

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS QUE TRATAM DA SAÚDE DA MULHER

Janine Kieling Monteiro

Doutora em Psicologia (UFRGS). Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil.
Bolsista de Produtividade CNPq nível 2. E-mail: <janinekm@unisinobrasil.br>.

Gabrielle Hennig Grisa

Psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil.
E-mail: <psicgabriellehg@gmail.com>.

Gênesis Marimar Rodrigues Sobrosa

Doutoranda em Psicologia Clínica do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil. E-mail: <genesispsi@yahoo.com.br>.

Mariana Luísa Albrecht Rodrigues

Psicóloga graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Brasil.
E-mail: <maryalbgue@hotmail.com>.

RESUMO

A Síndrome de Burnout (SB) é uma resposta emocional a situações de estresse crônico em função de relações interpessoais constantes, afetivas e intensas em situações de trabalho. Esse estudo de delineamento observacional, analítico e transversal teve por objetivo investigar a associação entre a SB, estratégias de *coping*, variáveis demográficas, sociais, laborais e de saúde em profissionais que tratam da saúde da mulher. Participaram do estudo 29 profissionais que prestam atendimento em duas Unidades Básicas de Saúde. Foram utilizados como instrumentos: *Questionário para a Avaliação da Síndrome de Quemarse por el Trabajo* e o *Brief-Cope*. Apesar da baixa frequência observada da SB (6,5%), destacam-se nos resultados que 41,4% dos participantes indicaram ter se licenciado do trabalho para tratamento de problemas relacionados à saúde mental no último ano. Espera-se que esses resultados possam ser utilizados para subsidiar futuras intervenções voltadas à saúde do trabalhador na atenção primária da saúde.

Palavras-chave: síndrome de burnout, profissionais de saúde, estratégias de *coping*

A atenção básica no Brasil preconiza um conjunto de ações, tanto no âmbito individual como no coletivo, as quais devem considerar a promoção e a proteção de saúde, a prevenção a agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Objetiva o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se por princípios que atendem a universalidade, a acessibilidade aos serviços, a

coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, a humanização, a participação social, entre outros (Brasil, 2012). Entre as ações específicas previstas na saúde da mulher, atualmente destaca-se a prevenção do câncer ginecológico (englobando o câncer de mama e o de colo do útero) devido aos altos índices encontrados no Brasil (INCA, 2011). O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Saúde da mu-

lher: fatores psicológicos associados à prevenção e condutas de autocuidado frente ao câncer de colo de útero”¹.

O cuidado à saúde da mulher possui especificidades, como a integralidade do cuidado, o qual deve garantir o acesso a ações resolutivas que levem em conta peculiaridades do ciclo vital feminino e do contexto social no qual a mulher está inserida. No entanto, nem sempre as equipes interdisciplinares estão preparadas para lidar com essas questões, com profissionais possuem diferentes formações e entendimentos, o que dificulta a comunicação e o respeito à integralidade na prática do cuidado (Coelho, Silva, Oliveira, & Almeida, 2009).

Tais propostas de ações em prol da saúde demandam uma série de exigências para os trabalhadores dos serviços de atenção primária à saúde, que não se reduzem apenas ao diagnóstico e à orientação do tratamento, mas também buscar a valorização da subjetividade e a coparticipação e responsabilização dos atores sociais envolvidos, tornando as atividades desses profissionais bastante complexas (Brasil, 2012). Além disso, estes profissionais estão expostos a situações difíceis como as relacionadas à pobreza e desigualdades sociais dos usuários e deficiências dos demais níveis do sistema de saúde (Braga, Carvalho, & Binder, 2010), a falta de recursos estruturais para realizar seu trabalho (Borges, Argolo, & Backer, 2006), a sobrecarga da demanda e a baixa resolutividade nos serviços prestados (Trindade & Pires, 2013). Também estão presentes dificuldades nas relações com a chefia e entre colegas, o pouco reconhecimento e apoio no trabalho (Monteiro, Oliveira, Ribeiro, Grisa, & Agostini, 2013), o pouco controle e baixa oportunidade de decisão sobre o seu trabalho, burocracia e ritmo acelerado (David, Mauro, Silva, Pinheiro, & Silva, 2009).

