE, 2010).

No MBI a “exaustão emocional” é composta por 09 itens, que traduzem sentimentos de estar cansado, exausto e esgotado com o trabalho; a “despersonalização”, formada por 5 questões que descrevem respostas impessoais ou negativas dirigidas para aqueles a quem se presta o serviço e a “realização profissional”, que é constituída por 8 itens, usados para avaliar

sentimentos ao nível da capacidade e sucessos alcançados no trabalho com pessoas. (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007; FREIRE, 2012).

A pontuação total do MBI é obtida pela soma separadamente de cada domínio que engloba a SB. A pontuação final evidencia se o avaliado tem graus leve, moderado ou alto de *burnout*. Assim, a SB leve é caracterizada por pontuação baixa nas subescalas “exaustão emocional” e “despersonalização”, com pontuação alta na subescala “realização pessoal”. A síndrome de *burnout* moderada é caracterizada por pontuação média nos três domínios. Um nível alto de *burnout* reproduz-se em escores elevados nas subescalas de “exaustão emocional” e “despersonalização” e escores baixos na “realização profissional” (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007; CUBERO, 2014).

Para o cálculo da SB foram utilizados os pontos de corte do estudo original de Maslach (1998) que preconiza um valor no caso da “exaustão emocional” acima dos 27 pontos para se considerar um nível de *burnout* elevado. Quando existem valores, entre 16-26 é indicador de níveis médios e abaixo de 16 corresponde a níveis de *burnout* baixos. Para o quesito de “despersonalização”, as pontuações superiores a 13 representam níveis altos, de 7-12 moderado e inferior a 6 indica um nível baixo de *burnout*. Por fim, a “realização profissional” é oposta as dimensões anteriores, portanto, níveis maiores ou iguais a 39 pontos representam um acometimento baixo, entre 33 a 38 pontos um nível moderado e menor ou igual a 31 é um nível alto de *burnout*. Alguns autores sugerem que B a presença de nível alto em pelo menos uma das três dimensões pode caracterizar a SB. No presente estudo foi utilizado o critério proposto por Maslach, no qual são avaliados os três domínios que compõe a síndrome. A presença de nível alto nas três dimensões caracterizou a SB (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007; CUBERO, 2014).

3.5.3 - *Job Stress Scale*

O terceiro instrumento, a *Job Stress Scale* ou Escala de Estresse no Trabalho (JSS) (ANEXO B), criada por Robert Karasek nos anos 70, procura fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde nas relações sociais do ambiente de trabalho. Nesse sentido, propôs um modelo teórico bidimensional que relacionava dois aspectos – demandas e controle

no trabalho – ao risco de adoecimento (KARASEK, 1979; BORINE, 2012).

Uma versão reduzida da JSS originalmente elaborada por Karasek que continha 49 perguntas foi elaborada por Töres Theorell em 1988, na Suécia, contendo 17 questões divididas em três dimensões: cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle e seis para apoio social (ALVES, 2004). No presente trabalho foi utilizada a versão reduzida da JSS proposta por Töres Theorell. As questões de 1 a 5 avaliam as demandas psicológicas. Cada uma das respostas deve receber pontuação de 1 a 4, sendo que 1 indica pouca demanda e 4 muita demanda. Na questão 4 é atribuída a pontuação inversa. As questões 6 a 11 abordam o controle e são subdivididas em discernimento intelectual (questões de 6 a 9) e autoridade sobre decisões (questões 10 e 11). Nestas questões, o escore 1 significa pouco discernimento enquanto escore 4: muito discernimento. Na questão 9 é atribuída a pontuação inversa. Para as perguntas de autoridade sobre decisões, atribui-se o escore 4 para muita autoridade e 1 para pouca autoridade. O apoio social é associado às questões de 12 a 17, em que o escore 4 equivale a muito apoio e 1, a pouco apoio. Para verificação do estresse do trabalho soma-se o total de cada dimensão, chegando-se às possibilidades de alta ou baixa demanda, alto ou baixo controle, alto ou baixo apoio social (KARASEK, 1990; ALVES, 2004; BORINE, 2012).

Para a pontuação do estresse na escala, considera-se que respostas mais próximas de 01 indicam maior suscetibilidade ao estresse, enquanto respostas mais próximas de 05 em “demanda e controle” ou 4 em “apoio social” indicam menor estresse (ULHÔA, 2011). Os quadrantes demanda - controle foram definidos a partir da análise das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Cada dimensão gerou um escore por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas e foi dicotomizada em “baixa” e “alta”, após confirmação de distribuição normal, pela média. A partir das dimensões da demanda (alta e baixa) e do controle (alto e baixo), definiram-se os quadrantes do modelo demanda-controle em alto desgaste no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) e baixo desgaste (baixa demanda psicológica e alto controle) (FIGURA 5) (KARASEK, 1979; ALVES, 2004; URBANETTO, 2011; BARCAUI, 2014).

Figura 5. Modelo Demanda-Controle de Karasek.

Controle	Alto	Baixa Pressão	Ativo
	Baixo	Passivo	Alta Pressão
		Baixo	Alto
		Demandas	

Fonte: Barcaui, A. (2014)

3.5.4 - Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa

O quarto instrumento aplicado foi a Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER) (ANEXO C) desenvolvido por Siegrist. Na pesquisa foi utilizada a versão brasileira do questionário. O instrumento DER compreende 23 itens e é composto por três dimensões que apresentaram bom desempenho psicométrico: esforço apresentando 6 itens; recompensa composta por 11 itens e excesso de comprometimento no trabalho composta por 6 itens. O esforço engloba as demandas exigidas pelo trabalho, como: pressão do tempo, interrupções, sobrecarga física que o trabalhador deve cumprir. A recompensa se refere aos aspectos financeiros, ao reconhecimento social do profissional e às oportunidades na carreira, em relação à estabilidade no emprego, possibilidades de promoção e manutenção do status. As opções de resposta para as dimensões esforço e recompensa são “concordo” e “discordo” e – no caso da resposta indicar estresse – existe uma gradação de quatro opções que variam de “nem um pouco estressado” a “muito estressado”. As opções de resposta para a dimensão “excesso de comprometimento no trabalho” consistem em uma gradação de quatro opções que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (SIEGRIST, 2004; SILVA, 2010; COMARU, 2011).

Para a pontuação do DER, calcula-se o escore de cada dimensão separadamente. Para a dimensão “esforço” existem 05 questões, variando de 01 a 05 pontos e escore de 05 a 25 pontos. Para “recompensa” são 11 questões, de 01 a 05 pontos e escore variando de 11 a 55 pontos. E, para a dimensão “excesso de comprometimento no trabalho” são avaliadas 06 questões, variando de 01 a 04 pontos e escore de 06 a 24 pontos. O cálculo deve conter o escore médio de cada componente com os maiores escores refletindo maior esforço e maior recompensa. A razão entre a média do escore do esforço dividido pela média do escore da recompensa apresenta o resultado da aplicação do modelo. Uma razão Esforço/Recompensa menor ou igual a 1,0 (um) representa uma situação de equilíbrio e maior que 1,0 (um) é sinal de um esforço desproporcional com a recompensa, caracterizando o desequilíbrio. Quanto maior for a razão Esforço/Recompensa, maior será a falta de equilíbrio. O comprometimento excessivo é definido pela linha de corte no tercil superior do escore em duas categorias: presente e ausente (SIEGRIST, 2004; COMARU, 2011).

3.5.5 - *WHOQOL-bref*

O quinto questionário foi o *WHOQOL-bref* ou Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida (Wb) (ANEXO D), constituído de 26 itens abordando a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida dos participantes e que podem estar influenciando ou desencadeando a síndrome de *Burnout*. Este instrumento foi elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS devido à necessidade de instrumentos de rápida aplicação. Neste contexto, surgiu o Wb, que é uma versão abreviada do WHOQOL-100. Este instrumento consta de questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL, 1998; FLECK, 2000).

No Wb, a primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As demais questões, 24, estão divididas nos domínios: físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas, como preconizado para os instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL, 1998; KLUTHCOVSKY, 2009).

As respostas do Wb foram elaboradas em uma escala do tipo Likert (1, 2, 3, 4, 5) e são respondidas de acordo com a percepção dos avaliados. Deve-se fazer a média de cada domínio. A pontuação final obedece a uma escala crescente sobre a percepção de qualidade de vida que varia de necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (WHOQOL, 1998; FLECK, 2000; NOGUEIRA, 2013).

3.6 - Coleta de dados

A coleta dos dados foi entre os meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de questionários estruturados específicos. Foi enviado via e-mail para cada médico um link (<http://goo.gl/forms/6Yx6aZ9Ocg>), com o qual o profissional acessava a página do questionário a ser respondido. Os médicos que não responderam ao questionário *online* foram abordados por contato via e-mail, telefone ou pessoalmente para a participação na pesquisa. Os contatos dos médicos, tais como e-mail, telefone e endereço foram obtidos por meio da Secretaria de Saúde do Município de Montes Claros.

Os questionários foram avaliados com teste piloto para evidenciar possíveis falhas na redação e foram aplicados em médicos professores do curso de medicina de uma faculdade da região.

3.7 - Análise dos dados

Todas as variáveis categóricas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências. Para descrever os escores das dimensões dos instrumentos *Maslach Burnout Inventory*, *Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e *WHOQOL-bref* foram utilizadas medidas descritivas como média, desvio-padrão, quartil, valor máximo e mínimo. A associação entre as dimensões da SB (Exaustão e Despersonalização) e variáveis sociodemográficas e relacionadas ao tempo dedicado ao trabalho foi avaliada por meio do teste não paramétrico Qui-quadrado, ao nível de 0,05. Foi também estimada a magnitude da associação entre as dimensões da SB (Exaustão e Despersonalização) e Estresse no trabalho, Qualidade de vida e Desequilíbrio Esforço-recompensa através da regressão logística,

adotando-se a razão de chances (OR), com intervalo de 95% de confiança, como medida de associação. Os dados foram analisados utilizando-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, versão 18.0 para Windows.

3.8 - Aspectos éticos

O projeto da pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado com o parecer de nº 762.251 de 15/08/2014 e à gestão municipal de Montes Claros, que assinou um termo de concordância com a pesquisa (APÊNDICE B).

Os participantes receberam via e-mail um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) onde foi considerada a assinatura eletrônica do sujeito. Ao acessar a área do questionário, os participantes também tinham acesso às informações sobre o estudo através do TCLE com a possibilidade da impressão do mesmo. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos participantes e das informações, que foram utilizadas exclusivamente para fins científicos.

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 Artigo: Síndrome de *Burnout*, Estresse Psicossocial e Qualidade de Vida em médicos da Atenção Primária

O artigo, produto desta dissertação, será apresentado à revista *Saúde em Debate* (ISSN 0103-1104, Qualis B1 na área Interdisciplinar) do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). O artigo foi redigido conforme normas do periódico.

