



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



LEONARDO FERNANDES MARTINS

ESTRESSE OCUPACIONAL E ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Orientador: Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



LEONARDO FERNANDES MARTINS

ESTRESSE OCUPACIONAL E ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Leonardo Fernandes Martins.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2011

Martins, Leonardo Fernandes.

Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde / Leonardo Fernandes Martins. – 2011.
140 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estresse. 3. Saúde da família. I. Título.

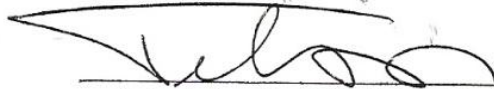
CDU 616-083.98

LEONARDO FERNANDES MARTINS


ESTRESSE OCUPACIONAL E SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE
PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Leonardo Fernandes Martins

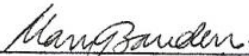
Dissertação defendida e aprovada em 13 de maio de dois mil e onze, pela banca constituída por:



Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dra. Marina de Bittencourt Bandeira
Universidade Federal de São João Del Rei

“... Devido a essa sobrecarga, às vezes, nós profissionais de saúde, que atuamos nesta unidade, chegamos ao ponto de ficar esgotados por não trabalhar dentro da realidade permitida, não prestando um serviço com 100% de qualidade, como a população merece...”. “..sempre somos questionados com relação aos usuários e a área de cobertura, o que é importantíssimo, mas nunca sobre nossas expectativas. Acho também que o bom atendimento está ligado à satisfação do profissional, o bom desempenho de cada membro da equipe está relacionado com sua motivação para o trabalho.”

Comentário escrito feito por um participante no campo “observações do questionário”.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos meus pais e minha irmã que sempre investiram tudo que puderam em minha educação. Serei eternamente grato por todo o amor, carinho, compreensão e dedicação incondicional que recebi e recebo de vocês.

À Pollyanna, que com amor e dedicação fez-se presente em cada dia desta caminhada, complementando meus dias com imensa alegria, sendo meu porto seguro nos dias mais difíceis. Sem você este trabalho não teria sido possível.

Ao Prof. Telmo por toda sua confiança, amizade, cuidado e ajuda que me forneceu desde os primeiros dias de orientação na graduação. Ter a feliz oportunidade de trabalhar ao seu lado foi sempre fonte de profunda admiração e grande inspiração intelectual, profissional e ética. Serei sempre grato por tudo que me proporcionou durante essa caminhada.

Aos amigos e bolsistas de iniciação científica que me acompanharam em todos os momentos do curso de mestrado e foram fundamentais em todas as etapas deste trabalho: Vinícius, Priscila e Tamires. Sem o incentivo, trabalho, alegria e confiança de vocês, absolutamente nada do que fiz seria possível. Agradeço sinceramente a oportunidade de ter aprendido com vocês muito mais do que consegui ensinar.

Ao Prof. Lelio que com cuidado contribui muito para minha formação acadêmica e pessoal, orientando-me na iniciação científica, no Programa de Educação Tutorial e na Clínica. Lembro-me sempre de seu rigor teórico e de sua gentileza incomensurável que preencheram momentos muito importantes de minha formação.

Ao Prof. Saulo por ter contribuído muito mais do que imagina em minha formação. Sua solidez intelectual é um exemplo raro nos dias atuais e serve sempre como inspiração e desafio constante.

À minha família tão querida por todo apoio e carinho e suas diversas contribuições, mesmo que indiretas, para este trabalho.

À todos os amigos do Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva que muito contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento profissional. Em especial, agradeço àqueles que estavam envolvidos no projeto de “*Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde*”, a ajuda em campo de vocês foi imprescindível para realização deste trabalho.

À Dra Marina Bandeira por todas as suas contribuições, as quais sempre foram muito gentis e atenciosas, mesmo diante dos diversos problemas ocorridos durante a construção deste trabalho.

À todos os profissionais que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

Ao CNPq pelo apoio financeiro através do Edital MCT/CNPq 02/2009 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas (Processo nº 401241/2009-2).

À FAPEMIG pelo apoio financeiro através do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC) que possibilitou a participação dos alunos graduação envolvidos no projeto.

À CAPES pela bolsa de mestrado concedida a mim através Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para este trabalho, fica aqui o meu muito obrigado!

RESUMO

O estresse ocupacional e o esgotamento profissional são fatores apontados na literatura como frequentemente presentes entre profissionais de saúde. As suas consequências negativas podem afetar tanto a saúde destes profissionais, quanto a qualidade dos seus serviços prestados. O presente estudo teve como objetivo avaliar aspectos associados ao estresse ocupacional e esgotamento profissional entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) que atuavam na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família de três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira no ano de 2009. O estudo foi do tipo censo, participaram 107 profissionais. Os participantes responderam instrumentos compostos pela versão brasileira do Maslach Burnout Inventory, Escala de Estresse no Trabalho e questionários complementares para caracterizar a população de estudo nos seguintes aspectos: sócio-demográficos, características do trabalho, estilo de vida, riscos no trabalho e problemas da área de atuação. Os fatores associados positivamente com indicativo de esgotamento profissional foram a utilização de medicamentos “calmantes, tranquilizantes e remédios para dormir” e a idade inferior a 29 anos. Os fatores associados positivamente ao estresse ocupacional foram o desejo de não se aposentar no trabalho atual e não ter experiências profissionais anteriores ao trabalho na ESF. Os resultados contribuem para identificar fatores associados com os desfechos estudados e apontam para a necessidade de investigações mais detalhadas entre municípios de pequeno porte.

Palavras-chaves: profissionais de saúde; atenção primária à saúde; estratégia de saúde da família; esgotamento profissional; estresse ocupacional.

ABSTRACT

The occupational stress and burnout are factors mentioned in the literature as frequently found among health professionals. Its negative consequences can affect the health of these professionals and the quality of their services. This study aimed to evaluate aspects related to occupational stress and burnout among workers of Primary Health Care (PHC) staff who worked in the Family Health Strategy in three small municipalities in the Zona da Mata Mineira, 2009. The study was a census, 107 professionals participated. Participants responded instruments made by the Brazilian version of the Maslach Burnout Inventory, Work Stress Scale and questionnaires to further characterize the study population in the following aspects: socio-demographics, work characteristics, lifestyle, occupational risks and problems of the area of action. The factors positively associated with burnout were indicative of the use of drugs "tranquilizers and sleeping pills" and the age < 29 years. The factors positively associated with occupational stress were the desire of leave the current job and have no previous professional experience in the PHC. The results help to identify factors associated with the outcomes studied, and point to the need for more detailed investigations of small municipalities.