As práticas de saúde em UBS enfatizam o contato direto e contínuo com os pacientes, suas famílias e comunidades, resultando em uma maior exposição a vários estressores psicossociais, ambientais e econômicos (Carlotto, Pizzinato, Bones, & Oliveira-Machado, 2013). Estudos têm apontado determinadas questões associadas ao adoecimento no trabalho desse grupo como altos índices de automedicação e problemas de saúde (Tomasi et al., 2007), diversas enfermidades relacionadas a fatores psicossociais em mé-

dicos (Beltrán & Moreno, 2007), uso abusivo de tranquilizantes, álcool e outras drogas por parte dos profissionais de saúde (Silva & Menezes, 2008) aumento da suscetibilidade a Síndrome de *Burnout* (SB) quando da sobrecarga de profissionais em início de carreira com cargos e tarefas de grande responsabilidade (Carlotto et al., 2013). A síndrome de burnout é compreendida como um transtorno ligado ao estresse laboral severo, é caracterizada pelo esgotamento emocional dos trabalhadores e é constituída através de determinadas associações entre características individuais, ambientais e de trabalho (Andrade, Moraes, Tosoli, & Wachelke, 2015).

Nesse sentido, a SB é uma resposta emocional a situações de estresse crônico em função de relações interpessoais constantes, afetivas e intensas em situações de trabalho. Trata-se de um fenômeno psicossocial constituído originalmente de três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional (Maslach & Jackson, 1981). No ano de 2005, Gil Monte ampliou o modelo de Maslach e Jackson (1981), caracterizando a síndrome como composta por quatro dimensões. A primeira refere-se à Ilusão pelo trabalho, que considera o desejo individual para o alcance das metas profissionais, as quais são percebidas como atraentes e fontes de satisfação pessoal; a segunda dimensão está relacionada ao Desgaste Psíquico, caracterizado por sentimentos de exaustão física e emocional, devido ao contato direto com as pessoas responsáveis pela fonte dos problemas. A terceira, denominada Indolência, consiste na presença de atitudes de indiferença junto aos usuários do serviço prestado, bem como na ausência de sensibilidade aos problemas alheios. Na última dimensão, a Culpa, o autor trás um novo aspecto para se pensar a Síndrome de *Burnout*, sugerindo que nesta etapa o sujeito vivencia sentimento de culpa e de cobrança social acerca do comportamento e das atitudes negativas desenvolvidas no trabalho. É evidenciada principalmente em sujeitos que desenvolvem relações diretas no ambiente de trabalho. Nesse novo modelo, Gil Monte (2005) classificou a SB em dois perfis: 1) perfil 1 composto por baixa Ilusão pelo trabalho, alto Desgaste Psíquico e alta Indolência (relacionado a sintomas de estresse laboral mas não incapacitante para o trabalho) e 2) perfil 2 onde as mesmas três características estão presentes com inclusão do alto sentimento de culpa, o que acaba agravando mais

¹ Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

o quadro, nesse caso associado ao absenteísmo e outros adoecimentos como depressão.

Já existem estudos no Brasil que indicam uma associação da síndrome *Burnout* entre profissionais de saúde (Benevides-Pereira, 2002; Ebling & Carlotto, 2012; Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski, 2009; Rosa & Carlotto, 2005; Silveira, Câmara, & Amazarray, 2014; Tamayo, 1997). A Síndrome de *Burnout* é um tema que tem adquirido crescente relevância e preocupação por parte de profissionais, gestores institucionais, entidades sindicais e governamentais. Os trabalhadores que se dedicam aos cuidados de saúde, conforme Carlotto (2009), estão entre os que têm maior risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*, tendo em vista que estão expostos a constantes e inúmeros estressores que afetam diretamente não somente o seu bem-estar, mas, também, o de sua clientela. Dentre vários estressores, os mais referidos são as longas jornadas de trabalho e o número insuficiente de profissionais - que denotam em desgaste físico e emocional -, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição a riscos químicos e físicos, assim como o contato constante com o sofrimento, a dor e, não raras vezes, a morte. O desempenho destes profissionais envolve uma série de atividades que necessitam de um controle mental e emocional maior do que em outras profissões (Maslach & Jackson, 1981). O trabalho desenvolvido em instituições de saúde requer que os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permitam a eles enfrentarem e tomarem decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais (Albaladejo et al., 2004). No cotidiano de seu trabalho, os profissionais têm que lidar com pacientes em estado grave, compartilhando com o paciente e seus familiares a angústia, a dor e o medo de padecerem (Beltrán & Moreno, 2007; Cornelius & Carlotto, 2007).

Os profissionais da saúde vivem um contexto laboral que lhes oferta condições de trabalho insatisfatórias, deixando-os suscetíveis a desgastes físicos e psicológicos. Tais agravantes estão fortemente associados às características laborais deste ambiente, acarretando em desequilíbrios de ordem alimentar, muscular, do sono, de eliminação, de fadiga, estresse e desorganização no meio familiar, fazendo com que este profissional seja prejudicado em sua capacidade para o trabalho (Barboza & Soller 2003; Manetti, 2009; Queiroz & Souza, 2012).