4.1 ARTIGO

Síndrome de *Burnout*, Estresse Psicossocial e Qualidade de Vida em médicos da Atenção Primária

Burnout Syndrome, Psychosocial Stress and Quality of Life in physicians of Health Primary Care

RESUMO

O artigo descreve a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos da Atenção Primária e identifica a associação de qualidade de vida, estresse no trabalho e desequilíbrio esforço-recompensa com a ocorrência da síndrome. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal. A prevalência do *burnout* foi de 100% nos médicos, em grau moderado. Houve uma associação entre os escores das dimensões Exaustão e Despersonalização com: Demanda Psicológica, Físico, Relações Sociais, Ambiente, Qualidade de Vida Geral, Esforço e Comprometimento Excessivo. A Síndrome de *Burnout* pode comprometer a qualidade da assistência prestada e a saúde física e mental do médico.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Saúde da família. Atenção primária. Qualidade de vida. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The article describes the prevalence of Burnout Syndrome in in physicians of Health Primary Care and identifies the combination of quality of life, work stress and effort-reward imbalance with the occurrence of the syndrome. This is an epidemiological research, quantitative, telematic, analytical and cross. The prevalence of burnout was 100% in physicians, in moderate degree.. There was an association between the scores of the dimensions exhaustion and depersonalization with: Psychological Demand, Physical, Social Affairs, Environment, Quality of Life General, Effort and Commitment Excessive. The burnout syndrome can compromise the quality of care and the physical and mental health doctor.

Keywords: Burnout, Professional. Family Health. Primary Health Care. Quality of Life. Occupational Health.

Introdução

O estresse no trabalho é definido como as reações físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as pressões ou exigências do trabalho não se igualam à capacidade, aos recursos ou às necessidades do trabalhador. Essas interações podem levá-lo a adquirir doenças psicofisiológicas, tais como: úlceras pépticas, hipertensão arterial sistêmica, afecções dermatológicas, artralgias, disfunções sexuais, comprometimento do sistema imunológico, alterações psíquicas, dentre outras (NIOSH, 2015).

Alguns fatores intrínsecos ao trabalho e seu ambiente podem agir conjuntamente desencadeando o estresse ocupacional, tais como, o trabalho que exige grande esforço físico, jornadas e turnos longos, trabalhos repetitivos ou que tem pouco significado para o trabalhador, a falta de comunicação, o estilo de gestão, ausência de participação na tomada de decisões, dificuldade nas relações interpessoais ou ausência de uma política favorável a vida familiar influenciam no adocimento e aparecimento do estresse em longo prazo. O estresse não afeta somente o nível físico, mas também as relações na equipe de trabalho, e em altos níveis, podem levar ao aparecimento de condições de inoperância (NIOSH, 2015).

Para Trindade (2010), os médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) também estão expostos a diversos desafios e estressores laborais, isto faz com que se tenha de desenvolver uma série de habilidades para atender à população bem como para o autocuidado. E caso não utilizem estratégias de enfrentamento adequadas, ficam vulneráveis ao esgotamento profissional. Nos últimos anos, a pressão sobre os trabalhadores da saúde, inclusive os da ESF, tem aumentado como resultado das diferentes reformas dos cuidados de saúde que afetam autonomia, prestígio e renda, resultando em maior estresse no trabalho. (ALBUQUERQUE, 2012). O sentimento de solidão, de trabalhar sozinho, o excesso de trabalho ou a falta de experiência tem aumentado a taxa de estresse nesses profissionais. A fadiga e o estresse decorrentes desses ambientes estão intimamente relacionados com o aparecimento da Síndrome de *Burnout* (KUSHNIR, 2014).

A Síndrome de *Burnout* (SB) ou estresse crônico ocupacional é considerada um grave problema de caráter psicossocial que vem afetando o trabalho em todo mundo. É reconhecida como um risco ocupacional, sendo inclusa em leis brasileiras de auxílio ao trabalhador. O artigo 20, da Lei nº 8.213/91, no inciso XII, aponta a “Sensação de Estar Acabado” - “Síndrome de *Burnout*” ou “Síndrome do Esgotamento Profissional” ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (BRASIL, 1999).

O termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez pelo psicólogo Freudenberger, em 1974, que o definiu como um estado de fadiga ou frustração que ocorre devido à dedicação intensa a uma causa, modo de vida ou relacionamento que não produz o resultado esperado. É um fenômeno psicossocial que aparece como uma resposta aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, cronicamente. A SB é um elemento intimamente relacionado à condição emocional das pessoas em relação ao seu trabalho. Esse conceito proposto por Maslach é mais aceito na atualidade (MASLACH, 1998).

A SB é formada por três dimensões relacionadas, mas independentes: 1) Exaustão emocional caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. 2) Despersonalização que é a situação em que o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos de forma distante e impessoal. 3) Baixa realização pessoal no trabalho definida como a tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa. Estas dimensões estão agregadas no *Maslach Burnout Inventory* (MBI), usado para medir a síndrome (MASLACH, 1998; ALBUQUERQUE, 2012)

A SB manifesta-se através de quatro sintomatologias: física, comportamental, psíquica e defensiva. Os sintomas físicos vão desde fadiga constante, distúrbios do sono, chegando à falta de apetite e dores musculares constantes. Na esfera psíquica é observada a falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração. No plano comportamental o trabalhador apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, há um aumento das relações conflituosas com colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho. Na fase defensiva o indivíduo tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (MASLACH, 1998; FREIRE, 2016).

Segundo Freire (2016), os efeitos da SB podem prejudicar o profissional em três níveis: individual – físico, mental, profissional e social, profissional – atendimento negligente e lento ao cliente, contato impessoal com colegas de trabalho e/ou pacientes/clientes e organizacional – conflito com os membros da equipe, rotatividade, absenteísmo, diminuição da qualidade dos serviços. Nos profissionais acometidos a sobrecarga psíquica e tensional é imensa que deveria ser periodicamente avaliada, dessa forma preservando a saúde mental e física dos trabalhadores.

A SB não se traduz somente pela exaustão física e/ou emocional resultante da alta sobrecarga e pressão de trabalho. Estressores de ordem interpessoal (falta de suporte) e também relativos às interferências burocráticas (conflitos e ambiguidade de papel e falta de

autonomia) tiram do trabalhador sua capacidade de exercer sua profissão de modo eficiente (MORELLI, 2015). O esgotamento no profissional médico tem sido ligado a pior qualidade de atendimento, incluindo insatisfação do paciente, o aumento de erros médicos, processos judiciais e diminuição da capacidade de expressar empatia. (KUSHNIR, 2013).

Apesar de a SB ter gravidade e consequências que podem prejudicar os trabalhadores e os usuários do serviço de saúde, ela é uma patologia ainda pouco conhecida e merece ser investigada por seu número, seriedade potencial e domínios afetados (MARTINS, 2014). A SB tem se tornado relevante à medida que afeta a qualidade da atenção e traz prejuízos para saúde do trabalhador. Os estudos sobre essa patologia são importantes e precisam contemplar os profissionais que trabalham nas ESF, que lidam com as deficiências do sistema e tem contato direto com os usuários. Como a ESF constitui-se um dos principais pilares do SUS, o conhecimento das condições de saúde de seus trabalhadores é de grande importância, tendo em vista sua proteção e relevância sócio sanitária (ALBUQUERQUE, 2012).

Considerando a importância do diagnóstico do estresse profissional para o planejamento de medidas preventivas a fim de promover a saúde desses trabalhadores, esse artigo tem o objetivo de apresentar a prevalência da Síndrome de *Burnout* em médicos da ESF de Montes Claros-MG e identificar a associação de qualidade de vida, estresse no trabalho e desequilíbrio esforço-recompensa com a ocorrência da síndrome, possibilitando o conhecimento sobre o tema a fim de subsidiar a melhoria da qualidade de vida e dos serviços prestados por esses profissionais.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal de levantamento de dados, desenvolvida no município de Montes Claros, no estado de Minas Gerais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), com o parecer de nº 762.251 de 15/08/2014.

Este estudo foi realizado com médicos das equipes de ESF, situadas em área urbana do Município de Montes Claros, e incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES. Foram enviados questionários para os 122 médicos das equipes urbanas, sendo

excluídos os médicos estrangeiros, afastados do trabalho por qualquer motivo, os que trabalhavam em ESF de zona rural, que tinham contrato de trabalho na ESF inferior a 40 horas e aqueles que não quiseram participar da pesquisa. Assim, os participantes desse estudo totalizaram em 89 médicos de ESF.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de outubro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de questionários estruturados específicos. Foi enviado, via e-mail para cada médico, um link (<http://goo.gl/forms/6Yx6aZ9Ocg>), com o qual o profissional acessava a página do questionário a ser respondido. Os médicos que não responderam ao questionário *online* foram abordados por contato via e-mail, telefone ou pessoalmente para a participação na pesquisa. Os contatos dos médicos, tais como e-mail, telefone e endereço foram obtidos por meio da Secretaria de Saúde do Município de Montes Claros. Os questionários foram avaliados com teste piloto para evidenciar possíveis falhas na redação e foram aplicados em médicos professores do curso de medicina de uma faculdade da região.

O primeiro questionário utilizado denominado de Questionário de Perfil Sociodemográfico e de Trabalho (QPS), constituído por 34 itens, abordou sobre variáveis sociodemográficas tais como: gênero, idade e estado civil. O QPS incluiu outros dados como nível acadêmico, características e condições do trabalho atual e condições da vida cotidiana que podem interferir em sua atividade laboral.

O segundo instrumento que foi aplicado é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que é um questionário específico para caracterização do *Burnout*, foi construído por Maslach e Jackson em 1981 e traduzido por Lautert em 1995. Este questionário é constituído por 22 itens e evidencia três fatores fundamentais: exaustão emocional, composta por 09 itens; despersonalização, formada por 5 questões e realização profissional que é constituída por 8 itens. O MBI demonstra capacidade na medição da SB em diversas profissões (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007, TRINDADE, 2010).

A pontuação total do MBI é obtida pela soma separadamente de cada domínio que engloba a SB. A pontuação final evidencia se o avaliado tem grau leve, moderado ou alto de *burnout*. Assim, a SB leve é caracterizada por pontuação baixa nas subescalas “exaustão emocional” e “despersonalização”, com pontuação alta na subescala “realização pessoal. A síndrome de *burnout* moderada é caracterizada por pontuação média nos três domínios. Um nível alto de *burnout* reproduz-se em escores elevados nas subescalas de “exaustão emocional” e “despersonalização” e escores baixos na “realização profissional” (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007).

Para o cálculo da SB foram utilizados os pontos de corte do estudo original de

Maslach (1998) que preconiza um valor no caso da “exaustão emocional” acima dos 27 pontos para se considerar um nível de *burnout* elevado. Quando existem valores, entre 16-26 é indicador de níveis médios e abaixo de 16 corresponde a níveis de *burnout* baixos. Para o quesito de “despersonalização”, as pontuações superiores a 13 representam níveis altos, de 7-12 moderado e inferior a 6 indica um nível baixo de *burnout*. Por fim, a “realização profissional” é oposta as dimensões anteriores, portanto, níveis maiores ou iguais a 39 pontos representam um acometimento baixo, entre 33 a 38 pontos um nível moderado e menor ou igual a 31 é um nível alto de *burnout*. Alguns autores sugerem que B a presença de nível alto em pelo menos uma das três dimensões pode caracterizar a SB. No presente estudo foi utilizado o critério proposto por Maslach, no qual são avaliados os três domínios que compõe a síndrome. A presença de nível alto nas três dimensões caracterizou a SB (MASLACH, 1998; CARLOTTO, 2007).