Keywords: health professionals; primary health care; family health strategy; burnout, occupational stress.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	4
CAPÍTULO 2: ESTRESSE OCUPACIONAL E ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	13
CAPÍTULO 3: ESTUDO I – REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
1. Objetivo.....	22
2. Metodologia.....	22
3. Resultados.....	23
3.1 Indicadores Bibliométricos.....	23
3.2 Delineamento e Métodos utilizados.....	24
3.3 Indicadores de esgotamento profissional.....	24
3.4 Variáveis Sócio-demográficas, aspectos do trabalho e estilo de vida associadas ao esgotamento profissional.....	26
3.5 Diferenças individuais e aspectos organizacionais associados com o esgotamento profissional.....	28
CAPÍTULO 4: ESTUDO II - REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DO ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	31
1. Objetivo.....	31
2. Metodologia.....	31
3. Resultados.....	31
3.1 Indicadores Bibliométricos.....	31
3.2 Delineamentos e métodos utilizados.....	32
3.3 Principais Resultados.....	33
3.4 Indicadores de estresse.....	34
3.5 Aspectos do Trabalho.....	34
3.6 Relacionamento entre fontes de estresse e sintomas físicos.....	35

3.7 Vulnerabilidade ao Estresse.....	35
3.8 Qualidade de Vida	35
3.9 Categoria Profissional.....	36
3.10 Estudos Qualitativos	36
CAPÍTULO 5: ESTUDO III - ESTRESSE OCUPACIONAL E ESGOTAMENTO	
PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE	
MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA.....	38
1.1 Objetivo Geral	38
1.2 Objetivos específicos.....	38
2. Metodologia	39
2.1 Definições dos municípios.....	39
2.2 Delimitação da população e participantes	40
2.2.1 Município de Lima Duarte.....	41
2.2.2 Município de Rio Novo	42
2.2.3 Município de São João Nepomuceno	42
2.3 Delineamento da pesquisa.....	43
2.5 Aspectos éticos	44
2.5 Instrumentos	44
2.6 Análises dos dados	47
2.7 Resultados	51
CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO.....	73
CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	102

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – CAPA DO QUESTIONÁRIO PARTE I	102
ANEXO II – ESCALA ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT)	103
ANEXO III – MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36)	106
ANEXO IV – ASPECTOS INDIVIDUAIS	112
ANEXO V – CAPA DO QUESTIONÁRIO PARTE II	114
ANEXO VI – MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	115
ANEXO VII – ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO	118
ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	121
ANEXO IX – ÁREA DE COBERTURA DA EQUIPE	124
ANEXO X- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	126
ANEXO XI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARACIDO	127
ANEXO XII – AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA EET	128
ANEXO XIII – AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA MBI	129

INTRODUÇÃO

Estudos de revisão apontam que a produção de pesquisas acerca do estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais de saúde no Brasil ainda é pequena, a despeito do seu impacto, tanto no âmbito da saúde dos trabalhadores, quanto na prestação dos seus serviços (Benevides-Pereira, 2003; Trigo, Teng *et al.*, 2007). Os poucos estudos originais acerca do tema concentram-se, quase em sua totalidade, na investigação do estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais que atuam em hospitais (Lautert, Chaves *et al.*, 1999; Bianchi, 2000; Borges, Argolo *et al.*, 2002; Souza e Silva, 2002; Dierka, Lazzaretti *et al.*, 2003; Feliciano, Kovacs *et al.*, 2005; Rosa e Carlotto, 2005; Borges, Argolo *et al.*, 2006; Tucunduva, Garcia *et al.*, 2006; Glasberg, Horiuti *et al.*, 2007; Ramalho e Nogueira-Martins, 2007; Barros, Tironi *et al.*, 2008; Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008; Silva e Carlotto, 2008; Silva, Loureiro *et al.*, 2008; Fogaça, Carvalho *et al.*, 2009; Jodas e Haddad, 2009; Moreira, Magnago *et al.*, 2009). Apesar de todo o sistema de saúde brasileiro ser, atualmente baseado em um modelo de Atenção Primária à Saúde, organizado através da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, na revisão de literatura apresentada no presente estudo, pôde-se observar que apenas três estudos nacionais avaliaram aspectos relativos ao estresse ocupacional e esgotamento profissional neste nível de atenção (Silva e Menezes, 2008; Suehiro, Santos *et al.*, 2008; Trindade, Lautert *et al.*, 2009; Telles e Pimenta, 2009).

Dois destes estudos foram realizados no Estado de São Paulo e um no Estado do Rio Grande do Sul e outro em Minas Gerais, todos em cidades de grande e médio porte. O estudo de Silva e Menezes (2008), realizado entre agentes comunitários, apontou que 24,1% destes profissionais apresentaram indicadores positivos para *Síndrome de Burnout*, quadro que caracteriza um estágio crônico do esgotamento profissional. Tal resultado caracteriza estes

profissionais como possuindo um dos indicadores mais altos desta síndrome quando comparados aos estudos realizados entre profissionais de saúde de outros serviços no Brasil.

Considerando a importância que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família possuem para a organização do sistema de saúde do país, como indicado na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a), torna-se extremamente relevante o desenvolvimento de mais estudos acerca deste tema no país. A importância de tais estudos, neste contexto, é corroborada pela literatura internacional acerca do estresse ocupacional entre profissionais de saúde que atuam na atenção primária (Haq, Iqbal *et al.*, 2008; Kushnir e Cohen, 2008; Virtanen, Oksanen *et al.*, 2008; An, Rabatin *et al.*, 2009; Arigoni, Bovier *et al.*, 2009; Linzer, Manwell *et al.*, 2009). Cabe ressaltar ainda, uma lacuna maior, que é proveniente da ausência de estudos que tenham sido realizados na Atenção Básica de municípios de pequeno porte. A importância desta lacuna se dá também, mediante a relevância que os serviços de APS têm nestas localidades, destacando-se, muitas vezes, como o único equipamento de saúde do município..

Dessa forma, com o objetivo de contribuir de forma original para o conhecimento na área, a presente dissertação, visa abordar o tema estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais da atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira. O trabalho, aqui apresentado, foi dividido em dois capítulos introdutórios, dois estudos de revisão sistemática e um estudo empírico exploratório. O primeiro capítulo da dissertação visa apresentar um panorama geral acerca das políticas de saúde e organização dos serviços de saúde que contribuem para caracterizar a atenção primária no Brasil; O segundo capítulo tem por objetivo apresentar as principais definições conceituais e características concernentes ao estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais de saúde. Os estudos de revisão sistemática são apresentados de modo complementar, buscando, no primeiro estudo, apresentar os artigos empíricos originais que

investigam o esgotamento profissional entre profissionais de saúde brasileiros, já o segundo estudo de revisão visa apresentar àqueles artigos que abordaram o estresse ocupacional nesta mesma população. O terceiro estudo buscou contribuir com o conhecimento na área, através da avaliação de esgotamento profissional e estresse ocupacional entre profissionais de APS da Estratégia de Saúde da Família, em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira. Considerando a ausência de estudos anteriores em municípios semelhantes, este último estudo foi do tipo exploratório, buscando avaliar a associação entre o estresse ocupacional, esgotamento profissional, fatores individuais e características específicas do trabalho. Por fim, os dados encontrados entre os estudos são discutidos de forma conjunta, articulando os dados relativos à literatura nacional e internacional sobre o tema e resultados empíricos.