Diante dos estressores presentes no trabalho dos profissionais de saúde, esses fazem uso de

estratégias de enfrentamento também conhecidas como estratégias de *coping*. Baseado em uma perspectiva comportamental, o *coping* é definido como um conjunto de respostas intencionais, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelo sujeito com o propósito de lidar com demandas específicas oriundas de situações estressantes, que podem ser aprendidas, utilizadas e descartadas (Folkman, 1984). Trata-se de esforços para prevenir ou diminuir a ameaça, dano, perda, ou para reduzir o sofrimento associado (Carver & Connor-Smith, 2010). As estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo são determinantes na transição do estresse ocupacional ao desenvolvimento da SB, influenciando sobremaneira a sua qualidade de vida (Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno, 2009). Elas têm demonstrado seu papel protetor frente ao *Burnout* (Gil-Monte, 2005; Mirvis, Graney, Ingram, Tang, & Kilpatrick, 2006; Zamora, Castejón, & Fernández, 2004). De acordo com Gil-Monte (2005), trabalhadores que utilizam com maior frequência estratégias centradas no problema possuem maior capacidade de prevenir a SB.

Estudo realizado por Pinto, Almeida e Miyazaki (2010) identificou que médicos negligenciam sua própria saúde e frequentemente utilizam estratégias inadequadas de enfrentamento para lidar com o estresse, como negação de seus próprios problemas e abuso de substâncias. Em investigações realizadas na Finlândia, Noruega, Inglaterra e Estados Unidos, os fatores estressantes mais citados por médicos e enfermeiros foram: sobrecarga horária; quantidade de trabalho; rotina; ambiguidades; conflitos de papel; nível elevado de responsabilidade; falta de autonomia ou controle e trabalho por turnos (Mcintyre, McIntyre, & Silvério, 1999). Entretanto, outros estudos apontam que enfermeiros apresentaram nível de estresse baixo, bem como estado de saúde regular em ambientes de trabalho hospitalar, como contraponto, a área de administração de pessoal mostrou-se como mais estressante (Guido, Linch, Pitthan, & Umann, 2011; Guido et al., 2009).

Por outro lado, Andrade, Moraes, Tosoli e Wachelke (2015) realizaram uma pesquisa com 200 trabalhadores da área da saúde, que atuam em ambiente hospitalar. O estudo buscou desenvolver e testar um modelo teórico-estrutural o qual proporciona a compreensão de variáveis das dimensões de trabalho, SB e saúde mental. Os resultados indicam relações existentes entre diferentes

aspectos do trabalho, clima de segurança e saúde a partir de dois modelos teóricos integrativos de variáveis psicossociais, clima de segurança e saúde para trabalhadores em contexto hospitalar.

Diante do exposto, esse estudo de delineamento observacional, analítico e transversal teve por objetivo investigar a associação entre a Síndrome de *Burnout* (SB), estratégias de *coping*, variáveis sócio demográficas, laborais e de saúde em profissionais que tratam da saúde da mulher. Espera-se que os seus resultados possam ser utilizados para subsidiar futuras intervenções voltadas à área de saúde do trabalhador na atenção primária da saúde.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

Participaram do estudo todos os 29 profissionais (28 mulheres e um homem) que prestavam atendimento à saúde da mulher em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Porto Alegre/RS. Os critérios de inclusão utilizados foram: estar trabalhando em UBS no município de Porto Alegre e prestar atendimento no setor da saúde da mulher há pelo menos seis meses. A amostra foi intencional e esse número de participantes se justifica porque na época da pesquisa havia 30 trabalhadores da saúde vinculados ao setor que foi foco da investigação.

A maioria dos participantes relatou ter companheiro (a) fixo e filhos (65,5%). A idade dos participantes variou entre 26 e 64 anos ($M = 44,24$; $DP = 10,65$) e o tempo de profissão variou entre 3 e 40 anos ($M = 16,58$; $DP = 9,3$). Já o tempo de atuação de trabalho no local investigado oscilou entre 1 e 30 anos ($M = 10$; $DP = 6,7$). A carga horária observada situou-se entre 20 e 40 horas semanais ($M = 31,52$; $DP=9$). Em relação à renda mensal, 37,9% recebiam entre 5 a 15 salários mínimos e 27,6% mais de 15 salários mínimos. Quanto à formação profissional, a amostra se configurou como 37,9% sendo médicos, 27,6% técnicos de enfermagem e outras três categorias perfizeram o percentual de 10,3% cada: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Entre os participantes do estudo, 44,8% desempenhavam outras atividades profissionais e 69% possuíam vínculo empregatício estatutário. Destaca-se ainda que 48,3% apontaram já haver se afastado do

trabalho por motivos de saúde física e 41,4% indicaram ter se licenciado para tratamentos relacionados à saúde mental. Os profissionais atendiam de 4 a 150 pacientes por dia ($M = 32$; $DP = 32,65$).

