

Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família

Burnout syndrome and associated factors among Family Health Strategy professionals (abstract: p. 15)

Síndrome de Burnout y factores asociados en profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (resumen: p. 15)

Henrique Cisne Tomaz^(a)

<henrique_cisne@hotmail.com> 

Fábio Solon Tajra^(b)

<fstajra@hotmail.com> 

Andrea Conceição Gomes Lima^(c)

<andreaclima@hotmail.com> 

Marize Melo dos Santos^(d)

<marizesantos@ufpi.edu.br> 

^(a) Pós-graduado do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Mestrado), Universidade Federal do Piauí (UFPI). *Campus* Ministro Reis Velloso, Avenida São Sebastião, 2819, Setor 2, Bloco 3, Pavimento 2, Ala Leste. Parnaíba, PI, Brasil. 64202-020.

^(b) Mestrado Profissional em Saúde da Família, UFPI. Parnaíba, PI, Brasil.

^(c) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

^(d) Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, UFPI. Teresina, PI, Brasil.

Este trabalho objetiva analisar presença de *burnout* e fatores relacionados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo de delineamento transversal analítico, realizado entre fevereiro e abril de 2019. A amostra contou com 94 profissionais. Foi utilizado formulário com variáveis sociodemográficas, Escala Modo Enfrentamento de Problemas, Escala de Resiliência e Oldenburg Burnout Inventory. Intervalo de confiança de 95% foi calculado para cada variável. Em relação ao perfil de profissionais, a maioria deles eram mulheres, com média de 40,9 anos, 12 anos de trabalho na Atenção Básica e que atuavam no serviço público. A prevalência de *burnout* foi de 38,3%; sendo 59,6 % para exaustão e 47,9% para distanciamento. Os resultados mostram elevados níveis de *burnout*, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores.

Palavras-chave: Esgotamento psicológico. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Trabalhador. Estudos transversais.



Introdução

A Síndrome de Burnout, conhecida como Síndrome de Esgotamento Profissional, é caracterizada por esgotamento psicológico, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho¹. Essa síndrome é resultante da exposição do indivíduo a situações emocionalmente exigentes durante um longo período de tempo e tem apresentado elevada prevalência entre os profissionais de saúde nos últimos anos, sendo apontada como uma ameaça potencial à qualidade dos cuidados e à segurança do paciente¹.

Os problemas de saúde mental e outros distúrbios relacionados ao estresse são reconhecidos como uma das principais causas de aposentadoria precoce, altos índices de absenteísmo, comprometimento geral da saúde e baixa produtividade organizacional. De fato, o *burnout* pode contribuir para piorar o desempenho no trabalho; aumentar o absenteísmo e a rotatividade de empregos; diminuir a produtividade; e ter um efeito negativo sobre os colegas de trabalho².

A síndrome pode provocar elevados custos diretos, que incluem dispêndio com vacância, perda de produtividade, recrutamento e administração e custos de treinamento de novos funcionários; e indiretos, que englobam a instabilidade da força de trabalho, a redução da produtividade, o aumento do estresse e do risco de desenvolver *burnout* entre os funcionários remanescentes e a redução do comprometimento com o trabalho³.

Apesar do esforço para expandir os estudos sobre o tema no mundo, apenas nos últimos anos, começou-se a estudá-la no Brasil⁴⁻⁶. Estudos que apresentam o *burnout* como objeto ainda são escassos no país, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, objetiva-se analisar a presença de componentes da Síndrome de Burnout e fatores relacionados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Vale mencionar que este modelo assistencial à saúde propõe reduzir a distância entre as equipes de saúde e a população. Isso exige diferentes habilidades dos trabalhadores, considerando que estão em contato diário com a realidade de comunidades que, em geral, estão vulneráveis em múltiplos aspectos, exigindo diferentes recursos e enfrentamentos dos profissionais da ponta.

Métodos

Realizou-se estudo transversal analítico⁷ com profissionais de saúde das 25 equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Piripiri, Piauí, entre os meses de fevereiro a abril de 2019.

A composição da amostra se deu por conveniência e contou com 94 participantes. A amostra foi estratificada de forma proporcional e composta por 22 profissionais de nível superior (cinco médicos, nove odontólogos e oito enfermeiros), 52 de nível médio (cinco técnicos de enfermagem, dois técnicos em saúde bucal e 45 agentes comunitários de saúde) e vinte de nível fundamental (12 auxiliares de enfermagem e oito auxiliares em saúde bucal).