CAPÍTULO 1: CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Desde o final da década de 40, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em sua carta de constituição, a ideia de “saúde” como um direito humano fundamental, representada pelo completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doença e enfermidade (WHO, 2006a). Esta proposição aponta para um conceito ampliado de saúde que exige, para sua compreensão, o entendimento do processo saúde/doença mediante vários aspectos, como a própria organização e recursos da assistência à saúde, não se restringindo apenas à investigação dos componentes biológicos do adoecimento. Nesse sentido, evidências de diversos países apontam para a influência de fatores políticos, socioeconômicos e psicossociais que estão associados à situação de saúde das populações (Starfield, 2002; Barata, 2006). No Brasil, alguns dos principais problemas de saúde pública estão associados a fatores sociais e estilos de vida da população. Além disso, a própria organização do sistema de atenção à saúde representa um fator capaz de produzir impacto na saúde da população. O caso da expansão do programa de saúde da família no país é um exemplo deste tipo de impacto produzido por mudanças no sistema, apresentando, por exemplo, resultados significativos na diminuição de indicadores de morbimortalidade materno-infantil (Brasil, 2006b).

Tomando por base essa perspectiva de saúde ampliada, a partir do ano de 1977, os países participantes da 30ª Assembléia Mundial de Saúde elegeram unanimemente como principal meta social, para o ano 2000 a obtenção de um nível adequado de saúde para todos os cidadãos do mundo. Diante dessa imagem-objetivo proposta, diversas discussões foram lançadas a fim de destacar a importância dos fatores socioeconômicos específicos de cada localidade que poderiam dificultar o alcance de um nível adequado de saúde para a população, os quais, por conseguinte, dificultariam ou impossibilitariam o exercício de uma vida social e

economicamente produtiva (Starfield, 2002). No ano seguinte, como parte destas discussões, a Declaração de Alma Ata apontou que, para alcançar a meta de saúde para todos os países do mundo, estes deveriam organizar e racionalizar melhor os recursos disponíveis para a saúde, principalmente através de estratégias que priorizassem os cuidados primários para com a população (Who, 1978).

Nesse contexto, a Declaração Alma Ata, passou a representar um marco histórico, em termos da reorganização dos sistemas de saúde em todo mundo, devido a sua ênfase na proposta de enfoque estratégico em modelos de Atenção Primária à Saúde (APS). As estratégias de organização dos sistemas de saúde com base na APS visam, além da racionalização de recursos, contemplar também, de maneira equitativa, as necessidades complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações. Uma das estratégias principais deste modelo caracteriza-se pelo enfoque na participação comunitária como meio de produção coletiva de saúde (Ronzani e Stralen, 2003). Dessa forma, os serviços de APS estariam orientados para os principais problemas sanitários da comunidade, oferecendo atenção preventiva, curativa, reabilitação, e, principalmente, promovendo a saúde de acordo com as condições econômicas e valores sócio-culturais de cada localidade. Seguindo esta configuração, o modelo de APS torna-se um fator importante para o desenvolvimento socioeconômico de países como os da América Latina, que apresentam grandes desigualdades sociais e iniquidades em saúde (Andrade, Bueno *et al.*, 2006).

No final da década de 70, concomitante às discussões seminais acerca da APS, o Brasil passava pelo processo de abertura política lenta e gradual. As pressões de diversos movimentos políticos a favor da instalação de uma democracia no país e o fim do “milagre econômico” do início da década de 70, constituíram-se como fatores importantes para o processo de redemocratização do país, repercutindo na proposição de mudanças de diversas

políticas no país, inclusive na área da saúde (Paiva, Pires-Alves *et al.*, 2008; Santana, Ramos *et al.*, 2008).

Até então, boa parte dos equipamentos de saúde instalados no Brasil eram frutos da ampliação da assistência médica, feita através de financiamentos a fundo perdido, com recursos da previdência social para setores privados, visando principalmente a construção de centros hospitalares. Esse modelo de financiamento através de parcerias público-privadas, apesar de ter ampliado sem precedentes a cobertura médico- assistencial no país, acabou por excluir parcelas significativas da população, entrando em colapso com o agravamento da crise fiscal e financeira da previdência no final da década de 70, sendo um importante fator para a revisão do modelo de assistência à saúde vigente na época (Santana, Ramos *et al.*, 2008).

Em meados da década de 70, surgiram as primeiras ações contra hegemônicas na área da saúde, operacionalizadas a partir de diversas experiências tidas como “pilotos”, que objetivavam ampliar as práticas nos centros de saúde, visando o atendimento de parcelas da população amplamente excluídas do cuidado integral à saúde. Algumas destas ações já adotavam em suas práticas princípios fundamentais da APS. O PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) é um exemplo deste tipo de ação, que visava implementar serviços básicos de caráter permanente, com ênfase na prevenção de doenças, desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia. O PIASS visava, ainda, constituir-se como um programa de caráter permanente, organizado regionalmente e hierarquizado, contando com a promoção de participação comunitária, demonstrando consonância com os princípios da APS (Van Stralen, Belisario *et al.*, 2008).

No início da década de 80, já sob influência da declaração de Alma-Ata, o debate acerca de um modelo de APS no país ganhou força, principalmente através das discussões presentes na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que tinha como tema “A expansão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos”. O discurso marginal, representado por

projeto pilotos como o PIASS, passou a ser pautado na agenda de discussão nacional, através da proposição de um ordenamento do sistema de saúde, tanto no plano político, quanto organizacional e tecnológico (Ribeiro, 2007).