O terceiro instrumento utilizado foi a *Job Stress Scale* (JSS) criada por Robert Karasek nos anos 70, que procura fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde nas relações sociais do ambiente de trabalho. Ele propôs um modelo teórico bidimensional que relacionava dois aspectos – demandas e controle no trabalho – ao risco de adoecimento (KARASEK, 1979). Foi utilizada nesse trabalho, uma versão reduzida da JSS foi elaborada por Töres Theorell em 1988, na Suécia, contendo 17 questões divididas em três dimensões: cinco para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle e seis para apoio social (ALVES, 2004;). As questões de 1 a 5 avaliam as demandas psicológicas. Cada uma das respostas deve receber pontuação de 1 a 4, sendo que 1 indica pouca demanda e 4 muita demanda. Na questão 4 é atribuída a pontuação inversa. As questões 6 a 11 abordam o controle e são subdivididas em discernimento intelectual (questões de 6 a 9) e autoridade sobre decisões (questões 10 e 11). Nestas questões, o escore 1 significa pouco discernimento enquanto escore 4: muito discernimento. Na questão 9 é atribuída a pontuação inversa. Para as perguntas de autoridade sobre decisões, atribui-se o escore 4 para muita autoridade e 1 para pouca autoridade. O apoio social é associado às questões de 12 a 17, em que o escore 4 equivale a muito apoio e 1, a pouco apoio. Para verificação do estresse do trabalho soma-se o total de cada dimensão, chegando-se às possibilidades de alta ou baixa demanda, alto ou baixo controle, alto ou baixo apoio social (KARASEK, 1979; ALVES, 2004;).

Para a pontuação do estresse na escala, considera-se que, respostas mais próxima de 01 indicam maior suscetibilidade ao estresse, enquanto respostas mais próximas de 05 em “demanda e controle” ou 4 em “apoio social” indicam menor estresse. Os quadrantes demanda-controle foram definidos a partir da análise das dimensões demanda psicológica e

controle sobre o trabalho. Cada dimensão gerou um escore por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas e foi dicotomizada em “baixa” e “alta”, após confirmação de distribuição normal, pela média. A partir das dimensões da demanda (alta e baixa) e do controle (alto e baixo), definiram-se os quadrantes do modelo demanda-controle em alto desgaste no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) e baixo desgaste (baixa demanda psicológica e alto controle) (ALVES, 2004; URBANETTO, 2011).

O quarto instrumento aplicado foi a Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER) desenvolvido por Siegrist. O instrumento DER compreende 23 itens e é composto por três dimensões que apresentaram bom desempenho psicométrico: esforço apresentando 6 itens; recompensa composta por 11 itens e excesso de comprometimento no trabalho composta por 6 itens. O esforço engloba as demandas exigidas pelo trabalho, como: pressão do tempo, interrupções, sobrecarga física que o trabalhador deve cumprir. A recompensa se refere aos aspectos financeiros, ao reconhecimento social do profissional e às oportunidades na carreira, em relação à estabilidade no emprego, possibilidades de promoção e manutenção do status. As opções de resposta para as dimensões esforço e recompensa são “concordo” e “discordo” e – no caso da resposta indicar estresse – existe uma gradação de quatro opções que variam de “nem um pouco estressado” a “muito estressado”. As opções de resposta para a dimensão “excesso de comprometimento no trabalho” consistem em uma gradação de quatro opções que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (SIEGRIST, 2004).

Para a pontuação do DER, calcula-se o escore de cada dimensão separadamente. Para a dimensão “esforço” existem 05 questões, variando de 01 a 05 pontos e escore de 05 a 25 pontos. Para “recompensa” são 11 questões, de 01 a 05 pontos e escore variando de 11 a 55 pontos. E, para a dimensão “excesso de comprometimento no trabalho” são avaliadas 06 questões, variando de 01 a 04 pontos e escore de 06 a 24 pontos. O cálculo deve conter o escore médio de cada componente com os maiores escores refletindo maior esforço e maior recompensa. A razão entre a média do escore do esforço dividido pela média do escore da recompensa apresenta o resultado da aplicação do modelo. Uma razão Esforço/Recompensa menor ou igual a 1,0 (um) representa uma situação de equilíbrio e maior que 1,0 (um) é sinal de um esforço desproporcional com a recompensa, caracterizando o desequilíbrio. Quanto maior for a razão Esforço/Recompensa, maior será a falta de equilíbrio. O comprometimento excessivo é definido pela linha de corte no tercil superior do escore em duas categorias: presente e ausente (SIEGRIST, 2004).

O último questionário aplicado foi o *WHOQOL-bref* (Wb) que é constituído de 26 itens abordando a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida dos participantes. Este instrumento foi elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS devido à necessidade de instrumentos de rápida aplicação. Este instrumento consta de questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL, 1998; FLECK, 2000). No Wb, a primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As demais questões, 24, estão divididas nos domínios: físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas, como preconizado para os instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL, 1998). As respostas do Wb foram elaboradas em uma escala do tipo Likert (1, 2, 3, 4, 5) e são respondidas de acordo com a percepção dos avaliados. Deve-se fazer a média de cada domínio. A pontuação final obedece a uma escala crescente sobre a percepção de qualidade de vida que varia de necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (WHOQOL, 1998; FLECK, 2000).

Todas as variáveis categóricas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências. Para descrever os escores das dimensões dos instrumentos *Maslach Burnout Inventory*, *Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e *WHOQOL-bref* foram utilizadas medidas descritivas como média, desvio-padrão, quartil, valor máximo e mínimo. A associação entre as dimensões da SB (Exaustão e Despersonalização) e variáveis sociodemográficas e relacionadas ao tempo dedicado ao trabalho foi avaliada por meio do teste não paramétrico Qui-quadrado, ao nível de 0,05. Foi também estimada a magnitude associação entre as dimensões da SB (Exaustão e Despersonalização) e Estresse no trabalho, Qualidade de vida e Desequilíbrio Esforço-recompensa através da regressão logística, adotando-se a razão de chances (OR), com intervalo de 95% de confiança, como medida de associação. Os dados foram analisados utilizando-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, versão 18.0 para Windows.

Resultados

Foram enviados 100 questionários aos médicos da ESF, dos quais foram recebidos respostas de 89. Verificou-se uma maior porcentagem de trabalhadores do sexo feminino na

população estudada, com prevalência de médicos jovens, com menos de 30 anos (47%). No quesito formação acadêmica, 52,8% dos médicos já possuem algum tipo de especialização. Uma pequena porcentagem dos médicos trabalha mais que 40 horas semanais (11,2%), somando outras atividades. Quando questionados sobre o trabalho noturno, 58% responderam não trabalhar nesse turno e a maioria também não trabalha nos finais de semana (TABELA 1). As medidas descritivas dos instrumentos aplicados estão apresentadas na Tabela 2. Foram utilizadas medidas de média, desvio-padrão, quartil, valor máximo e mínimo.

Para a classificação da SB, observou-se que em Montes Claros, 100% os médicos da ESF avaliados apresentaram um nível moderado da síndrome, quando utilizada a classificação de acometimento das três dimensões da síndrome. Na análise das dimensões do MBI separadamente, observou-se maiores percentuais para alto risco, sendo para exaustão emocional (64%) e despersonalização (60,7%) (TABELA 3).

Na caracterização do estresse no trabalho avaliado pela JSS, inferiu-se que 33,7% dos médicos foram classificados no nível de alta demanda psicológica. Na dimensão controle sobre o trabalho observou-se que 50,6% tinham um alto controle. Nos quadrantes demanda-controle, observa-se um predomínio de baixo desgaste e de trabalho passivo (TABELA 3).

Ainda na Tabela 3, observou-se que para a avaliação da qualidade de vida geral pelo Wb, 55,1% dos médicos foram classificados como abaixo da média (insatisfatória). Avaliando separadamente cada dimensão, foi observado que no domínio físico, relações sociais e ambiente, os participantes da pesquisa foram classificados como abaixo da média (insatisfatória), sendo os resultados 51,7%, 50,6% e 58,4%, respectivamente. Somente para a dimensão psicológica os participantes foram avaliados em 58,4% (satisfatória).

Na escala de DER, aproximadamente metade dos médicos foram classificados com alto esforço para o trabalho (55,1%) e comprometimento excessivo (52,8%). Para a medida da recompensa, 56,2% foram classificados como acima da média. A razão esforço-recompensa encontrada foi de 43,8% para desequilíbrio entre o esforço despendido no trabalho para a recompensa alcançada (TABELA 3).

Na análise das associações entre a SB e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil) e de tempo no trabalho (horas trabalhadas) não se observou associação estatisticamente significativa com a SB ($p < 0,05$) (TABELA 4).

Na Tabela 5, verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre os escores das dimensões Exaustão e Despersonalização (MBI) com o domínio demanda psicológica da JSS, sendo que a alta demanda psicológica no trabalho confere um alto risco de exaustão (80%) e despersonalização (86,7%). Profissionais com alta demanda psicológica

apresentaram 3,2 vezes chances de exaustão e 7,2 vezes chances de despersonalização quando comparados com os que tem baixa demanda psicológica. Aqueles trabalhadores com baixo controle sobre o trabalho apresentaram 2,3 vezes chances de exaustão e 1,7 vezes chances de despersonalização quando comparados com os que tem alto controle sobre o trabalho.

Quando analisada a JSS pelos quadrantes demanda- controle de Karasek, o trabalho ativo teve uma associação estatística significativa com a despersonalização ($p= 0,017$) e o alto desgaste se associou a alto risco de exaustão ($p= 0,013$). Profissionais que desenvolvem o trabalho ativo apresentaram 2,4 vezes chances de exaustão e 7,6 vezes chances de despersonalização quando comparados com os que desenvolvem um trabalho passivo e o trabalho com alto desgaste conferiu 8,0 vezes chances de exaustão e 10,4 vezes chances de despersonalização quando comparados com trabalho de baixo desgaste (TABELA 5).

Todos os escores dos domínios do Wb e qualidade de vida geral mostraram uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a SB nas dimensões exaustão e despersonalização, exceto o domínio psicológico em relação à despersonalização ($p= 0,118$). Profissionais acometidos no domínio físico (abaixo da média) apresentaram 6,0 vezes chances de exaustão e 8,0 vezes chances de despersonalização quando comparados os acima da média. Para os profissionais acometidos no domínio psicológico, eles apresentaram 3,9 vezes chances de exaustão e 2,0 vezes chances de despersonalização quando comparados os acima da média. No quesito ambiente, os médicos abaixo da média apresentaram 3,2 vezes chances de exaustão e 3,6 vezes chances de despersonalização quando comparados os acima da média. E, quando avaliados para a qualidade de vida geral, os participantes que estavam abaixo da média apresentaram 4,8 vezes chances de exaustão e 4,2 vezes chances de despersonalização quando comparados os acima da média (TABELA 5).

Para a escala DER o quesito esforço associou-se a uma alta exaustão ($p= 0,001$) e alta despersonalização ($p= 0,000$) e o comprometimento excessivo teve uma associação estatisticamente significativa para uma alta despersonalização ($p= 0,001$). Nota-se que profissionais com esforço maior ou igual à média apresentaram 4,8 vezes chances de exaustão e 6,5 vezes chances de despersonalização quando comparados os com esforço abaixo da média. Médicos com comprometimento excessivo apresentaram 2,3 vezes chances de exaustão e 5,7 vezes chances de despersonalização quando comparados com aqueles sem esse tipo de comprometimento no trabalho. A razão esforço-recompensa evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre a exaustão ($p= 0,002$) e despersonalização ($p= 0,000$), sendo evidenciado o desequilíbrio entre o alto esforço no trabalho e a recompensa recebida (TABELA 5).