Inicialmente, foi realizado o contato (pessoalmente ou por telefone) com a administração para confirmação dos horários habituais de atividade em cada Unidade de Saúde e agendamento de possíveis datas para comparecimento do pesquisador de formação médica ao local de contato com os profissionais. Em seguida, foi organizado um cronograma, conforme horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde do município.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo variáveis sociodemográficas, econômicas e profissionais. Foi utilizada a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas⁸, para mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos; a Escala de Resiliência⁹, adaptada transculturalmente para o português do Brasil, para medir os níveis psicossociais de adaptação positiva em resposta a eventos de vida relevantes; e, o Oldenburg Burnout Inventory¹⁰, para avaliar o problema em qualquer categoria profissional.

Os dados foram processados no *software* IBM® SPSS®, versão 23.0, sendo calculadas estatísticas descritivas (médias; desvio padrão; mínimos e máximos, para variáveis quantitativas; e frequências, para qualitativas). Na análise inferencial, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados e teste de Levene para a homogeneidade das variâncias. Foram utilizados testes t independente de Student e de Kruskal-Wallis, com realização do pós-teste de Tukey, para as variáveis independentes qualitativas; e Teste de correlação de Pearson, para as variáveis independentes quantitativas, quando analisados os escores do Olbi (medida quantitativa). Quando categorizada, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para verificação de associações. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

Para as análises dos resultados da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e da Escala de Resiliência, foi utilizado o programa estatístico Stata versão 12. Foram estimados médias e intervalo de confiança 95% (IC 95%) para os fatores de cada escala. Foi testada também a normalidade das escalas a partir do teste de Shapiro-Wilk. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para testar a diferença de médias das escalas segundo sexo, presença de curso de graduação e faixa etária (menos de 40 anos e a partir de 40 anos).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI) sob o número 3.169.529.

Resultados

Os profissionais apresentaram média (\pm desvio padrão) de idade de 40,9 (\pm 9,6) anos, variando de 23 a 64 anos, predominando o sexo feminino (84,0%; n = 79), com atuação principal em serviço público de saúde (91,5%; n = 86) e média de 12,2 (\pm 6,2) anos de trabalho na Atenção Básica. A prevalência da síndrome foi de 38,3% (n = 36), sendo que 21,3% (n = 20) profissionais foram classificados com esgotamento e 9,6% (n = 9), com distanciamento do trabalho. As frequências de altos níveis nos componentes foram de 59,6% (n = 56) para exaustão e 47,9% (n = 45) para distanciamento.

Quando relacionadas as características sociodemográficas, conforme a presença de *burnout* nos profissionais da Atenção Básica (38,3%), verifica-se que a maioria é do sexo feminino (39,2%), com companheiro (38,3%), com filhos (44,4%); não pratica atividade física (44,4%), sem *hobby* (46,9%), relata apoio familiar (38,9%), renda individual acima

de dois salários mínimos (51,6%) e familiar também acima desse valor (44,6%). Dos profissionais da amostra com diagnóstico de *burnout*, 41,7% afirmam estarem insatisfeitos com a renda mensal.

A distribuição de frequências das características de trabalho, conforme presença de *burnout*, mostra que, daqueles com a síndrome, 50% tem nível superior, 36%, nível médio e 30%, fundamental. O tempo de formação médio é de 12,1 anos (7,6%); 53,3% tem maior titulação o ensino médio, 29, curso profissionalizante, 22,2% tem graduação e 50%, pós-graduação. 45,8% possui especialização em Saúde da Família, com atuação predominante no sistema público e privado (62,5%); desempenha atividade acadêmica (40%); média de trabalho na Atenção Básica de 11,5 anos (6,2%); e média de atendimento de 15,4 pacientes por dia, sem regime de plantão (39,3%).

Quando verificada a associação entre as características socioeconômicas e de trabalho com o nível de exaustão e distanciamento dos profissionais da Atenção Básica, no primeiro caso (59,6% de exaustão) predomina o alto risco para a categoria profissional o nível médio (69,2%), seguido do superior (59,1%) e fundamental (35%), respectivamente. Ao descrever alto risco de distanciamento (47,9%), 62,5% dos profissionais relatam não ter *hobby*, 55,4% apresentam renda familiar acima de dois salários mínimos e 58,3% não estão satisfeitos com a renda mensal.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento empregadas, os resultados mostram escore médio de 150, sendo os maiores escores (60,23) no domínio “focalizados no problema”, seguido daqueles com estratégias de enfrentamento “focalizadas na emoção” (49,96), profissionais que utilizam “práticas religiosas/pensamento fantasioso” (22,3) e estratégias de “busca de suporte social” (19,21). Maiores escores indicam melhor enfrentamento de problemas.