O alinhamento com a proposta de um sistema baseado na APS pode ser encontrado de forma mais detalhada nas conclusões da VII CNS, que apresenta a proposta de utilização de serviços básicos como a porta de entrada de um sistema regionalizado, estruturado em níveis de complexidade crescentes e com atendimento setorializado através da adscrição da clientela às Unidades de Saúde. A municipalização dos serviços também já estava presente nesta proposta, cabendo aos Estados e Universidades darem apoio técnico e assistência aos municípios responsáveis pela rede primária, através da oferta de serviços de nível secundário e terciário (Ribeiro, 2007)

A consolidação destes movimentos contra-hegemônicos, presentes durante a década de 70, e consolidados nos primeiros anos da década de 80, colocou as discussões acerca da mudança do modelo médico-assistencial vigente como pauta de uma discussão ampla acerca da política de saúde nacional. Todo esse movimento, composto principalmente por sanitaristas, trabalhadores da saúde e intelectuais é denominado de “Reforma Sanitária” que alcança o seu auge um ano após as eleições diretas de 1985, com a realização da 8ª “Conferencia Nacional de Saúde”. Dentre os avanços conseguidos durante esta conferência, destaca-se a discussão e a aprovação da proposta de que o direito à saúde fosse garantido a todo cidadão, como um dever do Estado e proposição de construção de um sistema de saúde unificado. Ambas as propostas acabaram sendo incorporadas ao texto da Constituição Federal de 1988, construindo um marco jurídico essencial para garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde, além de fornecer os fundamentos legais para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que representa grande parte do ideário de mudança do modelo

médico-assistencial vigente na época (Andrade, Bueno *et al.*, 2006; Vasconcelos e Pasche, 2006; Ribeiro, 2007).

A regulamentação da proposição constitucional do SUS, através das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e suas complementares estrutura e organiza o funcionamento do sistema, que se constitui como um arranjo organizacional que oferece suporte à efetivação das políticas de saúde no país. O SUS, desse modo, constitui-se como um sistema complexo, responsável por articular ações de promoção de saúde, prevenção, cura e reabilitação (Vasconcelos e Pasche, 2006)

Como apresentado por Vasconcelos e Pasche (2006), baseado nos preceitos constitucionais, o SUS possui os seguintes princípios doutrinários: (a) Universalidade, que garante o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema; (b) Integralidade, que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que busca garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e coletividade; (c) Equidade, que busca priorizar a oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços; (d) Direito à informação, que visa garantir o domínio das informações sobre a saúde individual e acerca dos riscos e condicionantes que afeta a saúde dos coletivos. Em conjunto a estes princípios estão as diretrizes organizativas, que visam imprimir racionalidade ao funcionamento do sistema, sendo estas: (a) Descentralização, através da municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde; (b) Regionalização, que visa garantir que a distribuição dos recursos assistências siga uma lógica adequada para alocação de recursos e equânime que, a partir de critérios territoriais e populacionais, garanta a integração das ações e redes assistenciais; (c) Hierarquização, que visa organizar o sistema por meio de níveis de atenção que permita a construção de fluxos assistenciais seguindo da atenção básica para níveis mais especializados;

(d) Participação Comunitária, que visa garantir a participação dos cidadãos em colegiados de gestão, com a finalidade de que estes influenciem a decisão e definição da execução da política de saúde do país; (e) Integração das ações entre os subsistemas que compõem o sistema de saúde, visando garantir a continuidade e integralidade do cuidado.

A influência da proposição de reforma dos sistemas de saúde, com base em uma perspectiva de APS, faz-se presente na constituição do SUS, denotada por seus princípios doutrinários e diretrizes, que indicam a adoção de uma perspectiva ampliada de saúde, a importância de racionalização do sistema e da equidade, além da participação comunitária e integralidade das ações (Conill, 2008; Santana, Ramos *et al.*, 2008).

O primeiro programa da década de 90 que visava atuar dentro desta perspectiva foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS tinha como objetivo reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil nas regiões Norte e Nordeste, através de ações desenvolvidas por agentes comunitários de saúde, que são membros da própria comunidade. Ao longo de sua história o PACS alcançou bons índices de sucesso, sendo o precursor das ações de atenção primária no país, impulsionado a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, que visava adotar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral. O programa contava com equipes de saúde da família, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. A atuação destas equipes tinha como foco o núcleo familiar e buscava ser consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade (Viana e Dal Poz, 1998; Andrade, Bueno *et al.*, 2006)

A Política Nacional de Atenção Básica, apresentada através da Portaria nº 648/06 do Ministério da Saúde, criou diretrizes e normas que têm como objetivo a reorientação da atenção à saúde no Brasil, buscando a organização do sistema de saúde através de um modelo baseado na atenção primária (Brasil, 2006a). Deste modo, a Atenção Básica destina seu foco

ao núcleo familiar, através da inserção de serviços de APS na comunidade. Esta estratégia é denominada, por sua vez, de “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), configurando-se como o modelo de organização de toda a Atenção Básica à Saúde do país (Rosa e Labate, 2005; Andrade, Bueno *et al.*, 2006). Apesar da existência de importantes indicadores, que apontam para o crescimento da cobertura nacional dos serviços baseados em APS, chegando em 2006 a atingir uma cobertura de cerca de 50% da população nacional, com dispêndio de recursos de quase 6 bilhões de reais (Brasil, 2006b), ainda são encontradas muitas dificuldades para sua implementação. Dentre as principais dificuldades encontradas, para a efetiva implementação do modelo de APS, a partir de seus princípios básicos, está a acessibilidade aos serviços, a abrangência dos cuidados, a continuidade das ações em longo prazo, e a participação comunitária (Ronzani e Stralen, 2003; Ronzani e Silva, 2008; Stralen, Belisário *et al.*, 2008).

Entretanto, diversos aspectos são apontadas como fatores responsáveis pelas dificuldades de implementação dos serviços de APS. Um dos fatores é a própria contradição entre a legislação e a ação estatal, caracterizada com frequência através da redução da ação social do estado e conseqüente priorização da livre concorrência do mercado no setor. A precarização de diversos setores da assistência, chegando até às deficiências inerentes ao próprio modelo de formação dos recursos humanos em saúde, no país, também é uma dificuldade para a implementação efetiva dos serviços de APS. No caso específico da formação da força de trabalho para o setor saúde, cabe destacar, por exemplo, contradições importantes, como a predominância do foco nas especializações, com ênfase nas patologias médicas, o que pouco pode contribuir para práticas que priorizem cuidados ampliados, fundamentais para a implementação de um modelo de APS (Ronzani e Stralen, 2003).

Apesar dos fatores citados acima poderem ser apontados, em seu conjunto, como de influência geral para uma efetiva implementação da APS, a própria característica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao focar a regionalização dos serviços

(Vasconcelos e Pasche, 2006) e municipalização da Atenção Básica, imprime características peculiares à organização da ESF para cada município. Estas características tornam o quadro ainda mais complexo, diante da diversidade de um país com extensão continental que possui grande número e diversidade de municípios, que expressam grande desigualdade em saúde, tanto com relação ao acesso, quanto à integralidade e qualidade da atenção prestada (Brasil, 2009).