INSTRUMENTOS

Foram utilizados como instrumentos um questionário autoaplicável para o levantamento de dados sócio demográficos (gênero, idade, situação conjugal, filhos, formação), laborais (função, tempo de trabalho, tempo de trabalho na instituição, carga horária semanal, tipo de vínculo, número de pacientes atendidos por dia) e de saúde (afastamento por problema de saúde física e mental). Além disso, os seguintes instrumentos foram utilizados:

Questionário para avaliação da Síndrome de Burnout, Questionário para a Avaliação da Síndrome de Quemarse por el Trabajo - CES-QT-PE – (Gil-Monte, 2005), versão traduzida e adaptada para o Brasil por Gil-Monte, Carlotto e Câmara (2010). O instrumento consta de 20 itens que se distribuem em quatro subescalas denominadas: Ilusão para o trabalho (5 itens, $\alpha = 0,72$); Desgaste psíquico (4 itens, $\alpha = 0,86$); Indiferença (6 itens, $\alpha = 0,75$); e, Culpa (5 itens, $\alpha = 0,79$). Os itens são avaliados com uma escala tipo Likert de frequência de cinco pontos (0 “Nunca” a 4 “todos os dias”).

Brief-Cope - Escala de Enfrentamento (Carver, 1997; traduzido e adaptado para Portugal por Ribeiro & Rodrigues, 2004) foi desenvolvido a partir do instrumento original *Cope Inventory* (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). O instrumento é composto por 28 itens e 14 subescalas (Carver, 1997), compreendendo então 2 itens por cada subescala, as quais são: *coping* ativo (iniciar uma ação ou fazer esforços para remover ou restringir o estressor), planejamento (pensar sobre como enfrentar o estressor, planejar estratégias de *coping* ativo), ventilação (expressão de sentimentos e aumento da consciência do estresse emocional pessoal com a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos), auto culpabilização (culpabilizar-se e criticar-se a si mesmo pelo o que aconteceu), busca de suporte social por razões instrumentais (procurar ajuda, informações, ou conselho sobre o que fazer), busca de suporte social por razões emocionais (conseguir apoio por suporte emocional de alguém), reenquadramento positivo (fazer o melhor da

situação crescendo a partir dela, ou enxergando-a de um modo mais favorável), aceitação (aceitar o fato de que o evento estressante ocorreu e é real), religiosidade (aumento de participação em atividades religiosas), negação (tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante), desinvestimento comportamental (desistir ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o estressor está interferindo), auto distração (desinvestimento mental do objetivo com que o estressor está interferindo, através do sonhar acordado, dormir, ou auto distração), humor (fazer piadas sobre o estressor) e uso de substâncias (fazer uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestimento do estressor). Ribeiro e Rodrigues (2004) encontraram valores satisfatórios na consistência interna (alfa acima de 0,60) de cada subescala comprovando propriedades idênticas ao *Cope* de 60 itens de (Carver et al., 1989).

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os objetivos e os procedimentos da pesquisa foram apresentados à secretaria da Saúde do município, sendo solicitada autorização e colaboração para a realização da pesquisa em duas Unidades Básicas de Saúde, esse procedimento foi repetido com os gestores de cada UBS. No que tange aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do município, processo sob número 001.008580.12.0, registro no CEP número 756, emitido no dia 10/04/12. Durante a realização da pesquisa foram observados os preceitos e procedimentos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Os instrumentos foram aplicados individualmente no local de trabalho, com tempo aproximado de aplicação de 45 minutos, após a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013.

ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, criou-se um banco de dados no programa SPSS, com as informações obtidas. Em seguida, foram realizadas análises estatísticas descritivas para calcular as médias e os desvios

padrões das variáveis quantitativas e as frequências das variáveis nominais. As dimensões da SB foram classificadas de acordo com o ponto de corte, segundo o manual de Gil Monte (2011).

Posteriormente, para avaliar a relação entre a Síndrome de *Burnout* e fatores associados, foram realizadas correlações de *Spearman* entre as dimensões de *Burnout* (ilusão para o trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa) e as estratégias de *coping*. Por último, analisou-se a relação entre a SB e as variáveis sócio demográficas e laborais, recorrendo novamente a correlação de *Spearman* entre as quatro dimensões de *Burnout* e as variáveis quantitativas (idade, tempo de profissão, tempo na unidade, carga horária semanal, número de pacientes, dias de faltas ao trabalho).