Os itens referentes à dimensão de estratégias “focalizadas no problema” descrevem características cognitivas comportamentais que expressam aproximação ao estressor, direcionadas ao manejo ou solução deste; as “focalizadas na emoção” englobam comportamentos de esquiva ou negação, expressões de emoções negativas e irrealistas direcionadas a soluções mágicas do problema e culpa e/ou transferência de culpa para terceiros; as de “práticas religiosas/pensamento fantasioso” abordam pensamentos e atitudes relacionados ao manejo do estressor por meio da fé, da esperança ou pensamento fantasioso; e as de “busca de suporte social” referem-se à busca conjunta (outras pessoas ou grupos) de suporte instrumental, emocional ou de caráter informativo.

Neste estudo, apesar do enfrentamento focalizado no problema e na emoção ser a principal estratégia usada no combate aos problemas, observa-se prevalência da Síndrome de Burnout em 38,3% dos profissionais, além do fato de que 21,3% foram classificados com esgotamento e 9,6%, com distanciamento do trabalho.

A Escala Modos de Enfrentamento de Problema apresenta média de 150, com variação entre 109 e 200. A Escala de Resiliência variou entre 96 e 167, com uma média de 140, o que evidencia que os profissionais da ESF obtiveram pontuação moderada nos fatores que compõem a resiliência.

Conforme descrito pelos autores originais da escala, Silva *et al*⁹ citam que um valor abaixo de 121 é considerado indicativo de reduzida resiliência; entre 121 e 145, resiliência moderada; e acima de 145, resiliência moderada-elevada a resiliência elevada. Maiores valores indicam maior resiliência.

Discussão

Uma síntese dos resultados indica a prevalência de *burnout* em um contingente expressivo da amostra, com componentes da síndrome (exaustão e distanciamento), estando a maioria do grupo com alto risco de adoecimento. Além do elevado índice de profissionais já com síndrome, há que se destacar a presença de esgotamento, indicando que altos resultados nesse domínio apontam grande chance de a síndrome se instalar. Isso demonstra sinal de alerta para a necessidade de uma ação interventiva, considerando a importância da prevenção no combate aos fatores deflagradores da síndrome, o que envolve todo um estudo quanto às condições de trabalho a que esses profissionais estão submetidos, no esforço de buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao trabalho.

Ao comparar níveis de *burnout* entre enfermeiros da Atenção Básica no município de Piracicaba, SP, Lodi e colaboradores¹¹ encontraram resultados similares ao de nosso estudo, com predomínio do sexo feminino entre os participantes. Segundo esses autores, o fato de a mulher desenvolver múltiplas tarefas, além de ser mais dedicada e afetuosa, quando comparada com o gênero masculino, pode também estar associado à presença do esgotamento emocional no aparecimento da síndrome.

O resultado com relação ao sexo segue a tendência de outros estudos nacionais^{12,13} e internacionais¹⁴⁻¹⁶ que apontam as mulheres com maior exaustão emocional, menor despersonalização e maior sentimento de realização profissional.

Todavia, não há consenso na literatura quanto à ligação entre Síndrome de Burnout e sexo. Do mesmo modo, também não encontramos associação entre *burnout* e a categoria profissional. Resultado semelhante foi descrito por Trindade e Lautert¹⁷. Esse dado pode indicar que a síndrome pode estar mais associada com as atribuições que são exercidas no cargo do que com a formação profissional.

Lodi e colaboradores⁷ descrevem, ainda, que houve o predomínio de profissionais experientes, o que também foi percebido nesta pesquisa. Contudo, discordaram de estudos em que a síndrome é observada entre profissionais jovens, ou seja, com idade inferior a 30 anos e sem experiência¹⁸⁻²⁰.

A Síndrome de Burnout, muitas vezes, é atribuída aos profissionais mais jovens pela reduzida experiência no trabalho, acarretando insegurança, assim como pode ser consequência do choque com a realidade, já que esses novos profissionais percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e expectativas. A idealização, comum entre os trabalhadores mais jovens, associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são concretizadas. Logo, a excessiva motivação, contraditoriamente, torna os indivíduos mais vulneráveis¹⁷.

Profissionais com mais tempo de profissão, provavelmente, já desenvolveram um conjunto de habilidades para adaptarem-se a circunstâncias adversas, também chamadas de estratégias de *coping*, o que lhes permitem lidar melhor com as situações estressantes. Além disso, aqueles com maior tempo de carreira geralmente têm menor carga horária semanal, trabalham mais em tarefas administrativas e gerenciais e dedicam-se menos ao atendimento direto de pacientes, o que poderia contribuir para os menores níveis de *burnout*.