Nesse sentido, a compreensão das particularidades destes serviços exige que se leve em consideração os modelos de planejamento e organização do trabalho, para cada localidade, considerando não só a influência das esferas federal e estadual, mas também características dos modelos da gestão municipal. Além disso, é importante considerar os demais aspectos associados com os recursos da própria comunidade, dos usuários atendidos, e das condições da força de trabalho local disponível para execução de suas atividades (Ronzani e Silva, 2008).

Diante desta problemática, com relação especificamente às condições da força de trabalho em saúde, a OMS, no ano de 2006, apontou com base em evidência mundiais, em seu relatório anual intitulado “Trabalhando juntos pela saúde” (WHO, 2006b), que o desenvolvimento, motivação e apoio aos recursos humanos em saúde são instrumentos de gestão e aspectos essenciais para superar dificuldades e alcançar objetivos nacionais e globais em saúde. No atual contexto mundial, ao lado de grandes avanços na promoção de bem-estar, diversos países, em especial os em desenvolvimento, convivem com privações em saúde alarmantes, e até mesmo com epidemias já superadas, no passado, por países desenvolvidos. No Brasil, problemas desse passado e problemas do futuro configuram o complexo perfil epidemiológico do país, convive-se com a ameaça de epidemias já erradicadas no mundo, tais como o sarampo, rubéola, tuberculose, e com o aumento de problemas que são típicas preocupações de saúde pública em países desenvolvidos, tais como o aumento da incidência

de câncer, agravos fruto de violência e acidentes de trânsito, além de outros problemas associados ao envelhecimento populacional e estilo de vida (Brasil, 2006b). Essas complexas configurações epidemiológicas exigem que a força de trabalho em saúde adote reações efetivas, que são mediadas por políticas de financiamento, expectativas dos usuários, avanços tecnológicos e pela própria centralidade do planejamento e organização do trabalho em saúde (Who, 2006b).

No caso da organização do trabalho na Atenção Básica, e especificamente no modelo da ESF, o serviço é ofertado à população como a principal via de acessos aos cuidados em saúde. Sendo assim, esse serviço de APS está organizado como o nível da porta de entrada e de avaliação dos usuários do sistema, o que acaba produzindo, no setor, uma elevada demanda para o atendimento das diversas condições de saúde que estão associadas à realidade epidemiológica do país. Somada a esta demanda espontânea, a demanda induzida por estes serviços, através das estratégias de prevenção e promoção de saúde, exige que sejam executadas práticas de saúde complexas no contexto comunitário, as quais vão além dos cuidados curativos ou reabilitação e que seriam responsáveis pelos principais impactos almejados na implementação deste modelo (Starfield, 2002; Andrade, Bueno *et al.*, 2006). Desta forma, ambas as demandas, espontânea e a induzida, para serem atendidas devem ser operacionalizadas em tarefas a serem executadas pelas equipes de saúde. Tais tarefas terão, como característica, a diversidade e a própria complexidade advinda da necessidade de serem pensadas e executadas coletivamente, devendo levar em consideração diversos aspectos dos indivíduos e da comunidade atendida.

CAPÍTULO 2: ESTRESSE OCUPACIONAL E ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O conjunto de tarefas e a divisão do trabalho planejada por cada serviço irão compor a carga de trabalho de cada trabalhador, as quais podem estar associadas com importantes estressores laborais, que podem ser agravados por condições precárias da organização do trabalho, que vão desde a baixa valorização e remuneração, descompasso entre tarefas prescritas e realizadas, até escassez severa de recursos e problemas de infraestrutura (Cotta, Schott *et al.*, 2006).

Com base em alguns resultados de pesquisa, é possível supor que o cenário de atuação das equipes da ESF apresenta uma gama importante de estressores do tipo psicossocial (WHO, 2006b) – característicos da própria organização do trabalho, tipicamente relacionados ao Estresse Ocupacional (Paschoal e Tamayo, 2004a; Paschoal e Tamayo, 2005; Cruvinel, Ronzani *et al.*, 2008). Estes estressores somados aos estressores provenientes da própria prestação de serviços básicos em saúde, que preconiza e se caracteriza pelo intenso relacionamento com usuários que apresentam os mais diversos tipos de problemas (Borges, Argolo *et al.*, 2002; Borges, Argolo, *et al.*, 2006; Trindade, 2007; Silva e Menezes, 2008). As reações individuais, positivas ou negativas, mediante a percepção destes estressores, irão caracterizar o estresse ocupacional de origem psicossocial. Alguns estudos apontam para associação do estresse gerado a partir destes estressores, com destaque para os provenientes do relacionamento interpessoal, com várias condições de comprometimento da saúde de trabalhadores da saúde, inclusive na ESF (Custódio, Prata *et al.*, 2006; Camelo e Angerami, 2007; Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008).

A própria definição do trabalho em saúde, principalmente na ESF, caracteriza-se pelo relacionamento entre o profissional e o usuário, sendo que o último, muitas vezes, encontra-se em condições de risco ou sofrimento, o que pode gerar uma situação de contato com relativa

tensão emocional. No entanto, essa relação pode caracterizar-se como harmônica, sendo objeto de satisfação pessoal e produtora de saúde, tanto para o usuário, quanto para o trabalhador, mas também podem se caracterizar como penosa e fonte de sofrimento para ambos (Trindade, 2007)

Nesse sentido, os serviços de saúde na APS enquadram-se na categoria de profissões que lidam diretamente com demandas advindas de outras pessoas, exigindo que a própria execução do trabalho envolva o relacionamento interpessoal direto e contínuo com o beneficiado pelo serviço prestado, visando um cuidado integral que pode acabar por expor o profissional de saúde a importantes estressores psicossociais (Carlotto e Câmara, 2007). Os estressores psicossociais gerados no processo de trabalho, advindos do relacionamento interpessoal, quando crônicos, são relacionados diretamente com reações emocionais de estresse, características da condição denominada esgotamento profissional (Borges, Argolo *et al.*, 2002). Alguns estudos apontam que a cronicidade deste esgotamento emocional pode ser o fator desencadeante para o surgimento de um quadro clínico complexo denominado síndrome de “burnout” (SB) ou, como adotado aqui, síndrome do esgotamento profissional, que gera consequências negativas para a saúde individual e organização a que o profissional pertence.

As consequências de saúde associadas tanto ao estresse ocupacional de uma forma ampla, quanto ao esgotamento profissional entre os profissionais de saúde, apontam para um importante impacto na saúde geral e qualidade de vida destes profissionais, podendo também indicar um impacto indireto associado com a própria qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários que necessitam dos serviços ofertados por profissionais que podem estar com sua saúde e capacidade para o trabalho diminuída. Tal comprometimento, mesmo em menor grau, pode estar associado como um dos fatores que dificulta a execução de tarefas na APS, possuindo em um nível hipotético um possível impacto para implementação da APS no

contexto brasileiro, caracterizando-se como um fator que contribui para uma menor qualidade no processo de atenção à saúde.