No que diz respeito às variáveis sócio demográficas e laborais nominais (situação marital, presença de filhos, tipo de vínculo empregatício) foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para verificar possíveis diferenças na classificação dos valores entre os grupos nas dimensões de SB. Em todas as análises realizadas foi considerado o nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Em relação aos dados laborais dos participantes, 44,8% desempenhavam outras atividades profissionais, 69% possuíam vínculo empregatício estatutário. Destaca-se ainda que 48,3% apontaram já haver se afastado do trabalho por motivos de saúde física e 41,4% indicaram ter se licenciado para tratamento de problemas relacionados à saúde mental no último ano.

No que se refere às estatísticas descritivas das variáveis de *Burnout* encontradas com o CES-QT-PE (ver Tabela 1), a dimensão concernente a Ilusão pelo trabalho obteve a maior média dentre todas as outras (3,18; DP = 0,79), apontando, nesse caso, para a satisfação mediana dos profissionais investigados (percentil 50, de acordo com os dados de validação do manual de Gil-Monte, 2011) com relação às suas atividades laborais. Essa dimensão é a única avaliada de forma inversa na escala (quanto maior os seus escores, menor a Ilusão pelo Trabalho), dessa forma, as metas profissionais também se classificaram como percebidas medianamente atraentes e medianamente fontes de satisfação pessoal para os participantes desta pesquisa. A dimensão do Desgaste Psíquico

($M = 1,3$; $DP = 0,75$), traduzida como os sentimentos de exaustão física e emocional vividos pelos profissionais, foi a que apresentou a segunda média mais alta, também encontrando-se em uma posição mediana para estes profissionais (percentil 50) (Gil-Monte, 2011). As dimensões de Indolência ($M = 0,79$; $DP = 0,55$) e Culpa ($M = 0,72$; $DP = 0,49$), sugeriram que, apesar do sofrimento pela carga de trabalho pelo qual esses trabalhadores estivessem passando, no momento que participaram deste estudo, referidas pela expressão mediana da dimensão do Desgaste Psíquico, não foi encontrado um significativo índice de insensibilidade aos problemas alheios daquelas pacientes que atendiam, bem como, de autculpabilização. Constatou-se a posição médio inferior (percentil 40) para ambas as dimensões (Gil-Monte, 2011). Já a frequência observada do perfil 1 da SB, no qual considerou-se o conjunto encontrado das dimensões Ilusão pelo trabalho em baixo nível, Desgaste psíquico e Indolência em altos níveis (Gil-Monte, 2005) foi de 6,5%. Nenhum participante preencheu os critérios de classificação do perfil 2, onde além deste característico conjunto das três dimensões Ilusão pelo trabalho, Desgaste

Psíquico e Indolência considera-se à mais a presença da dimensão da culpa (Gil-Monte, 2005).

Tabela 1
Estatísticas Descritivas das Variáveis de Burnout

	Média	Desvio-Padrão
IL	3,1793	,78803
DP	1,3017	,75409
IN	,7931	,54855
CL	,7207	,48652

Identificaram-se associações entre as dimensões de *Burnout* e estratégias de *coping*. Verificou-se que quanto maior o uso da estratégia de coping suporte instrumental ($r = 0,408$; $p < 0,05$), da estratégia de humor ($r = 0,451$; $p < 0,01$) e da religiosidade ($r = 0,396$; $p < 0,05$) maior foi o sentimento de culpa nos profissionais. Quanto mais utilizada a estratégia de coping de ventilação ($r = 0,468$; $p < 0,01$) e do reenquadramento positivo ($r = 0,406$; $p < 0,05$) mais ocorreu elevação de atitudes de indiferença em relação aos pacientes, ou seja, ausência de sensibilidade aos problemas alheios, o aumento da dimensão de indolência, conforme demonstrado na Tabela 2 (Gil-Monte, 2005).

Tabela 2

Correlações entre as Dimensões da Síndrome de Burnout e Coping

Dimensões	IL	DP	IN	CL
Supr. Instrumental	0,291	0,085	-0,23	,408*
Desinv. Comportamental	-0,36	0,226	0,319	0,163
Ventilação	-0,174	0,286	,468**	0,07
Reenquadramento Positivo	0,088	0,071	,406*	0,036
Humor	0,134	0,109	0,11	,451**
Religião	0,337	0,115	0,152	,396*
Auto Distração	-0,053	0,297	0,277	0,121
Coping Ativo	0,253	0,064	0,275	0,209
Negação	0,036	0,162	0,133	0,213
Uso de Substância	-0,163	0,061	0,225	0,049
Supr. Emocional	0,182	-0,009	0,205	-0,184
Planejamento	0,032	0,065	0,039	0,213
Aceitação	0,330	0,084	-0,284	0,240
Auto Culpabilização	-0,047	-0,068	0,169	-0,103

Nota: * Significância de 0,05.

** Significância de 0,01 (mais significativo).

IL: Ilusão pelo trabalho; DP: Desgaste psíquico; IN: Indolência; CL: Culpa.