No entanto, os resultados encontrados no nosso estudo apontam que os grupos com diferentes tempos de profissão não diferiram significativamente quanto ao *burnout*, contradizendo, portanto, essa premissa. Todavia, apesar da média de idade (40,9 anos) apontar para um tempo de profissão razoável, a média da carga horária trabalhada semanalmente encontra-se elevada.

Acredita-se que, possivelmente, a insatisfação com os salários e a precarização das relações trabalhistas têm levado os profissionais com mais tempo de profissão a jornadas mais longas e a diversos vínculos empregatícios. Quanto aos mais jovens, muitas vezes, as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho exigem jornadas longas, extenuantes física e mentalmente, especialmente quando desenvolvem atividades em cargos acumuláveis. Essas condições desfavoráveis restringem atividades fora do trabalho, sejam elas sociais, culturais, de lazer ou desportivas.

Vale lembrar que a Estratégia Saúde da Família requer a disponibilidade de carga horária diária de até oito horas. Nesse sentido, faz-se necessário comentar a respeito do percentual de profissionais que trabalha em outro local (10,6%), em plantão fora da Atenção Básica, na maioria das vezes nos turnos da noite, gerando sobrecarga e aumento do estresse ocupacional.

Em estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió (AL), apesar de o estresse vivenciado pelos profissionais ser perceptível, não houve confirmação da existência de *burnout*, embora apontasse para um nível elevado de ocorrências em situação de exaustão emocional e de sujeitos que apresentam despersonalização, mecanificando suas ações²¹.

A abordagem acerca da vulnerabilidade ao estresse e diagnóstico de *burnout* aponta para questões relativas à observação da importância da escolha adequada do instrumento de pesquisa. A presença de *burnout* pode variar de acordo com a definição/metodologia adotada²². A existência de diversas escalas para identificação da síndrome e de indicações de pontos de corte dificulta a comparação.

Todavia, embora os resultados possam variar, é consenso na literatura que a percepção dos trabalhadores sobre o trabalho é de fundamental importância para o aparecimento do *burnout*. Ressalte-se que o nível de satisfação é uma avaliação essencialmente subjetiva e tem relação direta com a representação que os próprios trabalhadores têm sobre a importância do seu trabalho²³. Um elevado índice de síndrome de *burnout* é refletido em elevadas pontuações nas escalas referentes a esgotamento emocional e baixas pontuações nas referentes a realização pessoal. No entanto, pontuações médias em todas as escalas já são um indicativo da presença da doença²⁴.

O presente estudo, que registra elevado índice de exaustão e distanciamento, corrobora os dados encontrados por Albuquerque²⁵, evidenciando que, embora os profissionais tenham certa estabilidade financeira proporcionada pelo emprego público, encontram-se adoecidos em função do trabalho. Uma das possíveis justificativas pode estar relacionada a falta e/ou dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; e falta de integração e de apoio dos gestores para o desenvolvimento profissional da equipe, o que pode estar interferindo negativamente no processo de trabalho em equipe e dificultando a cogestão do trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família.

Quanto à associação entre a variável ter filhos e *burnout*, a literatura não apresenta consenso²⁶⁻²⁸. Algumas investigações entendem que a paternidade gera pressão devido à carga que passa a assumir, enquanto outras referem que o fato de ter filhos equilibra o indivíduo e possibilita o uso de melhores estratégias de enfrentamento das situações problemáticas. Esse comportamento é atribuído à maior cobrança do indivíduo que, com o nascimento dos filhos, torna-se responsável por outro e, dessa forma, necessita adotar condutas seguras e evitar comportamentos de risco.

Neste estudo, o fato de ter filhos (74,5%) ou ter companheiro (64,9%) não teve associação estatística com a síndrome. Igualmente, a média dos anos de escolaridade entre os trabalhadores não apresentou associação com as escalas. No entanto, alguns pesquisadores²⁸ descrevem que os indivíduos com maior escolaridade tendem a apresentar escores mais elevados nas dimensões “desgaste emocional” e “despersonalização” e mais baixos em “realização pessoal no trabalho”, o que pode estar relacionado à falta de reconhecimento e *status* de algumas profissões.