O conceito de estresse foi originalmente empregado pela física, para descrever uma força ou um conjunto de forças que, aplicadas a um corpo, tendem a desgastá-lo ou a deformá-lo. Partindo dessa idéia básica, Hans Selye, um dos pioneiros no estudo do estresse, passou a estudar as reações que cada organismo apresentava ao ser exposto a diferentes situações potencialmente danosas (Selye, 1936). Como resultado de seus estudos, Selye demonstrou experimentalmente que todo organismo reage com o mesmo conjunto de sinais, ao ser exposto a qualquer tipo de situação potencialmente danosa. As reações apresentadas dividem-se em três estágios: (1) Reação breve de alarme diante a apresentação aguda de um agente danoso; (2) Período de resistência ocorrido a partir da permanência do agente; (3) Estágio de exaustão do organismo que ocorre pela apresentação crônica do agente, podendo levar o organismo à morte. Este conjunto de reações fisiológicas foi denominado síndrome geral de adaptação e os estímulos capazes de eliciar tais respostas adaptativas foram denominados estressores, sendo todo o processo denominado com estresse. As reações de estresse, a partir dessa conceituação, são básicas para a adaptação de todos os organismos às situações adversas, contudo agentes estressores de grande intensidade ou mesmo de baixa intensidade, mas com grande cronicidade desencadearão reações prejudiciais ao organismo que se configuram no estágio três (Levi, 2004).

Desenvolvimentos teóricos e empíricos posteriores consolidaram o campo de estudos sobre estresse. Os estudos da área seguem três diferentes modelos de abordagem metodológica do fenômeno: (1) Baseada no estímulo, que prioriza a identificação e classificação de potenciais estressores; (2) Focado na resposta, priorizando a mensuração de comportamentos e reações fisiológicas; (3) Estresse como relação entre ambos, focando em modelos que avaliam a interação entre respostas e estímulos e processos envolvidos na

dinâmica do estresse. Na prática, por questões de mensuração, o campo acaba por convergir para um modelo de estresse baseado nas respostas individuais, identificação retrospectiva dos estímulos e inferências acerca dos processos envolvidos na relação entre ambos (Semmer, Mcgrath *et al.*, 2004).

A adoção desta perspectiva possui seu alicerce teórico nos modelos transacionais de estresse, que possuem enfoque nos processos cognitivos associados à avaliação individual sobre eventos estressores (Cooper e Dewe, 2004). Essa avaliação constitui-se como um processo através do qual o indivíduo monitora situações que podem ter consequências negativas para seu bem-estar, sejam elas positivas ou negativas (Moyle, 1995). Seguindo esta perspectiva, assume-se que o processo de estresse envolve diversos fatores, dentre eles: os estressores, avaliações cognitivas, mecanismos de enfrentamento e reações ao estresse (Semmer, Mcgrath *et al.*, 2004). A partir desta perspectiva, a conceituação clássica de estresse baseia-se no modelo de Lazarus e Folkman (1984), em que os estressores são considerados com eventos ou situações endógenas ou exógenas que requerem respostas adaptativas do indivíduo e que podem ser avaliadas como negativas à medida que estes excedem a capacidade individual de enfrentamento. Essas respostas, quando não adaptativas, aumentam a probabilidade de se vivenciar um estado de estresse, afetando assim o bem-estar dos indivíduos, possuindo consequências negativas e estimulando o organismo a reagir, seguindo os processos adaptativos propostos por Seyle. O grande avanço deste modelo é que a partir desta conceituação, tanto aspectos físicos como psicossociais podem ser potencialmente estressores. Dessa forma, diferenças individuais podem ser consideradas para explicar as reações aos estressores (Jex, 2002).

Seguindo a abordagem transacional, o estresse de origem ocupacional representa o conjunto de fenômenos associados ao estresse, que se manifestam no ambiente de trabalho. Dessa forma, o estresse ocupacional pode ser definido como um processo em que o indivíduo

percebe demandas do trabalho como estressores, as quais, ao exceder seus recursos de enfrentamento, provocam reações de estresse (Jex, 2002; Paschoal e Tamayo, 2004) Nesse sentido, tanto estímulos de origem física no trabalho (como barulho intenso, ventilação, iluminação do local de trabalho), quanto os fatores psicossociais, originados a partir da interação entre ambiente do trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e características individuais do trabalhador podem acarretar em reações de estresse (Ilo, 1984)

No campo de estudo acerca do estresse ocupacional, a abordagem organizacional do estresse tende a ter, como foco privilegiado de investigação, os fatores psicossociais do trabalho, utilizando o modelo transacional do estresse. Este modelo, portanto, busca compreender a relevância de diferenças individuais nas reações de estresse no trabalho, junto de fatores específicos do ambiente organizacional. Os estudos desta área tendem também a avaliar aspectos do ambiente organizacional que estão mais comumente associados com reações estresse (Jex, 2002).

Os principais fatores de consenso na literatura, que estão associados com reações de estresse ocupacional, são divididos em seis grupos: (1) Fatores intrínsecos ao trabalho, que envolvem condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária de trabalho, remuneração, viagens, riscos, nova tecnologia e quantidade de trabalho; (2) Estressores relacionados ao papel no trabalho, envolvendo tarefas ambíguas, conflitos na execução de tarefas e grau de responsabilidade para com pessoas e/ou coisas; (3) Relações no trabalho, envolvendo relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados e clientes, estando estes diretamente ou indiretamente relacionados ao trabalho; (4) Estressores da carreira, relativos à falta de perspectiva de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações funcionais ou crises que afetam o emprego; (5) Estrutura organizacional, que envolve estilos problemáticos de gerenciamento, falta de participação em decisões e pobre comunicação no trabalho; (6) Interface trabalho-casa que está relacionada aos problemas

advindo da interface entre demandas do trabalho e demandas familiares (Rout e Rout, 2002; Paschoal e Tamayo, 2004).

Algumas profissões e modelos de organização do trabalho acabam por expor mais o trabalhador a um determinado conjunto de estressores ocupacionais. A própria caracterização do trabalho, em muitas áreas da saúde, aponta para a presença de estressores ocupacionais relacionados à sobrecarga de trabalho, regime de turnos, insegurança no trabalho e baixos salários (Paschoal e Tamayo, 2004; Rios, 2008).