A análise da relação entre as dimensões de *Burnout* e variáveis sócio demográficas, laborais e de saúde quantitativas (ver Tabela 3) revelaram que quanto maior o tempo de profissão na amostra investigada maior é o comportamento de indolência ($r = 0,396$; $p < 0,05$) e a propensão para apresentar o perfil 1 ($r = 0,380$; $p < 0,05$) da SB, no qual, apenas a dimensão culpa não está presente

(Gil-Monte, 2005). Além disso, nas análises realizadas, através do teste de *Mann-Whitney*, foram observadas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os trabalhadores com vínculo empregatício estatutário e os que têm outras formas de contratos, indicando que os primeiros apresentam *rankings* médios maiores de indolência.

Tabela 3

Correlações entre as Dimensões da Síndrome de Burnout e Variáveis Sócio Demográficas, Laborais e de Saúde Quantitativas

Dimensões	IL	DP	IN	CL
Idade/Anos	-0,011	-0,053	0,336	-0,079
Remuneração/Salário Mínimo	-0,015	0,027	-0,098	0,186
Temp prof/Meses	-0,225	0,205	0,396*	-0,07
Temp unidade/Meses	-0,179	0,012	0,17	-0,292
Carga Horária Semanal	-0,305	0,203	0,11	0,166
Pacientes/Dia	-0,142	-0,005	0,192	-0,09
Falta trabalho/Dias	0,131	0,033	0,156	-0,265
Problemas Saúde Trabalho/Dias	0,092	0,33	0,258	0,126

Nota: * Significância de 0,05.

IL: Ilusão pelo trabalho; DP: Desgaste psíquico; IN: Indolência; CL: Culpa.

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que apenas 6,5% dos participantes apresentaram índices significativos nas três dimensões da SB (alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional). Outro estudo brasileiro, realizado por Silva e Menezes (2008) com 141 agentes comunitários atuantes em UBS do município de São Paulo, identificou que 24,1% dos participantes apresentaram a SB, índice bem superior aos obtidos nesse estudo.

Em relação às análises descritivas nas dimensões da SB, os resultados apontam haver uma realização profissional mediana nos trabalhadores estudados e baixos níveis de indolência. Em estudo de Yajaira (2013) com 18 médicos e 16 enfermeiras de hospitais públicos e privados, no Equador, para identificar o nível de *Burnout* e fatores relacionados, encontrou-se que 100% dos participantes apresentaram alta realização profissional e baixa despersonalização.

Ainda em relação às médias nas dimensões da SB, a dimensão do Desgaste Psíquico foi o resultado mais expressivo, traduzida pelos sentimentos de exaustão física e emocional vividos pelas profissionais. Esse fator sugere que pode existir uma sobrecarga de trabalho para esses profissionais. No mesmo sentido, cabe destacar que quase a metade dos profissionais estudados desempenha outras atividades profissionais além do trabalho na UBS.

Apesar de termos encontrado baixos índices do perfil de SB nos participantes, um dado que chamou a atenção no quesito laboral foi o fato de

que 41,4% dos profissionais indicaram ter se licenciado do trabalho para tratamento de problemas relacionados à saúde mental nos últimos 12 meses. Em nossa pesquisa, se considerarmos que duas dimensões da SB já indicam algum prejuízo na saúde ocupacional, 25,8% dos profissionais obtiveram escores expressivos em duas dimensões da SB. Alguns autores, como Grunfeld et al., (2000) consideram que é possível dar o diagnóstico da SB quando o indivíduo pontua nível alto nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização ou nível baixo na realização profissional.

Outro estudo com um grupo de trabalhadores da saúde também da atenção primária e com objetivos semelhantes encontrou resultados mais negativos na avaliação da SB (Silveira, Câmara, & Amazarray, 2014). O mesmo foi desenvolvido com 217 trabalhadores da saúde da atenção primária na grande Porto Alegre, para avaliar a prevalência e os preditores da SB. Os resultados indicaram quanto à prevalência da SB, 18% (n=32) dos participantes apresentaram perfil 1 e 11,0% (n=23), perfil 2 (com presença de culpa). Além disso, constatou que as variáveis preditoras para SB no perfil 1 foram: presença de TMC, não possuir filhos, maior frequência de cansaço, apenas trabalhar (ao contrário de estudar e trabalhar), maior tempo de profissão, trabalhar em UBS e residir em Porto Alegre. A prevalência de TMC na amostra foi de 40,7%.