Discussão

O presente estudo permitiu identificar o perfil dos profissionais atuantes na ESF em Montes Claros (MG), assim, há uma prevalência de indivíduos jovens com menos de 30 anos (47%), e com maior frequência do sexo feminino. Esse perfil de profissionais corrobora com o encontrado em outros estudos que vem demonstrando o aumento significativo da participação feminina na área da saúde (MIRANZI, 2010; FELICIANO, 2011; KUSHNIR, 2014). No presente estudo, não se encontrou uma associação entre a SB e as variáveis sociodemográficas ($p < 0,05$). Este resultado está expresso também em outros estudos em que variáveis sociodemográficas não atingiram significância estatística para se considerar que elas exercem efeito sobre o aparecimento da SB (CUBILLO, 2012).

O trabalho na ESF exige dos médicos a disponibilidade de 40, 30 ou 20 horas semanais, conforme autorização prévia do gestor de saúde (BRASIL, 2011). A jornada de trabalho de 40 horas é a recomendada pela OIT – Organização Internacional do Trabalho (2016), que em sua Convenção nº 47 (Convenção das 40 horas) limitou a jornada de trabalho em 40 horas semanais, e que é adotada em vários países. Existem evidências de que jornadas mais longas do que 48-50 horas por semana podem expor os trabalhadores a riscos potenciais à saúde (OIT, 2016). O trabalho semanal de 40 horas ou de menos horas parece ser um fator protetor ao aparecimento da SB, visto que não foi encontrada associação dessa variável com a síndrome no presente estudo, pois a maioria dos participantes (88,8%) relataram trabalhar 40 horas semanais. Ainda que 11,2% dos médicos tenham relatado que trabalham mais de 40 horas semanais, somando outras atividades, como plantões em urgência e emergência ou consultório particular, esse número foi insuficiente para se encontrar uma associação estatística significativa com a SB.

Na avaliação da SB, foi encontrada uma taxa de prevalência de 100% de médicos acometidos. Todos apresentaram grau moderado, avaliando todas as 03 dimensões da síndrome. Na literatura científica, a taxa de prevalência da SB em médicos de APS apresenta grande variação, situando-se entre 34,8% a 85,7% (MORELLI, 2015). As taxas encontradas para outras especialidades foram aproximadamente de 48,7% em anestesiologia, 52,3% para oncologia, 68,6% medicina intensiva e 75% em obstetrícia e ginecologia (MARTINS, 2014; FREIRE, 2016). As especialidades em medicina de emergência, medicina interna, neurologia, medicina de família e comunidade são apontadas como as de maiores taxas para o acometimento da SB (SHANAFELT, 2012; MORELLI, 2015). Os resultados deste trabalho

pode evidenciar novas tendências, considerando que a totalidade dos participantes inseridos no serviço de medicina de família e comunidade pesquisado estavam acometidos pela SB.

Segundo Maslach et al. (1998), a exaustão emocional é o principal fator que caracteriza a Síndrome de *Burnout*, sendo condição necessária, mas não suficiente para diagnosticá-la. Indispensável é, portanto, que o indivíduo apresente outros sintomas, tais como despersonalização (desumanização) e baixa realização profissional (decepção no trabalho) para que a síndrome fique caracterizada. Neste estudo os profissionais se mostraram tão desumanizados quanto exaustos, o que pode comprometer significativamente a qualidade dos serviços prestados e o vínculo destes profissionais com a comunidade

A homogeneidade (100% de grau moderado) encontrada nesse estudo parece refletir a precarização do trabalho do médico nesse ambiente, fazendo com que o mesmo tenha pouca satisfação em sua profissão. Para Navarro-González (2015), a satisfação com o trabalho é um fator protetor para a baixa realização profissional, grande exaustão e despersonalização.

O modelo adotado de gestão, numa tentativa de enquadramento do trabalhador em busca desenfreada por resultados, numa tentativa de introjeção de missão e valores, oficializado pelo PMAQ-AB, onde o objetivo é a “satisfação da clientela”, sem garantir a real estrutura para realização do trabalho é fator gerador de estresse laboral (MORAES, 2013). Esse modelo, que vem sendo adotado em praticamente todas as equipes de ESF brasileiras, e que é incentivado pelo Ministério da Saúde, pode ser um dos grandes responsáveis pelo aparecimento da SB nos médicos (MORAES, 2013). Para Feliciano (2011), os médicos sentem-se frustrados e impotentes diante desse processo de regulação do desempenho do médico, visto que esse modelo cria obstáculos para que a equipe da ESF possa fazer um trabalho mais efetivo.

Os resultados para a SB obtidos nesse estudo parecem indicar que o processo de trabalho nas ESF adote o modelo difundido por Taylor e que se baseia, exatamente, na repetição, na divisão de tarefas entre formuladores e executores, no estabelecimento de metas de produtividade, na dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos e na cobrança entre pares (SHIMIZU, 2012; MORAES, 2013). A “taylorização” do trabalho do médico nesse estudo pode ser confirmada pelo alto índice de trabalho passivo encontrado na JSS e alto índice de comprometimento excessivo expresso na DER. O trabalho passivo dificulta a comunicação e a troca de experiência entre pares, visto que, está enraizado em um processo rigoroso de cumprimentos de normas para se alcançar o objetivo final (SHIMIZU, 2012).

A relação entre a alta demanda psicológica elencada na JSS em associação a altos

níveis de exaustão emocional e despersonalização vem corroborar com outros estudos que confirmam o ambiente de APS como agente estressor (TRINDADE, 2010; CUBILLO, 2012; CARREIRO, 2013). Os médicos de saúde da família têm suas atribuições bem definidas pela Portaria 2488/11 (BRASIL, 2011). Essa assistência prestada cotidianamente, onde se envolve o contato continuado com medo, angústia, morte e dor, além de condições desfavoráveis no ambiente de trabalho como insuficiência de recursos ou falta de reconhecimento aumenta a carga psicológica sobre esses profissionais (CUBILLO, 2012).

Médicos emocionalmente exaustos frequentemente se sentem mais frustrados com seus empregos, sentem-se sobrecarregados, tornam-se mais insensíveis com as pessoas e tem maiores chances de abandonarem seus trabalhos. As limitações organizacionais associadas ao alto esforço despendido pelo profissional para obter resultados satisfatórios produzem um sentimento de baixa realização profissional e leva ao desgaste persistente, pois na maioria das vezes, não se consegue o resultado desejado (FELICIANO, 2011; MORELLI, 2015). A ESF tem atraído jovens médicos, a maioria com idade inferior a 30 anos, sem experiência profissional, como uma opção para a inserção no mercado de trabalho mesmo com a falta de infraestrutura, baixos salários, riscos biológicos, fatores relativos à organização e precarização do trabalho (CARREIRO, 2013; CUBILLO, 2012). Lidar com essas características laborais, com anseios, idealizações e desejos, associados a uma expectativa elevada, que muitas vezes não se concretiza, colabora para o aparecimento do estresse profissional (TRINDADE, 2010).

Em relação a qualidade de vida geral, o pesquisa demonstrou que a maioria dos médicos foram avaliados com qualidade de vida insatisfatória. A SB mostrou-se também fortemente associada, nesse estudo, a uma baixa qualidade de vida nos profissionais avaliados pelo Wb. Todos os seus domínios se mostraram com forte associação com a exaustão emocional e despersonalização, exceto no domínio psicológico com a despersonalização, pois ainda apresentam alta auto-estima, sentimentos positivos, boa compreensão e aceitação da imagem corporal e aparência, resultado semelhante foi encontrado em um estudo com médicos de família e comunidade em Uberlândia-MG (MIRANZI, 2010). Entretanto, o resultado evidencia que os médicos adotam ainda um modelo de trabalho que não lhes assegura uma boa qualidade de vida. Pode-se inferir que conciliar relações familiares/sociais, domínio físico e ambiente com relações de trabalho tem sido difícil para a maioria desses profissionais, pois o estresse interfere na qualidade de vida, sendo prejudicial à vida familiar e trabalhista. No estudo de Marcelino (2012), foi encontrado resultado semelhante.

Quanto à realização profissional dos médicos de ESF, este trabalho mostra uma associação entre a exaustão e despersonalização com o desequilíbrio entre alto esforço e baixa

recompensa, evidenciando a insatisfação desses profissionais. Alguns estudos apontam que o médico busca esse equilíbrio através de uma complementação salarial, com outros vínculos profissionais, o que gera uma alta carga de horas trabalhadas (GONÇALVES, 2014). A desvalorização econômica do profissional, insatisfação com as atividades assistenciais, a perda de prestígio frente à sociedade, a insegurança em relação ao vínculo à ESF, associadas à dependência de interesses político eleitorais, altas cargas assistenciais e a pressão excessiva também são explorados em outros estudos como fator desencadeador de insatisfação, baixa realização profissional e estresse laboral (FELICIANO, 2011; GONÇALVES, 2014).

A SB faz com que o profissional afetado por ela fique desmotivado para o seu trabalho e com isso há uma perda da qualidade da assistência no campo da saúde pública. O profissional de APS acometido pelo esgotamento profissional faz mais encaminhamentos para especialistas e prescreve exames mais caros, traduzido em um aumento dos custos para o sistema de saúde. Outros estudos apontam que o esgotamento profissional dificulta o processo de tomada de decisão clínica, resultando em ineficiência da gestão das despesas farmacêuticas e laboratoriais (KUSHNIR, 2014).

O aparecimento da SB é multifatorial e está associado a fatores tanto individuais quanto laborais. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) reconhece a necessidade de prevenir os potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores advindos das atividades produtivas no território nacional e determina que os gestores devem desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. Nesse sentido, havendo risco à saúde mental dos médicos de ESF deve-se fazer uma intervenção para que esses riscos possam ser diminuídos a fim de que não se reflitam na assistência à saúde da população. Neste estudo, evidenciou-se que médicos de ESF são acometidos pela SB e que este ambiente de trabalho pode servir como um alto estímulo para a ocorrência da síndrome.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o tempo de resposta do questionário, visto que, o participante pode ter sofrido influencia de variáveis, tais como: ter retornado de férias recentemente antes de responder a pesquisa. O tamanho da população também pode ser um fator de limitação, pois a grandeza do campo de atuação das ESF em território nacional contribui para que esses espaços de atenção tenham particularidades próprias como tamanho de equipes, áreas adscritas, desigualdade social e infraestrutura. Percebe-se também que momento político em que foi feita a pesquisa pode ter influenciado no estresse do médico.

Conclusão

Os médicos de medicina de família e comunidade sofrem com o estresse laboral advindos da assistência à população em ambientes de trabalho precarizados, com uma alta carga de demanda psicológica e baixa qualidade de vida. Este estudo evidenciou um acometimento da SB em todos os médicos avaliados, em um grau moderado, independentemente de sexo, formação e idade.

A associação de exaustão e despersonalização, que são duas dimensões integrantes da SB com estresse laboral, excesso de comprometimento no trabalho e baixa qualidade de vida evidencia que é necessário uma intervenção precoce no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais entre os trabalhadores das equipes de ESF.