Diversos estudos apontam que, entre profissionais de saúde, o estresse ocupacional pode ter conseqüências negativas estando associado com prejuízos na qualidade de vida no trabalho (Fernandez, Gascon *et al.*, 2008), problemas de saúde física e mental (Hernández, 2003), baixa satisfação no trabalho e maior chance de cometerem erros no trabalho (Williams, Manwell *et al.*, 2007).

A principal classe de estressores apontada como mais característica do trabalho em saúde é a classe dos estressores ligados ao relacionamento interpessoal no trabalho (Rout e Rout, 2002). Os profissionais de saúde acabam por ficar expostos a estressores ligados ao relacionamento interpessoal no trabalho, principalmente por terem que lidar diretamente com demandas complexas dos pacientes que atendem (Borges, Argolo *et al.*, 2002; Borges, Argolo, *et al.*, 2006; Trindade, 2007; Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008; Santos e Cardoso, 2010). Não obstante, a exposição crônica aos estressores dessa natureza pode desencadear intensa exaustão emocional, redução da satisfação no trabalho e dificuldades para lidar com os pacientes de forma humanizada, configurando um quadro clínico denominado esgotamento profissional (Benevides-Pereira, 2003)

O termo esgotamento profissional começou a ser utilizado com maior regularidade no meio acadêmico e pelo senso comum, a partir da década de 70, nos Estados Unidos. Nas décadas seguintes, este tema teve um importante destaque na literatura, principalmente entre

estudos que avaliavam profissionais que trabalhavam em contato direto com o público (Maslach, 2001). O esgotamento profissional, em inglês *Burnout*, ganhou expressão e foi difundido, através dos trabalhos seminais de Freunderberger, em 1974, quando este usou o termo para descrever casos de gradual desgaste emocional, perda de motivação e reduzido comprometimento com o trabalho, entre profissionais de uma clínica de dependentes químicos de Nova York. Pouco tempo depois, Maslach começava, em 1976, a desenvolver uma conceituação formal do esgotamento profissional, utilizando a denominação Síndrome de Burnout para os quadros caracterizados pelos três aspectos apontados por Freunderberger. Os primeiros estudos de Maslach obtiveram resultados empíricos acerca do esgotamento profissional, adotando métodos de investigação observacionais e entrevistas em profundidade com diversos profissionais que prestavam serviços em contato direto com o público (Schaufeli, Leiter *et al.*, 2008).

Posteriormente, associado aos estudos observacionais e de entrevista, Maslach e Jackson em 1981 desenvolveram, objetivando operacionalizar melhor o conceito de *Burnout*, um instrumento estruturado com propriedades psicométricas para mensurar o nível de *esgotamento profissional* entre profissionais que prestavam serviços em relacionamento direto com o público. Através de estudos de construção e validação, os referidos autores chegaram à versão do questionário denominado de “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Este instrumento baseia-se em uma abordagem psicossocial que analisa o esgotamento profissional a partir de três dimensões independentes, sendo elas: (1) *Exaustão Emocional* ou perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho; (2) *Despersonalização* ou desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade e de cinismo com aqueles que recebem o serviço prestado; (3) *Falta de Realização Pessoal*, ou tendência a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, associado com sentimentos e avaliações de baixa auto-estima profissional. O MBI é o instrumento mais utilizado em todo mundo para avaliar o esgotamento profissional,

principalmente entre profissionais de saúde (Maslach, 2001; Adán, Jiménez *et al.*, 2004; Schaufeli, Leiter *et al.*, 2008).

O esgotamento profissional teria consequências negativas no âmbito emocional, cognitivo, comportamental e social. Esta multidimensionalidade das consequências está relacionada com prejuízos na saúde geral e qualidade de vida daqueles que padecem desta síndrome (Adán, Jiménez *et al.*, 2004). Alguns estudos apontam para índices de prevalências significativos da síndrome entre profissionais de saúde no Brasil (Robayo-Tamayo, 1997; Borges, Argolo *et al.*, 2002; Borges, Argolo, *et al.*, 2006) inclusive entre profissionais da ESF (Trindade, 2007; Silva e Menezes, 2008).

O estresse ocupacional e o esgotamento profissional aparecem usualmente associados à diminuição da produção, da qualidade do trabalho executado, ao aumento do absenteísmo, aumento da rotatividade, bem como com o incremento de acidentes ocupacionais, o que, por fim, pode acarretar consideráveis prejuízos financeiros para as organizações e prejuízos para a própria saúde dos trabalhadores (Benevides-Pereira, 2003). Considerando tais consequências, os fatores relacionados ao estresse ocupacional e esgotamento profissional podem gerar danos diretos e indiretos aos pacientes atendidos.

Porém, mesmo diante de tais prejuízos, e sendo o estresse ocupacional e o esgotamento profissional caracterizados no Brasil, desde 1996, como agentes patogênicos causadores de doença do trabalho, a produção de estudos científicos na área no país parece ainda pequena (Benevides-Pereira, 2003; Trigo, Teng *et al.*, 2007). Sendo assim, se faz importante o desenvolvimento de mais estudos acerca desta temática no país, bem como a sistematização dos trabalhos já existentes, a fim de encontrar lacunas no conhecimento e propor estudos que contribuam para um melhor entendimento de como estes aspectos estão presentes entre profissionais brasileiros, principalmente entre grupos profissionais potencialmente mais expostos, como é o caso dos profissionais de saúde.

Um dos recursos para realizar este tipo de levantamento consiste no desenvolvimento de revisões sistemáticas da literatura. Estas são consideradas meios eficientes de organização e sistematização do conhecimento existente sobre determinado tema. Os resultados de revisões facilitam o acesso aos dados de pesquisa e podem fornecer sínteses acerca de informações relevantes sobre estudos já realizados. Tais sínteses possibilitam o embasamento de práticas a partir de evidências da literatura, facilitando o emprego do conhecimento científico na tomada decisões, além de possibilitarem a identificação de carências na literatura, que podem apontar para a relevância da produção de novas pesquisas (Pai, Mcculloch *et al.*, 2004; Berwanger, Suzumura *et al.*, 2007; Borenstein, Hedges *et al.*, 2009)

Considerando a carência destes trabalhos, abaixo são as apresentadas duas revisões sistemáticas sobre o tema. As revisões sistemáticas foram divididas em **Estudo 1** apresentando os estudos sobre *Esgotamento Profissional* entre profissionais de saúde do Brasil e **Estudo 2** acerca do *Estresse Ocupacional* entre os mesmos profissionais.

CAPÍTULO 3: ESTUDO I – REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL.

1. Objetivo

Revisar sistematicamente a literatura brasileira sobre esgotamento profissional entre diferentes categorias profissionais de saúde, a partir da seleção de estudos empíricos originais presentes em bases de indexação de periódicos nacionais até o mês de junho de 2009.