Ao analisar a prática de atividade física realizada pelos profissionais do estudo, observou-se que, contraditoriamente, os trabalhadores de saúde, que conhecem os inúmeros benefícios da atividade física regular, não a desenvolvem (42,6%). Cabe destacar que a realização de atividades que produzem momentos de descontração e prazer podem absorver o impacto de agentes estressores. A redução dos níveis de estresse, bem como o aumento de bem-estar físico e psicológico, são alguns dos resultados benéficos da prática correta e programada de exercícios físicos.

O exercício da atividade laboral na área de saúde requer boa saúde física e mental²⁹. Entretanto, por vezes, os profissionais não recebem apoio necessário para desempenhar seu papel diante das rotinas impostas pelo trabalho.

Pode-se compreender que o profissional adoce quando se vê desprovido de forças e de estratégias para conseguir enfrentar as adversidades³⁰. A área da saúde expõe o profissional a situações desgastantes, pois, além de lidar com o sofrimento e a morte, trabalham, normalmente, em condições longe de ideais, o que se depreende que elevada carga de esgotamento e exaustão esteja presente na sua rotina.

A perspectiva cognitiva considera que as estratégias de enfrentamento podem ser aprendidas, usadas e adaptadas a cada situação, tratando-se de um fenômeno dinâmico e que permite à pessoa mudar suas ações e seus pensamentos diante de situações estressantes³¹.

A Escala Modo de Enfrentamento de Problemas mede estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos⁸. Tomando como problema a diversidade das respostas

ao estresse, sugere que o processo de enfrentamento pode ser compreendido a partir de aspectos mais globais, procurando estabelecer modelos teóricos concebidos que possam indicar a forma pela qual o indivíduo está respondendo à demanda estressora.

Na estratégia de enfrentamento focalizada no problema, a pessoa se engaja no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. São, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. Inclui também itens que envolvem esforços ativos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas, como a confecção de um plano de ação ou do próximo passo a seguir.

O enfrentamento focalizado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. Além disso, agrupa itens de culpa e culpabilização de outros e inclui itens referentes a reações emocionais negativas, como raiva ou tensão.

A dimensão de práticas religiosas/pensamento fantasioso representa pensamentos e comportamentos que possam auxiliar no enfrentamento do problema, permeados por sentimentos de esperança e fé. Por sua vez, estratégias de busca de suporte social representam itens que têm como significado a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégia de enfrentamento da situação causadora do estresse.

Essas estratégias não são necessariamente excludentes. Diferentes formas de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora. A avaliação que o indivíduo faz daquela situação em si é subjetiva e o seu significado está de acordo com a individualidade, naquele momento e contexto. O que é fonte de estresse para um pode não ser para outro, assim como, ao mudar o contexto, pode haver mudanças na percepção da mesma situação, pela mesma pessoa.

A escolha sobre qual estratégia de enfrentamento utilizar decorre da avaliação que se faz da situação estressante. Para as consideradas passíveis de modificação, há maior tendência para o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, sendo as focalizadas na emoção mais utilizadas ao lidar com situações avaliadas como inalteráveis. Entretanto, é importante destacar que se trata de processo dinâmico, em que tipos de estratégias se complementam e podem ser usadas durante todo o evento estressante; sendo que a reavaliação da situação possibilita uma escolha mais coerente para cada momento. Uma forma de enfrentamento pode atuar facilitando a outra.

Resultado similar ao deste estudo foi realizado por Telles³², que empreendeu pesquisa intitulada “Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento”, cujos resultados mostraram tratar-se de uma amostra predominantemente do sexo feminino (93,75%), com filhos (68,75%), na faixa etária entre vinte e trinta anos (35%) e com companheiro fixo (60%). A renda *per capita* de 38,75% é de menos de um salário mínimo, sendo que 53,04% estão neste trabalho há mais de seis anos. Também mostra que os profissionais têm vida sedentária, visto que 66,25% não praticam atividade física com frequência. O modo de enfrentamento mais utilizado

consiste nas estratégias focalizadas no problema, seguido pela busca de práticas religiosas/pensamento fantástico. Perceberam-se indícios de sofrimento relacionados ao trabalho característico do *burnout*, com o empenho em buscar mecanismos que auxiliem no enfrentamento de problemas relacionados ao exercício profissional.

Calderero, Miasso e Corradi-Webste³³, em pesquisa com os enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento de um município paulista, constataram o uso de três formas de enfrentamento das tensões laborais: evitamento, confronto direto e confronto indireto. No primeiro caso, procuram ignorar os estressores, adiar os confrontos e/ou bloquear as emoções. No segundo, buscam informações, falam sobre o assunto e negociam alternativas. No terceiro caso, o enfrentamento ocorre, principalmente, por meio de práticas religiosas, desportivas e de meditação.