Medidas preventivas e interventivas devem ser tomadas para a diminuição do estresse laboral dos médicos para que eles possam ter um melhor desempenho profissional e ao mesmo tempo prevenir-se do acometimento pela Síndrome de *Burnout*. O presente estudo pode servir de instrumento de apoio aos gestores para que possam implantar medidas preventivas e interventivas a fim de proporcionar a diminuição do estresse laboral dos médicos, para que eles possam ter uma melhor performance profissional e ao mesmo tempo prevenir do acometimento da SB.

A realização de outros estudos, com a finalidade de contribuir para o debate e entendimento sobre a Síndrome de *Burnout*, estresse psicossocial e qualidade de vida em médicos de ESF são necessários, para o aprimoramento das políticas de saúde do trabalhador no sistema de saúde brasileiro. Para melhor conhecimento do tema, são necessárias outras investigações a esse respeito, elencando maiores áreas de abrangência da ESF, já que são poucas pesquisas brasileiras associando a SB, avaliada pelo MBI com os outros instrumentos utilizados neste trabalho.

Referências

ALBUQUERQUE, F.J.B.; MELO, C.F.; ARAÚJO NETO, J.L. Avaliação da síndrome de *Burnout* em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v 25, n. 3, p. 542-549. 2012.

ALVES, M.G.M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Versão

resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-171, Apr. 2004.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.654 de 02 de outubro de 2015 – **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2015. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>.
Acesso em: 13 mar 2016.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012 sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA S.G. Propriedades psicométricas do *Maslach Burnout Inventory* em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 325-332. 2007.

CARREIRO G.S.P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 146-55, jan/mar. 2013.

CUBILLO, A.C.M. *et al.* Evolución del burnout y variables asociadas em los médicos de atención primaria. **Atención Primaria**, v. 44, n. 9, p. 532-539. 2012.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. *Burnout* entre Médicos da Saúde da Família: Os Desafios da Transformação do Trabalho. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, agosto. 2011.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, Apr. 2000.

FREIRE, P.L., TRENTIN ,J.P.; DE AVILA QUEVEDO , L. Trends in burnout syndrome and emotional factors: an assessment of anesthesiologists in Southern Brazil, 2012. *Psychology Health and Medicine Journal* , v. 21, n 4, p. 413-423, jan. 2016.

GONÇALVES, C.R. *et al.* Recursos humanos: Fator Crítico para as Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v.38, n. 100, p. 26-34, março. 2014.

KARASEK, R. A., JR. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308. 1979.

KUSHNIR, T *et al.* Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? **Family Practice**, v. 31, n. 1, p. 44–50. 2014.

MARCELINO, G. *et al.* Burnout levels among portuguese family doctors: a nationwide survey. **BMJ Open**, v. 2, p. 1-6. 2012.

MARTINS, L.F. *et al* . Esgotamento entre profissionais da Atenção primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014.

MASLACH, C. **A multidimensional theory of *burnout***. In: Cooper, C. **Theories of organizational stress**. Manchester: Oxford University Press; 1998.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 02, p.189-197, Abr/Jun. 2010.

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set. 2013.

MORELLI, S.G.; SAPEDE, M.; SILVA, A.T.C. *Burnout* em médicos da Atenção primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9. 2015.

NAVARRO-GONZÁLEZ, D.; AYECHU-DÍAZ, A.; HUARTE-LABIANO, I. Prevalencia del síndrome del *burnout* factores asociados a dicho síndrome em los profesionales sanitarios de Atención Primaria. **Medicina de Familia**, v. 41, n.4, p. 191-198, mayo. 2015.

NIOSH. National Institute for Occupational Safety and Health.(2004). Stress at work. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>>. Acesso em: 21 out 2015.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. (1935). Convenção nº 47 (Convenção das 40 horas). Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312192:NO>. Acesso em:18 abr 2016.

SHANAFELT, T.D. *et al.* Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. **Archives of Internal Medicine**, v. 20, p. 1-9, August. 2012.

SHIMIZU H.E., CARVALHO JUNIOR D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414. 2012.

SIEGRIST, J; MARMOT, M. Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 1463–1473. 2004.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v.46, n. 12, p. 1569-1585. 1998.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274- 279, June. 2010.

URBANETTO, J.S. *et al.* Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1122-1131, set/out. 2011.

Tabelas

Tabela 1: Variáveis Sócio-demográficas e relacionadas as horas de trabalho do médico

Variável	N	%
<i>Socio-demográficas</i>		
Sexo		
Masculino	25	28,1
Feminino	64	71,9
Idade		
Menos de 30 anos	47	52,8
30 a 39 anos	31	34,8
40 anos ou mais	11	12,4
Escolaridade		
Especialização	47	52,8
Graduação	42	47,2
Estado Civil		
Casado/União estável	44	49,4
Solteiro/Viúvo/divorciado	45	50,6
<i>Horas de trabalho</i>		
Horas Diurnas Semana		
40 h/semana	79	88,8
Mais de 40 horas/semana	10	11,2
Horas Noturnas Semana		
Não trabalha noturno	58	65,2
1h a 8h/semana	11	12,3
Mais de 8h/semana	20	22,5
Trabalho Diurno Fim de Semana		
Não trabalha	57	64,0
Trabalha	32	36,0
Trabalho Noturno Fim de Semana		
Não trabalha	75	84,3
Trabalha	14	15,7
Total	89	100,0

Tabela 2: Análise descritiva dos instrumentos

Instrumento	Dimensões	Mín.	P25	Média	Mediana	P75	Máx.	D.P
<i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	Exaustão emocional	17,0	25,0	29,2	29,0	33,0	41,0	5,6
	Despersonalização	7,0	11,0	13,9	13,0	16,0	25,0	3,8
	Realização profissional	12,0	22,0	24,1	24,0	27,0	32,0	3,6
<i>Job Stress Scale</i> (JSS)	Demanda psicológica	10,0	15,5	16,6	17,0	18,0	20,0	2,1
	Controle	11,0	18,0	19,8	20,0	22,0	24,0	3,0
	Suporte social	9,0	16,0	18,8	19,0	22,0	24,0	3,4
Qualidade de vida	Física	6,9	13,1	14,8	14,3	16,9	20,0	2,6
<i>WHOQOL-bref</i> (Wb)	Psicológica	6,0	13,3	14,5	14,7	16,0	19,3	2,6
	Relações sociais	4,0	13,3	14,9	14,7	16,7	20,0	3,1
	Ambiente	8,5	12,5	14,2	14,0	15,5	20,0	2,3
	Geral	8,0	13,0	14,5	14,3	15,8	19,2	2,2
Autoavaliação	Qualidade de vida	4,0	12,0	14,5	16,0	16,0	20,0	3,7
<i>Desequilíbrio-Esforço-Recompensa</i> (DER)	Esforço	6,0	8,0	8,4	8,0	9,5	11,0	1,3
	Recompensa	12,0	15,0	16,1	16,0	17,0	21,0	1,9
	Excesso de comprometimento	9,0	14,0	15,4	15,0	17,0	21,0	2,8

Mín: menor valor; Máx: maior valor; P25:percentil 25; P75:percentil 75; D.P:desvio-padrão.

Tabela 3: Distribuição dos profissionais médicos quanto à Síndrome de *Burnout* (*Maslach Burnout Inventory*), Estresse no Trabalho (Job Stress Scale), Qualidade de Vida (Whoqol-Bref) e Desequilíbrio Esforço e Recompensa (DER). Montes Claros MG, Brasil, 2015

Variáveis	n	%
MaslachBurnoutInventory		
Exaustão emocional		
Nível Médio	32	36,0
Nível Alto	57	64,0
Despersonalização		
Nível Médio	35	39,3
Nível Alto	54	60,7
Realização profissional		
Nível Médio	01	1,1
Nível Alto	88	98,9
Síndrome de Burnout		
Nível Médio	89	100,0
Job Stress Scale		
Demanda psicológica		
Baixa demanda (↓D)	59	66,3
Alta demanda (↑D)	30	33,7
Controle sobre o trabalho		
Baixo controle (↓C)	44	49,4
Alto controle (↑C)	45	50,6
Quadrantes demanda-controle (JSS)		
Baixo desgaste (↓D ↑C)	31	34,8
Trabalho passivo (↓D ↓C)	28	31,5
Trabalho ativo (↑D ↑C)	13	14,6
Alto desgaste (↑D ↓C)	17	19,1
Qualidade de vida WHOQOL-bref		
Física		
Maior ou igual a média (satisfatória)	43	48,3
Abaixo da média (insatisfatória)	46	51,7
Psicológica		
Maior ou igual a média (satisfatória)	52	58,4
Abaixo da média (insatisfatória)	37	41,6
Relações Sociais		
Maior ou igual a média(satisfatória)	44	49,4
Abaixo da média (insatisfatória)	45	50,6
Ambiente		
Maior ou igual a média(satisfatória)	37	41,6
Abaixo da média (insatisfatória)	52	58,4
QV Geral		
Maior ou igual a média(satisfatória)	40	44,9
Abaixo da média (insatisfatória)	49	55,1

Tabela 3: (continuação) Distribuição dos profissionais médicos quanto à Síndrome de Burnout (*Maslach Burnout Inventory*), Estresse no Trabalho (Job Stress Scale), Qualidade de Vida (Whoqol-Bref) e Desequilíbrio Esforço e Recompensa (DER). Montes Claros MG, Brasil, 2015

<i>Desequilíbrio-Esforço-Recompensa</i>		
Esforço		
Abaixo da média (baixo)	40	44,9
Maior ou igual a média (alto)	49	55,1
Recompensa		
Acima da média (alta)	50	56,2
Menor ou igual a média (baixa)	39	43,8
Comprometimento excessivo		
Não	42	47,2
Sim	47	52,8
Razão esforço-recompensa		
≤1 (Equilíbrio)	50	56,2
>1 (Desequilíbrio)	39	43,8
Total	89	100,0

Tabela 4: Associação entre as dimensões Exaustão e Despersonalização (MBI) e variáveis sócio-demográficas relacionadas ao tempo de trabalho. Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Variável	EXAUSTÃO			DESPERSONALIZAÇÃO		
	Nível Médio	Nível Alto	Valor-p	Nível Médio	Nível Alto	Valor-p
	%	%		%	%	
Sócio-demográficas						
Sexo			0,323			0,573
Masculino	44,0	56,0		44,0	56,0	
Feminino	32,8	67,2		37,5	62,5	
Idade			0,282			0,194
Menos de 30 anos	29,8	70,2		34,0	66,0	
30 a 39 anos	38,7	61,3		38,7	61,3	
40 anos ou mais	54,5	45,5		63,6	36,4	
Escolaridade			0,200			0,130
Especialização	29,8	70,2		31,9	68,1	
Graduação	42,9	57,1		47,6	52,4	
Estado Civil			0,937			0,895
Casado/União estável	36,4	63,9		38,6	61,4	
Solteiro/Viúvo/divorciado	35,6	64,4		40,0	60,0	
Horas de trabalho						
Horas Diurnas Semana			0,366			0,273
40 h/semana	30,2	69,8		45,3	54,7	
Mais de 40 horas/semana	40,0	60,0		20,0	80,0	
Horas Noturnas Semana			0,603			0,109
Não trabalha noturno	39,7	60,3		46,6	53,4	
1h a 8h/semana	27,3	72,7		36,4	63,6	
Mais de 8h/semana	30,0	70,0		20,0	80,0	
Trabalho Diurno Fim de Semana			0,488			0,105
Não trabalha	38,6	61,4		45,6	54,4	
Trabalha	31,2	68,8		28,1	71,9	
Trabalho Noturno Fim de Semana			0,217			0,135
Não trabalha	38,7	61,3		42,7	57,3	
Trabalha	21,4	78,6		21,4	78,6	