Já no que diz respeito às associações entre as dimensões de *Burnout* e estratégias de *coping*, foi averiguado que quando maior o uso de suporte instrumental e da religiosidade, maior é o sentimento de culpa. Essa última variável refere-se a uma dimensão da SB considerada presente

quando o sujeito vivencia sentimento de culpa e de cobrança social acerca do comportamento e das atitudes negativas desenvolvidas no trabalho (Gil-Monte, 2005). Entende-se que aqueles trabalhadores que buscaram ajuda de outrem ou da religião expressaram o aumento da culpa, o que possivelmente denota o sentimento de impotência por procurar auxílio e, dessa forma, aceitar a própria fragilidade. Quando se busca ajuda, inevitavelmente o indivíduo tem que aceitar que sozinho não está dando conta, e sendo assim, precisa do outro, podendo fomentar a culpa ao ter que expressar sua própria fragilidade.

Quanto mais os profissionais fizeram uso da ventilação, mais aumentou a indolência com o público atendido. Isso sugere que perceber-se adoecido e demonstrar esses sentimentos indicou aumentar a indiferença e diminuir a sensibilidade aos problemas dos usuários do serviço prestado, pois na medida em que há a expressão dos sentimentos hostis dos profissionais, pode ocorrer maior inviabilização emocional de acolhimento do outro, pois o foco volta-se para os seus próprios problemas e emoções que necessitam de cuidado. Na pesquisa equatoriana já anteriormente citada (Yajaira, 2013), os resultados indicaram que para evitar pertencer ao grupo de risco da SB é imperativo reforçar as estratégias de enfrentamento positivo, bem como fortalecer o apoio social percebido. Portanto, fica evidente que é fundamental que os profissionais possam reconhecer que necessitam cuidar primeiramente de si, para que possam prestar o cuidado a seus pacientes, evitando assim, a negligência com a própria saúde e a reprodução dela nas usuárias.

Quanto às variáveis sócio demográficas, laborais e de saúde, o presente estudo identificou associação somente com as laborais: tempo de trabalho e a modalidade de vínculo empregatício. Verificou-se que na medida em que aumenta o tempo de trabalho, aumenta a dimensão de indolência e os trabalhadores com vínculo empregatício estatutário possuem médias mais elevadas nessa mesma dimensão. Considerando que a Síndrome de *Burnout* é decorrente de estressores que ao longo do tempo vão se tornando crônicos, pode-se entender que o tempo de profissão aumente a exposição do trabalhador aos estressores, destacando-se os interpessoais no caso de trabalhadores da saúde. Profissionais com vínculo estatutário, geralmente também são os que possuem maior tempo de trabalho. Após um tempo maior de exercício profissional, o tra-

balhador pode entrar em um período de maior sensibilização, tornando-se mais vulnerável à SB. Essa sensibilização pode ocorrer, pois já incidiu a transição das expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática cotidiana (Albaladejo et al., 2004). Muitos profissionais, em início de carreira, apresentam um forte senso de comprometimento e estão intrinsecamente motivados. No entanto, na medida em que as demandas do trabalho e as interações com outras pessoas, sejam elas clientes ou colegas, intensificam-se, muitos trabalhadores costumam isolar-se e diminuir seu nível de comprometimento (Cherniss, 1980), passando a evitar desafios e clientes (Edelwich & Brodsky, 1980). O contato com o outro passa a ser restrito ao mínimo necessário, por ser potencialmente carregado de sentimentos negativos e tensões (Avellar, Iglesias, & Valverde, 2007). Nessa amostra, predominantemente caracterizada por profissionais que prestavam atendimento à saúde da mulher, fica evidente a relevância de serem realizadas intervenções que fortaleçam esse perfil de trabalhador para que possam prestar o cuidado adequado à saúde da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir nesse estudo – no que se refere às associações entre a Síndrome de Burnout, estratégias de *coping*, variáveis sócio demográficas, laborais e de saúde – que algumas dessas variáveis relacionam-se diretamente com as dimensões da SB (e, portanto, aumentam o risco para desenvolvê-la); entre elas, estão: a utilização de estratégias de *coping*, como o suporte instrumental, humor, religiosidade, ventilação e reenquadramento positivo; o aumento do tempo de profissão e o fato de ter vínculo empregatício estatutário.

Os dados aqui apresentados devem ser considerados com cautela, pois tratam de uma amostra pequena e específica. Entretanto, espera-se que esses resultados possam contribuir para subsidiar futuras intervenções voltadas à saúde do trabalhador na atenção primária da saúde.

REFERÊNCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un

- hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
- Andrade, A.L., Moraes, T.D., Tosoli, A.M., & Wachelke, J. (2015). Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(3), 233-245.
- Avellar, L.Z., Iglesias, A., & Valverde, P. V. (2007). Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 12(3), 475-481.
- Beltrán, C.A., & Moreno, M.P. (2007). Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalupe, México. *Revista Médica Del Uruguay*, 23(4), 251-259.
- Barboza, D. B., & Soler, Z. A. S. G. (2003). Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(2), 177-183.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, L.O., Argolo, J.C.T., & Baker, M.C.S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(1), 34-43.
- Braga, L. C., Carvalho, L. R., & Binder, M. C. P. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1585-1596.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. K. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carlotto, M. S. (2009). A relação profissional-cliente e a Síndrome de Burnout. *Revista Encontro*, 12(17), 7-20.
- Carlotto, M.S., Pizzinato, A., Bones, K.R., & Oliveira-Machado, R. (2013). Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome in Professionals in Basic Health Units. *Ciencia y Trabajo* 15(47), 67-75.
- Coelho, E.A.C., Silva, J.F.O., Oliveira, J.F., & Almeida, M.S. (2009). Integralidade do cuidado a saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 154-60.
- Cornelius, A., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em profissionais de atendimento de urgência. *Psicologia em Foco*, 1(1), 15-27.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- David, H. M. S. L., Mauro, M. Y. C., Silva, V. G., Pinheiro, M. A. de S., & Silva, F. H. da. (2009). Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(2), 206-214.
- Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34, 23-30.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping profession*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. Madrid: TEA.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirâmide.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Câmara, S. (2010). Validation of the Brazilian version of the "Spanish Burnout Inventory" in teachers. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 140-147.
- Guido, L.de. A., Umann, J., Stekel, L.M.C., Linch, G.F. da. C., Silva, R. M., & Lopes L.F.D. (2009). Estresse, coping e estado de saúde de enfermeiros de clínica médica em um hospital universitário. *Ciência Cuido e Saúde*, 8(4), 615-621.
- Guido, L. de. A., Linch, G.F. da. C., Pithan, L. de. O., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(6), 1434- 1439.

- Grunfeld, E., Whelan, T.J., Zitzelsberger, L., Willan, A.R., Montesanto, B., & Evans, W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, 163,166-9.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer (2011). Recuperado de <http://www.inca.gov.br>
- Manetti, M. L. (2009). *Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Mirvis, D.M., Graney, M.J., Ingram, L., Tang, J., & Kilpatrick, A. O. (2006). Burnout and psychological stress among deans of colleges of medicine: a national study. *J Health Hum Serv Adm*, 29(1), 4-25.
- Moreira, D.de.S., Magnago, R.F., Sakae, T.M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1559-1568.
- Mcintyre, T. M., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17(3), 513-527.
- Monteiro, J. K., Oliveira, A. L. L., Ribeiro, C. S., Grisa, G. H., & Agostini, N. (2013). Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 366-379.
- Queiroz, D. L. de. & Souza, J. K. (2012). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. *Psicólogo informação*, 16, 103-126.
- Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2), 1-15.
- Pinto, D., Almeida, T., & Miyazaki, M.C. (2010). A saúde e estresse ocupacional em médicos. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 17(4), 201-205.
- Silva, A. T. C., & Menezes, P. R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 921-929.
- Silveira, S.L.M., Câmara, S.G., & Amazarray, M.R. (2014). Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 22(4),386-92.
- Sousa, I. F. de., Mendonça, H., Zanini, D.S., & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos*, 36(1-2), 57-74.
- Tamayo, M. R. (1997). *Relações entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Tomasi, E., Sant'Anna, G. C., Oppelt, A. M., Petrini, R. M., Pereira, I. V., & Sassi, B. T. (2007). Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(1), 66-74.
- Trindade, L. de. L., & Pires, D. E. P. de. (2013). Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 36-42.
- Yajaira, T. B. O. (2013). *Identificación Del Burnout em profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en Instituciones de Salud de las ciudades de Ibarra y Clínica Metropolitana* (Trabalho Final de Graduação). Universidade Técnica particular de Loja, Loja.
- Zamora, L.H., Castejón, E. O., & Fernández, I. A. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.

Factors associated with Burnout Syndrome in professionals who treat women's health

ABSTRACT

The Burnout Syndrome (SB) is an emotional response to situations of chronic stress due to constant emotional and intense interpersonal relationships in work situations. This study an observational, analytical and cross-sectional design aimed to investigate the association between SB, coping strategies, demographic, social, of work and health variables in professionals who treat women's health. The participants were 29 professionals who provided in two Basic Health Units. The instruments used were: *Questionário para a Avaliação da Síndrome de Quemarse por el Trabajo* e o *Brief-Cope*. Despite the low frequency of SB (6.5%), 41.4% of participants turned away from work for treatment of problems related to mental health last year. These results may be used in future interventions aimed at health workers in primary health care.

Keywords: burnout syndrome, health professionals, coping strategies

Recebido em: 20/3/2016

Avaliado em: 28/4/2016

Correções em: 28/5/2016

Aprovado em: 13/6/2016

Editor: Vinícius Renato Thomé Ferreira