Em pesquisa realizada por Chamon e colaboradores³⁴, observou-se que as estratégias mais utilizadas foram controle (focalização ativa no problema), apoio social (cooperação, ajuda à informação e apoio afetivo) e recusa (ignorar o problema ou a situação). Quanto aos índices de *burnout*, 13,5% dos sujeitos apresentaram níveis elevados e 53,1%, níveis moderados, sugerindo que talvez tais estratégias não estejam sendo eficazes no combate aos estressores laborais.

Silva e colaboradores³⁵ consideram, em geral, dois tipos de estratégias de enfrentamento: as focadas no problema e as focadas na emoção. Teixeira e colaboradores³⁶ reforçam que a estratégia deve estar determinada em parte por recursos internos e externos, os quais incluem saúde, crenças, habilidades sociais e recursos materiais.

É consenso na literatura que o processo de exaustão surge naqueles que não conseguem superar as adversidades vivenciadas, tornando-se vulneráveis ao *burnout*. Também não há controvérsia no fato de que os indivíduos capazes de superar as adversidades de forma saudável estão expressando comportamentos resilientes. Assim, supõe-se que, sem desconsiderar a influência dos aspectos ambientais, mas com foco nos aspectos pessoais, a elevada resiliência é protetora para o *burnout*.

Um dos primeiros autores a abordar o conceito foi Frederic Flach, que, ainda em 1966, afirmou que, para ser resiliente, a pessoa deverá ter a habilidade de reconhecer a dor pela qual está passando, perceber o sentido que ela tem e tolerá-la durante um tempo até que seja capaz de resolver o conflito de forma construtiva. Afirma que esse é um processo dinâmico e as influências do ambiente e do indivíduo relacionam-se de maneira recíproca, fazendo o indivíduo identificar qual a melhor atitude a ser tomada em determinado contexto, podendo ser essa atitude resiliente ou não³⁷.

Este dado é importante, pois profissionais que apresentam altos níveis de resiliência são mais propensos a melhorar a qualidade de vida, indicando prováveis bons resultados no desenvolvimento de estratégias de intervenção. Como citam Mota e colaboradores³⁸, apresentam mais capacidade de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecido ou até mesmo transformado, embora não ileso. A resiliência envolve fatores de proteção e fatores de risco.

Vários autores³⁹⁻⁴² alertam que os fatores de risco não são uma sentença. Os fatores de proteção reduzem o impacto dos fatores de risco, diminuindo, assim, as reações negativas em exposição à situação de risco, criando oportunidades para reverter os efeitos do estresse.

Silva e colaboradores³⁵, ao verificarem a relação entre resiliência e *burnout* em enfermeiros, mostram elevada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e na realização pessoal e menores pontuações na exaustão emocional e despersonalização. Profissionais que pontuaram mais na dimensão “realização pessoal” apresentaram maior pontuação na escala. Nesse mesmo estudo, foi possível encontrar uma correlação negativa entre a resiliência e as dimensões exaustão emocional e despersonalização, mas positiva em relação à realização pessoal. Concluíram que a resiliência é uma variável envolvida na redução da vulnerabilidade à exaustão emocional e que elevada pontuação da resiliência associa-se à redução do estresse, sendo um fator de proteção contra o *burnout*.

Belancieri e Kahhale⁴³ sugerem que trabalhadores que apresentam comportamentos resilientes ao buscar equilíbrio emocional e conhecerem a si próprios preparam-se técnica e cientificamente de acordo com as demandas laborais; antecedem as dificuldades; constroem novos sentidos e ações; e elaboram estratégias de enfrentamento diante das dificuldades cotidianas a que estão submetidos.

Para Alves⁴⁴, há necessidade de ações dentro dos espaços de trabalho que sejam voltadas a saúde do trabalhador, com sugestões de atividades físicas para melhora do desempenho de funções, orientações nutricionais e o apoio psicológico direcionado ao preparo emocional frente às possíveis situações conflituosas para encontrar soluções que revertam esses fatores.

Sabendo da relevância que tem o estresse na vida dos profissionais de saúde e o efeito negativo que este proporciona, Silva e Barros⁴⁵ ressaltam a importância de serem desenvolvidas medidas de enfrentamento com o objetivo de diminuir os problemas existentes no trabalho; minimizar dificuldades; dar apoio aos trabalhadores; proporcionar melhores condições de vida dentro e fora do ambiente de trabalho; e, assim, melhorar a assistência prestada ao paciente.