Tabela 5: Associação entre as dimensões Exaustão e Despersonalização (MBI) e Estresse no trabalho, Qualidade de Vida e Desequilíbrio Esforço-Recompensa. Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

	EXAUSTÃO				DESPERSONALIZAÇÃO			
	Nível Médio	Nível Alto	OR (IC95%)	Valor p	Nível Médio	Nível Alto	OR (IC95%)	Valor p
	%	%			%	%		
Job Stress Scale								
Demanda psicológica								
Baixa demanda (↓D)	44,1	55,9	1,0		52,5	47,5	1,0	
Alta demanda (↑D)	20,0	80,0	3,2(1,1-8,8)	0,025	13,3	86,7	7,2(2,2-23,2)	0,000
Controle sobre o trabalho								
Alto controle (↑C)	45,5	54,5	1,0		45,5	54,5	1,0	
Baixo controle (↓C)	26,7	73,3	2,3(0,9-5,6)	0,065	33,3	66,7	1,7(0,8-3,9)	0,242
Quadrantes demanda-controle (JSS)								
Baixo desgaste (↓D ↑C)	51,6	48,4	1,0		58,1	41,9	1,0	
Trabalho passivo (↓D ↓C)	35,7	64,3	1,9(0,7-5,5)	0,222	46,4	53,6	1,6(0,6-4,5)	0,373
Trabalho ativo (↑D ↑C)	30,8	69,2	2,4(0,7-9,5)	0,211	15,4	84,6	7,6(1,4-40,3)	0,017
Alto desgaste (↑D ↓C)	11,8	88,2	8,0(1,6-41,0)	0,013	11,8	88,2	10,4(2,0-53,5)	0,005
Qualidade de vida WHOQOL-bref								
Física								
Maior ou igual a média	55,8	44,2	1,0		62,8	37,2	1,0	
Abaixo da média	17,4	82,6	6,0(2,3-15,8)	0,000	17,4	82,6	8,0(3,0-21,4)	0,000
Psicológica								
Maior ou igual a média	48,1	51,9	1,0		46,2	53,8	1,0	
Abaixo da média	18,9	81,1	3,9(1,5-10,6)	0,005	29,7	70,3	2,0(0,8-4,9)	0,118
Relações Sociais								
Maior ou igual a média	54,5	45,5	1,0		50,0	50,0	1,0	
Abaixo da média	17,8	82,2	5,6(2,1-14,6)	0,000	28,9	71,1	2,5(1,1-5,9)	0,042
Ambiente								
Maior ou igual a média	51,4	48,6	1,0		56,8	43,2	1,0	
Abaixo da média	25,0	75,0	3,2(1,3-7,8)	0,011	26,9	73,1	3,6(1,5-8,7)	0,005
QV Geral								
Maior ou igual a média	55,0	45,0	1,0		57,5	42,5	1,0	
Abaixo da média	20,4	79,6	4,8(1,9-12,1)	0,001	24,5	75,5	4,2(1,7-10,3)	0,002
Desequilíbrio-Esforço-Recompensa								
Esforço								
Abaixo da média	55,0	45,0	1,0		62,5	37,5	1,0	
Maior ou igual a média	20,4	79,6	4,8(1,9-12,2)	0,001	20,4	79,6	6,5(2,5-16,7)	0,000
Recompensa								
Acima da média	25,6	74,4	1,0		28,2	71,8	1,0	
Menor ou igual a média	44,0	56,0	0,4(0,2-1,1)	0,073	48,0	52,0	0,4(0,2-1,0)	0,058
Comprometimento excessivo								
Não	44,7	55,3	1,0		57,4	42,6	1,0	
Sim	26,2	73,8	2,3(0,9-5,6)	0,070	19,0	81,0	5,7(2,2-14,9)	0,000
Razão esforço-recompensa								
≤1	22,0	78,0	1,0		22,0	78,0	1,0	
>1	53,8	46,2	0,2(0,1-0,6)	0,002	61,5	38,5	0,2(0,1-0,4)	0,000

5 CONCLUSÕES

Os médicos de medicina de família e comunidade sofrem com o estresse laboral advindos da assistência à população em ambientes de trabalho precarizados, com uma alta carga de demanda psicológica e baixa qualidade de vida. Este estudo evidenciou um acometimento da SB em todos os médicos avaliados, em um grau moderado, independentemente de sexo, formação e idade.

O aparecimento da SB é multifatorial e está associado a fatores tanto individuais quanto laborais. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) reconhece a necessidade de prevenir os potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores advindos das atividades produtivas no território nacional e determina que os gestores devem desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. Nesse sentido, havendo risco à saúde mental dos médicos de ESF deve-se fazer uma intervenção para que esses riscos possam ser diminuídos a fim de que não se reflitam na assistência à saúde da população. Neste estudo, evidenciou-se que médicos de ESF são acometidos pela SB e que este ambiente de trabalho pode servir como um alto estímulo para a ocorrência da síndrome.

Este estudo evidenciou um acometimento da SB em todos os médicos avaliados, em um grau moderado, independentemente de sexo, formação e idade. Os médicos de medicina de família e comunidade sofrem com o estresse laboral advindos da assistência à população em ambientes precários de trabalho, com uma alta carga de demanda psicológica e baixa qualidade de vida. A associação de exaustão e despersonalização, que são duas dimensões integrantes da SB com estresse laboral, excesso de comprometimento no trabalho e baixa qualidade de vida evidencia que é necessário uma intervenção precoce no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais entre os trabalhadores das equipes de ESF.

Medidas preventivas e interventivas devem ser tomadas para a diminuição do estresse laboral dos médicos para que eles possam ter um melhor desempenho profissional e ao mesmo tempo prevenir-se do acometimento pela Síndrome de *Burnout*. O presente estudo pode servir de instrumento de apoio aos gestores para que possam implantar medidas preventivas e interventivas a fim de proporcionar a diminuição do estresse laboral dos médicos, para que

eles possam ter uma melhor performance profissional e ao mesmo tempo prevenir do acometimento da SB. A realização de outros estudos, com a finalidade de contribuir para o debate e entendimento sobre a Síndrome de *Burnout*, estresse psicossocial e qualidade de vida em médicos de ESF são necessários para o aprimoramento das políticas de saúde do trabalhador no sistema de saúde brasileiro.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o tempo de resposta do questionário, visto que, o participante pode ter sofrido influencia de variáveis, tais como: ter retornado de férias recentemente antes de responder a pesquisa. O tamanho da população também pode ser um fator de limitação, pois a grandeza do campo de atuação das ESF em território nacional contribui para que esses espaços de atenção tenham particularidades próprias como tamanho de equipes, áreas adscritas, desigualdade social e infraestrutura. Percebe-se também que momento político em que foi feita a pesquisa pode ter influenciado no estresse do médico.

Para melhor conhecimento do tema, são necessárias outras investigações a esse respeito, elencando maiores áreas de abrangência da ESF, já que são poucas pesquisas brasileiras associando a SB, avaliada pelo MBI com os outros instrumentos utilizados neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABDULGHAFOR, Y.A.*et al.* Burnout syndrome among physicians working in primary health care centers in Kuwait. **Alexandria Journal of Medicine**, n. 47, p. 351–357. 2011.
- ALAMEDDINE, M.*et al.* The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. **BMC Health Services Research**. p. 412: 419. 2012.
- ALBUQUERQUE, F.J.B. *et al.* Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 3, p. 363- 370, Sept. 2011.
- ALBUQUERQUE, F.J.B.; MELO, C.F.; ARAÚJO NETO, J.L. Avaliação da síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v 25, n. 3, p. 542-549. 2012.
- ALLEN, J. *et al.* **A definição europeia de clínica geral e medicina familiar**. Portugal: WONCA - Europa; 2002.
- AL-SAREAI, N.S. *et al.* Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir province, Saudi Arabia. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 19, n. 5, p. 426-434. 2013.
- AL-SHORAIAN, G.M.J.*et al.* Burnout among family and general practitioners. **Alexandria Journal of Medicine**, v. 47, p. 359–364. 2011.
- ALVES, M.G.M. *et al.* Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-171, Apr. 2004.
- ANDRADE, G.O.; DANTAS, R.A.A. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anesthesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 65, n. 6, p. 504-510, Dec. 2015.
- ARIGONI, F.; BOVIER, P.A.; SAPPINO, A.P. Trend of burnout among Swiss doctors. **Swiss Medical Weekly**, n. 140, w13070, p. 1-7. 2010.
- BARCAUI, A.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida: Um Estudo Sobre Gerentes Brasileiros. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 18, n. 5, p. 670-694, Set./Out. 2014.
- BAYKAN, Z.*et al.* Burnout among family physicians and its associated factors. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, v. 18, n. 3, p. 122-133. 2014.
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. A Síndrome de Burnout. In.: **Annais do 1º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho**, p. 36-51. 2004.
- BERNARDO, M.H.; GARBIN, A.C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 103-117, June. 2011.

BORINE, B. *et al.* Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 15, n. 1, p. 22-40, jun. 2012.

BRASIL. **Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e condutas: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional; 1990.

_____, Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Legislação. Disponível em:

<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Decretos/Ant2001/1999/decreto3048/>. Acesso em: 10jul2014.

_____, Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Índice de Gini da Renda domiciliar per capita - Minas Gerais**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginimg.def>>. 2010. Acesso em: 21 ago 2015.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.654 de 02 de outubro de 2015 – **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 13 mar 2016.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488** de 21 de outubro de 2011 sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012** Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 28 mai 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. –Brasília: Ministério da Saúde, p. 68. 2007.

_____, Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - **Conselhos profissionais**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e01.def>>. 2010. Acesso em 28 mai 2015.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA S.G. Propriedades psicométricas do *Maslach Burnout Inventory* em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 325-332. 2007.

CARLOTTO, M.S. Fatores de risco da síndrome de *burnout* em técnicos de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, vol.14, n.2, p. 07-26. Dez. 2011.

CARLOTTO, MS *et al.* Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome in Professionals in Basic Health Units. **Ciencia & Trabajo**, v. 47, n.15, p. 76-80, mai/ago. 2013.

CARREIRO, G.S.P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.1, p. 146-55, jan/mar. 2013.

CAVALEIRO, R.M.D. **Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/ Paliativos/ Dermatologia** - Dissertação de Mestrado - Lisboa, Universidade de Lisboa. 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4177/1/620632_Tese.pdf>. Acesso em 15 mai 2015.

CHOR, D.*et al.* The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cadernos de Saúde Pública**, v 24, n. 1, p. 219-224, janeiro. 2008.

COMARU, C.M. Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. – Dissertação de Mestrado - Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, junho. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/doutorado/doutorado_Luciane_Cruz.pdf>. Acesso em 23 jan 2015.

CUBERO, D.I.G; DEL GIGLIO, A. Entendendo a síndrome de *Burnout* na Cancerologia. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, n. esp, m. 2, p. 3-8, Dez. 2014.

CUBILLO, A.C.M.*et al.* Evolución Del burnout y variables asociadas em los médicos de atención primaria. **Atención Primaria**, v. 44, n. 9, p. 532-539. 2012.

DYRBYE, L.N.*et al.* Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. **Journal American Medical Association**, v. 304, n. 11, p. 1173-1180, sept. 2010.

FALGUERAS, M.V.*et al.* *Burnout* trabalho em equipo em los profesionales de Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 47, n. 1, p. 25-31. 2015.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. *Burnout* entre Médicos da Saúde da Família: Os Desafios da Transformação do Trabalho. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, agosto. 2011.

FERNÁNDEZ, J.M.D. *et al.* Síndrome de desgaste profesional em trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. **Atención Primaria**, v. 44, n. 1, p.30-35, abril. 2012.

FERRARI, R.; FRANÇA, F.M.; MAGALHÃES, J. Avaliação da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde: uma Revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 03, n. 03, p. 1150-1165. 2012.

FERRARI, R. *et al.* Estresse Crônico Ocupacional em Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Em Extensão**, v. 12, n. 2, p. 83-92, jul. / dez. 2013.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, Apr. 2000.

FREIRE, M.A. *et al.* Estado da Arte Sobre Síndrome de *Burnout* no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, v. 11, n.1, p. 66-71, jan./jun. 2012.

FREIRE, P.L. **Síndrome de *Burnout* e Fatores Associados: Avaliação dos Anestesiologistas do Sul do Brasil em 2012** – Dissertação de Mestrado - Pelotas, Universidade Católica de Pelotas, novembro. 2012.

FREIRE, P.L. *et al.* Trends in burnout syndrome and emotional factors: an assessment of anesthesiologists in Southern Brazil, 2012. **Psychology Health and Medicine Journal** , v. 21, n 4, p. 413-423, jan. 2016.

FRUTOS-LLANES, R. *et al.* Síndrome de desgaste profissional em los médicos de atención primaria de Ávila. **Medicina de Familia**, v. 40, n. 7, p. 357-365, agosto. 2014.

GONÇALVES, C.R. *et al.* Recursos humanos: Fator Crítico para as Redes de Atenção à Saúde. **Saúde Debate**, v.38, n. 100, p. 26-34, março. 2014.

GRUPO WHOQOL no Brasil. WhoQol Abreviado. Programa De Saúde Mental Organização Mundial da Saúde. Genebra. Disponível em:

< <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/breve.PDF>>. Acesso em: 01jun2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **MAPAS**. Disponível em:<http://mapas.ibge.gov.br/>. Acessado em 09 jul 2015.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 09 jul 2015.

INSS. Instituto Nacional do Seguro Social. AEAT 2010 – Seção I – **Estatísticas de Acidentes do Trabalho** – Subseção C – Acidentes do Trabalho segundo a CID – Tabelas. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2010/aeat-2010-secao-i-estatisticas-de-acidentes-do-trabalho/aeat-2010-secao-i-estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-subsecao-c-acidentes-do-trabalho-segundo-a-cid/aeat-2010-secao-i-estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-subsecao-c-acidentes-do-trabalho-segundo-a-cid-tabelas/>. Acesso em:20ago2015.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um Instrumento de para avaliar Qualidade de Vida: UMA REVISÃO sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. [online] supl, v. 31, n. 3. 2009.

KARASEK, R. A., JR. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308. 1979.

KARASEK, R. A., JR.; THEORELL, T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books. 1990.

KRASNER, M.S.*et al.* Association of an educational program in mindful communication

with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. **Journal American Medical Association**, v. 302, n. 12, p. 1284-1293, Sept, 2009.

KUSHNIR, T.*et al.* Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? **Family Practice**, v. 31, n. 1, p. 44–50. 2014.

LEONELLI, L.B. **Estresse percebido em profissionais da Atenção primária à Saúde.**- Dissertação de Mestrado - São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. 2013.

MAISSIAT, G.S.*et al.* . Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, June. 2015.

MARCELINO, G.; CERVEIRA, J.M.; CARVALHO, I.*et al.* Burnout levels among portuguese family doctors: a nationwide survey. **BMJ Open**.v. 2, p. 1-6. 2012.

MARTINS, L.F.*et al.* . Esgotamento entre profissionais da Atenção primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**,v. 19, n. 12, p. 4739-4750, Dec. 2014.

MASLACH, C. **A multidimensional theory of burnout.** In: Cooper, C. **Theories of organizational stress.** Manchester: Oxford University Press; 1998.

MILLÁN-GONZÁLEZ, R.; MESÉN-FAINARDI, A. Prevalenciadel síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. **Acta Médica Costarricense**, v.51, n. 2, p. 91-97, Apr. 2009.

MINAS GERAIS. Portal do Estado de Minas Gerais
<<http://www.mg.gov.br/governomg/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=69547&chPlc=69547&termos=s&app=governomg&tax=0&taxn=5922>>. Acesso em 09jul2015.

MONTES CLAROS. Portal da Prefeitura de Montes Claros. Disponível em:
<<http://www.montesclaros.mg.gov.br>>. Acesso em 08nov2015.

MORAES, P.N.; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set. 2013.

MOREIRA, S.N.T.; VASCONCELLOS, R.L.S.S.; HEATH, N. Estresse na Formação Médica: como Lidar com Essa Realidade?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 558-564, Dec. 2015.

MORELLI, S.G.; SAPEDE, M.; SILVA, A.T.C. Burnout em médicos da Atenção primária: umarevisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9. 2015.

NAVARRO-GONZÁLEZ, D.; AYECHU-DÍAZ, A.; HUARTE-LABIANO, I. Prevalencia del síndrome del *burnout* y factores asociados a dicho síndrome em los profesionales sanitarios de Atención Primaria. **Medicina de Familia**, v. 41, n.4, p. 191-198, mayo. 2015.

NIOSH. National Institute for Occupational Safety and Health.(2004). Stress at work.

Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>>. Acesso em 21 out 2015.

NOGUEIRA, C.A. *et al.* Percepção da qualidade de vida dos cuidadores de octogenários. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 32-41. 2013.

OMS/WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 13jan 2016.

PAIM, J.*et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** (Saúde no Brasil), v. 1, n. 1, p. 11-31, maio. 2011.

PEREDA-TORALES, L.*et al.* Síndrome de burnout em médicos y personal paramédico. **Revista Salud Mental**, v. 32, n. 5, p. 399- 404, oct. 2009.

PINTO, D.R.; ALMEIDA, T.E.P.; MIYAZAKI, M.O.S. A saúde e estresse ocupacional em médicos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 201-5, out-dez. 2010.

REIS, A.P.P; FERNANDES, S.R.P; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 712-725. 2010.

ROMANI, M.; ASHKAR, K. Burnout among physicians. **Libyan Journal of Medicine**, n.9, p. 1-6, February. 2014.

SÁNCHEZ-CRUZ, J.; MUGÁRTEGUI-SÁNCHEZ, S. Burnout syndrome among family physicians. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 51, n. 4, p. 428-31, Jul-Aug. 2013.

SANDRIN L. **Ajudar sem se esgotar: Como superar a síndrome de esgotamento nas profissões de saúde e nas relações assistenciais**. Rio de Janeiro: Paulinas; p. 147-151. 2002.

SANTOS M.S., MOURÃO D.M., ROCHA J.F.D.*et al.* Síndrome de *Burnout* em residentes em Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. (esp), p. 6586-6591, nov. 2013.

SARMIENTO, P.J.; PARRA-CHICO, A. Calidad de vida en médicos em formación de posgrado. **Persona y Bioética**, v. 19, n. 2, p. 290-302, July. 2015.

SHANAFELT, T.D.*et al.* Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. **Archives of Internal Medicine**, v. 20, p. 1-9, August. 2012.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414. 2012.

SIEGRIST, J; MARMOT, M. Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 1463–1473. 2004.

SILVA L.S.; BARRETO, S.M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala *effort-rewardimbalance*: um estudo com trabalhadores de banco. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 1, p. 32–36. 2010.

SILVA, S.C.P.S.*et al* . A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, Oct. 2015.

SILVEIRA, S.L.M.; CAMARA, S.G.; AMAZARRAY, M.R. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 386-392, Dec. 2014.

SOARES; I.N.L.*et al*. Análise do Estresse Ocupacional e da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de Maceió/Al. **Revista Semente**, v. 6, n. 6, p. 84-98. 2011.

SOUSA, M.B.C.; SILVA, H.P.A.; GALVAO-COELHO, N.L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 2-11, Mar. 2015.

STANETIĆ, K.*et al*. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. **Medicinski Pregled Journal**; v. LXVI, n.3-4, p. 153-162, mart-april. 2013.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health.** *Milbank Q*, 2005.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v.46, n. 12, p. 1569-1585. 1998.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assesment. **Psychological Medicine**, v. 28, p:551-558. 1998.

TORPPA, M.A. *et al*. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 33, p. 178–183, may. 2015.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, June. 2010.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L.; BECK, C.L.C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 607-612, Oct. 2009.

ULHÔA, M.L.*et al*. Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **REGE Revista de Gestão**, v. 18, n. 3, p. 409-426, jul/set. 2011.

URBANETTO, J.S.*et al*. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1122-1131, set/out. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Perfil Sociodemográfico e de Trabalho (QPS)

1) Idade _____

2) Sexo

(0) feminino (1) masculino

3) Nacionalidade: _____

4) Cor

(0) branca (1) negra (2) mulata (3) amarela (4) indígena

5) Estado civil

(0) solteiro(a) (1) casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) Separado(a) ou divorciado(a) (3) Viúvo (a)

6) Tem filhos?

(0) Não (1) Sim

7) Nível acadêmico:

(0) Título de Especialista ou Residência em Saúde da Família (1) Mestrado (2) Doutorado

(3) Pós-doutorado (4) Graduação em medicina (5) Pós-graduação

8) Há quanto tempo você é graduado em medicina? _____

9) Exerce outra atividade profissional?

(0) Não (1) Sim

10) Se sim: Qual (is)? (professor, empresário, etc)

11) Há quanto tempo você trabalha na ESF? _____

12) Você trabalha em hospital, pronto-atendimento, clínica ou consultório particular? _____

13) Você tem vínculo empregatício?

(0) Não (1) Sim

14) Que tipo de vínculo? Marcar todos os existentes

(0) Servidor público por concurso (1) Servidor público designado (2) Celetista (3) Autônomo

(4) Outros: especificar _____

15) Que tipo de benefício você possui em seu trabalho? Marcar todos os existentes

(0) Férias remuneradas (1) 13º salário (2) 14º salário

(3) Outros: especificar _____

16) Você tem alguma contribuição previdenciária? Marcar todos os existentes

(0) Não (1) INSS (2) Privada

(3) Outros: especificar _____

17) Qual seu turno de trabalho? Marcar todos os trabalhados

(0) Manhã (1) Tarde (2) Noite (3) Madrugada

18) Quantas horas diurnas (manhã e tarde) você trabalha na semana? _____

19) Quantas horas noturnas você trabalha na semana? _____

20) Quantas horas diurnas você trabalha nos finais de semana? _____

21) Quantas horas noturnas você trabalha nos finais de semana? _____

22) Você consegue conciliar família e trabalho como gostaria?

(0) Nem um pouco (1) Um pouco (2) médio (3) bastante

23) Como você classifica as condições gerais do seu ambiente de trabalho?