De modo geral, os estudos mostram que cada indivíduo busca, por meio das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou adaptar-se aos eventos estressores. Porém, quando essas estratégias se mostram insuficientes, o indivíduo pode, progressivamente, sofrer um processo de erosão de suas capacidades motivacionais, sentir-se exaurido de suas forças psíquicas e perder a habilidade para solucionar conflitos internos e externos.

Conclusão

Os resultados da pesquisa revelam níveis de *burnout* em um contingente expressivo de profissionais, moderada pontuação nos fatores que compõem a resiliência e baixa eficiência no uso de estratégias de combate aos estressores. Além da Síndrome de Burnout instalada, destacou-se como fator ameaçador sintomas de esgotamento, exaustão e distanciamento do trabalho, que surgem e se intensificam quando os trabalhadores não conseguem elaborar formas eficazes de combater os fatores de estresse, o que parece ocorrer na amostra.

O modo de enfrentamento mais expressivo foi focalização no problema, seguido, nesta ordem, por práticas religiosas/pensamento fantasioso, busca por suporte social e focalização na emoção, sem diferença estatística significativa para a maioria dos fatores analisados. Em relação à resiliência, os fatores independência, determinação, autoconfiança e capacidade de adaptação a situações apresentaram escores mais elevados, indicativos de moderado grau de resiliência.

Nesse cenário, é importante que sejam desenvolvidas ações preventivas, de forma a minimizar riscos e promover um ambiente, relações um fluxo de trabalho cada vez mais saudáveis. Associado a isso, devem ser criadas medidas que controlem os níveis de estresse dos profissionais, por meio da detecção precoce de fatores estressores e da busca de estratégias para enfrentamento do quadro, favorecendo assim a qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, a assistência prestada à população por eles atendida.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJ, Barragán Martín AB. Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Front Psychol.* 2018; 9:424.
2. Georganta K, Panagopoulou E, Montgomery A. Talking behind their backs: negative gossip and burnout in hospitals. *Burn Res.* 2014; 1(2):76-81.
3. Carod-Artal FJ, Vázquez-Cabrera C. Burnout syndrome in an international setting. In: Bährer-Kohler S, editor. *Burnout for experts: prevention in the context of living and working.* New York: Springer Science; 2013. p. 15-35.
4. Prosdócimo ACG, Lucina LB, Marcia O, Jobs PMJ, Schio NA, Baldanzi FF, et al. Prevalência da síndrome de burnout em pacientes hospitalizados com síndrome coronariana aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2015; 104(3):218-25.
5. Almeida GC, Souza HR, Almeida PC, Almeida BC, Almeida GH. The prevalence of burnout syndrome in medical students. *Arch Clin Psychiatry.* 2016; 43(1):6-10.
6. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins Júnior DF, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists in five Brazilian capitals. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016; 28(3):270-7.
7. Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
8. Gimenes MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psicopatologia. In: Gimenes MGG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer.* Campinas: Editorial Psy; 1997. p. 111-47.
9. Lopes VR, Martins MCF. Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. *Rev Psicol Organ Trab.* 2011; 11(2):36-50.
10. Schuster MS, Dias VV. Oldenburg Burnout Inventory - validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(2):553-62.
11. Lodi JC, Milagres CS, Cainelli EC, Horibe TM. Comparação de níveis de burnout entre enfermeiros da atenção básica no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Pensar Acad.* 2016; 14(1):1-13.
12. Carlotto MS. Síndrome de burnout e gênero em docentes de instituições particulares de ensino. *Rev Psicol Univ Contestado.* 2003;1(1)15-23.
13. Mallar SC, Capitão CG. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF.* 2004; 9(1):19-29.
14. Burke RJ, Greenglass ER, Schwarzer R. Predicting teacher Burnout over time: effects of work stress, social support and self-doubts on burnout and its consequences. *Anxiety Stress Coping.* 1996; 9(3):261-75.
15. Gomes R, Silva M, Mourisco S, Silva S, Mota A, Montenegro N. Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, "Burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Rev Port Educ.* 2006; 19(1):67-93.
16. Vercambre MN, Brosselin P, Gilbert F, Nerrière E, Kovess-Masféty V. Individual and contextual covariates of Burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health.* 2009; 10(9):333.
17. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):274-9.



18. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(3):1-8.
19. Carlotto MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*. 2008; 39(2):152-8.
20. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:397-422.
21. Soares INL, Souza LCG, Castro AFL, Alves CFO. Análise do estresse ocupacional e da síndrome de Burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de Maceió (AL). *Rev Semente*. 2011; 6(6):84-98.
22. Porciuncula AM. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
23. Ferreira N, Lucca SR. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1):68-79.
24. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud*. 2002; 7(1):3-10.
25. Albuquerque FJB, Melo CF, Neto JLA. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crit*. 2012; 25(3):542-9.
26. Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
27. Carlotto MS. Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional. Canoas: ULBRA; 2011.
28. Beltrán CA. Factores psicosociales y síndrome de Burnout em médicos de familia. *An Fac Med (Perú)*. 2005; 66(3):225-31.
29. Gouvêa PB, Haddad MCL, Rossaneis MA. Manifestações psicossomáticas associadas à síndrome de Burnout referidas por trabalhadores da saúde. *Saude (Santa Maria)*. 2014; 40(1):45-52.
30. Dorta A, Tanji J, Souza JR, Neves S, Damico V, Moreno BS. Trabalho e saúde: reflexões sobre as estratégias de enfrentamento do trabalhador. *Omnia Saude*. 2012; 9(2):28-44.
31. Guido L. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
32. Telles H. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
33. Calderere ARL, Miaso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Rev Eletronica Enferm*. 2008; 10(1):51-62.
34. Chamon EMGO, Marinho RC, Oliveira AL. Estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e síndrome de Burnout: um estudo com a equipe de enfermagem de um hospital privado do Estado de São Paulo. Brasília: ANPAD; 2016.
35. Silva RP, Barbosa SC, Silva SS, Patrício DF. Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arq Bras Psicol*. 2015; 67(1):130-45.
36. Teixeira E, Ruella MA, Nazare M, Ximendes R, Lara FV, Matozinhos FP. Avaliação do nível de estresse do enfermeiro no ambiente de trabalho. *Nova Rev Cientif*. 2013; 2(2):1-14.



37. Angst R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicol Argum.* 2009; 27(58):253-60.
38. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(12):4719-26.
39. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol Teor Pesqui.* 2004; 20(2):135-43.
40. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol Estud.* 2005; 10(2):209-16.
41. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicol Reflex Crit.* 2007; 20(3):444-53.
42. Libório RMC, Ungar M. Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. *Psicol Reflex Crit.* 2010; 23(3):476-84.
43. Belancieri MF, Kahlale EM. A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. *REME Rev Min Enferm.* 2011; 15(1):121-8.
44. Alves EF. Qualidade de vida do cuidador de enfermagem e sua relação com o cuidar. *Rev Bras Promoç Saude.* 2013; 26(1):36-44.
45. Silva M, Barros B. Percepção de estresse de servidores na Atenção Básica de Saúde de Dourados-MS. *Saude Redes.* 2015; 1(4):35-52.



This article aims to analyze the presence of burnout and related factors among Family Health Strategy professionals. A cross-sectional analytical study was carried out between February and April 2019, with a sample composed of 94 professionals. A form with sociodemographic variables was used, as well as the Scale of Ways of Coping with Problems (EMEP), the Resilience Scale and the Oldenburg Burnout Inventory. A 95% confidence interval was calculated to each variable. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí under number 3.169.529. The profile was of professionals, the majority of whom were women, with average age of 40.9 years, 12 years of work in Primary Care, public service. Burnout prevalence was 38.3%; 59.6% for exhaustion and 47.9% for distancing. The results show high levels of burnout, a moderate score in the factors that compose resilience and low efficiency in the use of strategies to combat stressors.

Keywords: Psychological exhaustion. Family Health Strategy. Workers Health. Cross-sectional studies.

El objetivo de este trabajo es analizar la presencia de Burnout y factores relacionados en profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio de delineamiento transversal analítico, realizado entre febrero y abril de 2019. La muestra contó con 94 profesionales. Se utilizó un formulario con variables sociodemográficas, Escala Mode Enfrentamiento de Problemas, Escala de Resiliencia y Oldenburg Burnout Inventory. Se calculó un intervalo de confianza del 95% para cada variable. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal del Estado de Piauí bajo el número 3.169.529. Perfil de profesionales, mayoría de mujeres con promedio de 40,9 años, 12 años de trabajo en la Atención Básica, servicio público. La prevalencia de Burnout fue del 38,3%; siendo el 59,6 % para agotamiento y el 47,9% para distanciamiento. Los resultados muestran elevados niveles de Burnout, puntaje moderado en los factores que componen la resiliencia y baja eficiencia en el uso de estrategias de combate a los factores de estrés.

Palabras clave: Agotamiento psicológico. Estrategia Salud de la Familia. Salud del Trabajador. Estudios transversales.

Submetido em 13/09/19.
Aprovado em 28/06/20.