(0) péssimo (1) ruim (2) médio (3) bom (4) ótimo

24) Como você classifica as condições técnicas do seu ambiente de trabalho?

(0) péssimo (1) ruim (2) médio (3) bom (4) ótimo

25) Você tem alguma religião ou filosofia de vida?

(0) Não (1) Sim

26) Você acha que a sua religião ou filosofia de vida interfere na sua prática de trabalho?

(0) Não (1) Sim (2) Não tenho religião ou filosofia de vida

27) Você faz tratamento com psicólogo (a) ou psiquiatra?

(0) Não (1) Sim

28) Você precisou afastar-se do seu trabalho no último ano, por problemas de saúde?

(0) Não (1) Sim

29) Se sim, por quantos dias no total? _____

30) Você pratica alguma atividade física?

(0) Não (1) Sim

31) Você tem alguma atividade de lazer?

(0) Não (1) Sim

32) Se sim, qual/quais?

33) Qual desses sintomas você tem sentido ultimamente? (Marque todos os que tiver)

(0) Distúrbio do sono (1) Dispepsia (2) Dor abdominal (3) Dor muscular (4) Vertigens, tonturas
(5) Náuseas (6) Exaustão, fadiga (7) Irritação (8) Incertezas (9) Ansiedade (10) Tendência a dormir durante as atividades (11) Bulimia (12) Necessidade de medicações para dormir (13) Enxaqueca

34) Leia com atenção os eventos vitais listados abaixo e marque todos os que aconteceram com você no

ÚLTIMO ANO. (0) Morte do cônjuge (1) Separação (2) Casamento (3) Morte de alguém da família (4) Gravidez (4) Doença na família (6) Acréscimo ou diminuição do nº de pessoas morando em sua casa (7) Nascimento na família (8) Mudança de casa (9) Mudança de escola (10) Reconciliação matrimonial (11) Aposentadoria (12) Perda de emprego (13) Mudança de trabalho (14) Dificuldades com a chefia (15) Reconhecimento profissional (16) Acidentes (17) Perdas financeiras (18) Dificuldades sexuais (19) Problemas de saúde (20) Morte de um amigo (21) Dívidas (22) Mudanças de hábitos pessoais (23) Mudanças de atividades recreativas (24) Mudanças de atividades religiosas (25) Mudanças de atividades sociais

APÊNDICE B - Termo de concordância da Instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Prefeitura de Montes Claros - MG
Secretaria Municipal de Saúde

Montes Claros, 23 de Outubro de 2014

De: Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde


Para: Unidades de Saúde – Montes Claros

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos através deste, autorizar a realização da pesquisa que tem como título: “**Avaliação da prevalência da Síndrome de *Burnout* e fatores associados entre os médicos da Estratégia Saúde da Família**” nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, pelas pesquisadoras Ariadna Janice Drummond Moraes, Cristiane Borborema Teles e Cândida Maria Alves Soares e as Professora Orientadoras Lucinéia de Pinho e Marise Fagundes Silveira.

Esta autorização se restringe à coleta de dados que não sejam confidenciais ou que não coloquem em risco a privacidade dos usuários com a publicidade dos dados de identificação dos mesmos.

Atenciosamente,


Dr. Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde
Montes Claros

Dr. Danilo F. Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde
SMS / Montes Claros - MG

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Avaliação da prevalência da Síndrome de *Burnout* e fatores associados entre os médicos da Estratégia Saúde da Família.

Instituição promotora:

Patrocinador:

Orientador Responsável: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho e co- orientadora: Profa. Dra. Marise Fagundes Silveira

Pesquisador responsável: Profa. Espec. Ariadna Janice Drumond Morais

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo, bem como o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* e fatores associados entre os médicos da Estratégia Saúde da Família.

2- Metodologia/procedimentos: Pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal de levantamento de dados, através de 05 questionários enviados via e-mail a médicos assistentes das ESF do norte de Minas Gerais.

3- Justificativa: Este estudo se justifica por seus resultados poderem contribuir para políticas públicas específicas favoráveis a prevenção dos agravos pesquisados.

4- Benefícios: Contribuir para o fornecimento de dados sobre a prevalência de Síndrome de *Burnout* nos médicos das ESF do norte de Minas Gerais.

5- Desconfortos e riscos: A presente pesquisa não oferece riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Todavia, a quantidade questionários a serem respondidos pode ser considerada como um desconforto ou incomodo.

6-Danos: Não há a ocorrência de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual para os participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplicam.

8- Confidencialidade das informações: Todos os entrevistados terão direito de terem suas identificações e e-mails devidamente preservados.

9- Compensação/indenização: Não se aplicam.

10- Outras informações pertinentes: Não se aplicam.

Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Data

Ariadna Janice Drumond Morais

Nome do coordenador da pesquisa

Assinatura do coordenador da pesquisa

Data

Endereço do Pesquisador: Rua Olímpio Guedes, 596 – Morada do Sol – Montes Claros - MG
Telefones: (38) 9955-4451 e (38) 9125-7897

Observação: Por favor, após a leitura deste termo, acesse os questionários e responda todas as questões. Após ter respondido, envie para o e-mail ariadna.mestrado@gmail.com . O fato de você enviar os questionários devidamente respondidos será considerado sua assinatura eletrônica neste termo de consentimento. Ressalto que tanto sua identidade como seu endereço eletrônico serão resguardados, preservando assim seu anonimato. Seu email foi obtido através da Secretaria de Saúde ou CRM ou Sindicato dos médicos. Caso tenha dúvidas, envie-as ao e-mail ariadna.mestrado@gmail.com para que eu possa esclarecê-las.

ANEXOS

ANEXO A -*MaslachBurnoutInventory* (MBI)

As perguntas a seguir desejam saber como você se sente no trabalho. Assinale apenas uma alternativa por questão. Obrigada por responder todas as questões.

	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Sinto-me frustrado com meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Sinto que estou trabalhando demais.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Sinto que posso criar, com	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

facilidade, um clima agradável em meu trabalho.					
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO B - *Job Stress Scale* (JSS)

Por favor, responda as questões abaixo. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.
Agradecemos por responder todas as alternativas.

	Freqüentemente	Às vezes	Nunca	Quase nunca
a) Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	4	3	2	1
b) Com que freqüência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	4	3	2	1
c) Seu trabalho exige demais de você?	4	3	2	1
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	4	3	2	1
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	4	3	2	1
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	4	3	2	1
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	4	3	2	1
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	4	3	2	1
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	4	3	2	1
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	4	3	2	1
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	4	3	2	1
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	4	3	2	1
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	4	3	2	1
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	4	3	2	1
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	4	3	2	1

ANEXO C - Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER)

Estas perguntas são sobre o seu trabalho e as repercussões sobre a saúde. Elas se referem ao seu trabalho na ESF.

Para cada afirmativa abaixo, assinale primeiro se você *Concorda* ou *Discorda*. Se houver uma seta depois da sua resposta, por favor, assinale até que ponto você se sente estressado com tal situação. Agradecemos por responder todas as afirmativas.

Esforço
<p>1. Eu me sinto constantemente pressionado para fazer muito trabalho em pouco tempo</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>2. Constantemente interrompem e atrapalham meu trabalho</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>3. Eu tenho muitas responsabilidades no meu trabalho</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>4. Eu sou pressionado com frequência a trabalhar além do horário</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>5. Meu trabalho exige esforço físico</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>6. Nos últimos anos, meu trabalho tem se tornado cada vez mais exigente</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
Recompensa
<p>7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus superiores/chefes</p> <p>1-Concordo 2-Discordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado 2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado</p>
<p>8. Eu recebo o respeito que mereço dos meus colegas</p> <p>1-Concordo</p>

<p>2-Discordo⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado</p>
<p>9. Eu recebo apoio adequado em situações difíceis</p> <p>1-Concordo</p> <p>2-Discordo⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado</p>
<p>10. Eu sou tratado injustamente no trabalho</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>11. Minhas perspectivas de promoção no trabalho são poucas</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>12. Aconteceu ou está para acontecer uma mudança indesejável na minha situação de trabalho</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>13. Minha garantia no emprego é pequena</p> <p>1-Concordo ⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado 2-Discordo</p>
<p>14. Minha posição atual no trabalho reflete adequadamente meu nível educacional e meu treinamento</p> <p>1-Concordo</p> <p>2-Discordo⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado</p>
<p>15. Considerando todos os meus esforços e realizações, eu recebo o respeito e o prestígio que mereço no trabalho</p> <p>1-Concordo</p> <p>2-Discordo⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado</p>
<p>16. Considerando todos os meus esforços e realizações, minhas perspectivas de trabalho são adequadas</p> <p>1-Concordo</p> <p>2-Discordo⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado</p>

17. Considerando todos os meus esforços e realizações, meu salário/renda é adequado			
1-Concordo			
2-Discordo⇒ e com isso eu fico: 1-Nem um pouco estressado2-Um pouco estressado 3-Estressado 4- Muito estressado			
Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das alternativas abaixo. Agradecemos por responder todas as alternativas.			
Comprometimento excessivo			
18. Eu fico facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço			
1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Concordo	4-Concordo totalmente
19. Eu começo a pensar nos problemas de trabalho logo que acordo de manhã			
1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Concordo	4-Concordo totalmente
20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e desligar-me do trabalho com facilidade			
1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Concordo	4-Concordo totalmente
21. As pessoas próximas de mim dizem que eu me sacrifico demais pelo meu trabalho			
1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Concordo	4-Concordo totalmente
22. O trabalho raramente me deixa. Ele ainda está na minha cabeça quando eu vou para a cama			
1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Concordo	4-Concordo totalmente
23. Se eu adiar alguma coisa que deveria ter feito, terei dificuldades para dormir à noite			
1-Discordo totalmente	2-Discordo	3-Concordo	4-Concordo totalmente

ANEXO D – WHOQOL-bref (Wb)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "MUITO" apoio como abaixo.

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	(4)	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "NADA" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita a	1	2	3	4	5

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se **acom que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário	Sim	Não
---	-----	-----

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da prevalência da Síndrome de Burnout e fatores associados entre os médicos da Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: Ariadna Janice Drumond Morais

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34691314.1.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 762.251

Data da Relatoria: 15/08/2014

Apresentação do Projeto:

A Síndrome de Burnout tem sido definida como um fenômeno psicossocial que aparece como uma resposta aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho cronicamente. É formada por três dimensões relacionadas, mas independentes: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. Estas dimensões estão agregadas no Maslach Burnout Inventory, usado para medir a síndrome. Estudos apontam que na classe médica, a síndrome afeta mais de 40% dos profissionais em um nível suficiente para comprometer o bem-estar pessoal ou o desempenho profissional.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout e fatores associados entre os médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

riscos mínimos

Desconforto quanto ao tempo necessário para responder ao instrumento de coleta de dados.

Benefícios: Fornecimento de dados sobre a prevalência de Síndrome de Burnout nos médicos das ESF do norte de Minas Gerais. Construção do conhecimento e subsidiar estratégias para a melhoria

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 762.251

das condições de trabalho e prevenção da SB entre os médicos das ESF. Contribuir para a elaboração de políticas públicas específicas, visando medidas de enfrentamento, intervenção e prevenção do burnout.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área da saúde, com foco na Síndrome de Burnout entre os médicos da ESF de Montes Claros, MG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 22 de Agosto de 2014

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com