2. Metodologia

Para alcançar o objetivo proposto, foram realizadas buscas nas bases de indexação de resumos BVS-PSI, LILACS, SCIELO, PEPISIC, IBECIS. Para determinar a estratégia de busca foi utilizado o dicionário de termos indexados da *Biblioteca Virtual em Saúde*, denominado “*Descritores em Ciências da Saúde*” (DeCS) que abrange os termos do *Medical Subject Headings* (MeSH) utilizado pela “*U.S. National Library of Medicine*” (NLM) e que possui termos traduzidos para a língua espanhola. Como nestas bases o estresse ocupacional e o esgotamento profissional são tratados como sinônimo adotou-se uma única estratégia única de busca. Sendo assim, para estresse ocupacional os seguintes termos foram adotados como palavras-chaves: *Agotamiento Profesional, Professional Burnout, Burnout, Estafa Profissional, Occupational Stress, Estresse Ocupacional, Estresse Profissional, Stress Ocupacional, “Estresse no Trabalho”, “Estresse Profissional”, “Exaustão Emocional e Física” e “Exaustão Profissional”*. O uso do termo Brasil foi adotado nas bases internacionais para restringir a busca.

Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados para seleção dos estudos que compuseram as revisões: os estudos deveriam empíricos; tratar de esgotamento profissional

entre profissionais de saúde e serem artigos originais publicados em periódicos. Por outro lado, se enquadraram nos critérios de exclusão os artigos que abordassem o tema de forma indireta e estivessem investigando os temas entre estudantes ou profissionais ainda em formação.

Todos os resumos encontrados nas bases foram lidos e analisados por dois juízes e, em casos controversos, um terceiro juiz dava um parecer sobre a inclusão ou exclusão do artigo baseando-se nos critérios propostos. Quando o resumo apresentava informações insuficientes, o texto completo era analisado para avaliação de sua inclusão. Os textos completos disponíveis nas bases pesquisadas foram coletados e quando não estavam disponíveis, foram acessados através do portal de periódicos CAPES ou solicitados por e-mail aos autores. Foram coletados indicadores bibliométricos (ano de publicação, idioma, local de realização, filiação institucional) e coletadas informações dos artigos acerca da população estudada, delineamento, instrumentos e principais resultados. Após a adoção de todos os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 15 artigos com texto completo que atendiam os requisitos propostos.

3. Resultados

3.1 Indicadores Bibliométricos

As publicações encontradas variaram entre os anos de 2002 e 2009 com maior concentração de estudos entre os anos 2008 e 2009, seguido pelos anos de 2002, 2005 e 2006 com dois artigos e um único artigo publicado no ano de 2007. Dois artigos foram publicados em inglês e um destes em espanhol e português. Todos os artigos foram publicados em co-autoria e contavam com ao menos uma instituição de ensino superior elencada como afiliação institucional dos autores. Um único artigo apresentou afiliação institucional ligada a uma instituição de saúde.

3.2 Delineamento e Métodos utilizados

Os profissionais da área de enfermagem de setores hospitalares foram os mais estudados, contando com quatro artigos (Silva, Loureiro *et al.*, 2008; Silva e Carlotto, 2008; Jodas e Haddad, 2009; Moreira, Magnago *et al.*, 2009). Três estudos foram realizados entre médicos de níveis especializados, sendo dois entre cancerologistas (Tucunduva, Garcia *et al.*, 2006; Glasberg, Horiuti *et al.*, 2007) e um entre médicos atuantes em Unidades de Tratamento Intensivo (Barros, Tironi *et al.*, 2008). Na Atenção Primária à Saúde, foram estudados os agentes comunitários de saúde em dois artigos (Silva e Menezes, 2008; Telles e Pimenta, 2009) e apenas um estudo investigou todos os profissionais da equipe mínima (Trindade, Lautert *et al.*, 2009). Os demais estudos utilizaram amostras compostas por diversas categorias profissionais, sendo que três foram realizados em hospitais (Borges, Argolo *et al.*, 2002b; Feliciano, Kovacs *et al.*, 2005; Rosa e Carlotto, 2005; Borges, Argolo, *et al.*, 2006) e um foi realizado em ambulatórios, enfermarias, emergências e atendimento domiciliar (Souza e Silva, 2002).

Todos os estudos utilizaram delineamentos transversais, a maior parte dos estudos empregou métodos quantitativos, sendo que apenas um estudo utilizou técnicas estritamente qualitativas e outros dois utilizaram métodos híbridos. Todos os estudos, exceto o qualitativo, utilizaram o Maslach Burnout Inventory (MBI) como instrumento de avaliação para esgotamento profissional.

3.3 Indicadores de esgotamento profissional

Entre os estudos, oito não utilizaram qualquer critério que objetivasse obter indicadores de prevalência do esgotamento profissional (Borges, Argolo *et al.*, 2002; Souza e Silva, 2002; Feliciano, Kovacs *et al.*, 2005; Rosa e Carlotto, 2005; Borges, Argolo *et al.*, 2006; Silva, Loureiro *et al.*, 2008; Silva e Carlotto, 2008; Telles e Pimenta, 2009; Trindade, Lautert *et al.*, 2009). Apenas três estudos apresentaram indicadores da síndrome obtidos pelos critérios de Grunfeld e Ramires (Tucunduva, Garcia *et al.*, 2006; Glasberg, Horiuti *et al.*,

2007; Moreira, Magnago *et al.*, 2009). O critério de Grunfeld é mais abrangente, e identifica sinais de esgotamento profissional em qualquer uma das dimensões do MBI (Grunfeld, Whelan *et al.*, 2000). Já o critério de Ramirez é mais restrito, sendo considerado um indicador de diagnóstico para a síndrome de esgotamento profissional (Ramirez, Graham *et al.*, 1995). Um único estudo (Barros, Tironi *et al.*, 2008) utilizou apenas o critério de Grunfeld e outros dois apenas o critério de Ramirez (Silva e Menezes, 2008; Jodas e Haddad, 2009).

O diagnóstico positivo de síndrome de esgotamento profissional variou de três por cento entre médicos cancerologistas até 24,1%, entre agentes comunitários de saúde. Adotando o critério mais amplo de identificação de esgotamento profissional, os indicadores variaram de 35,7% entre profissionais de enfermagem até 68,8% entre médicos oncologistas (Tucunduva, Garcia *et al.*, 2006; Glasberg, Horiuti *et al.*, 2007; Barros, Tironi *et al.*, 2008; Silva e Menezes, 2008; Jodas e Haddad, 2009; Moreira, Magnago *et al.*, 2009).

Tucunduva e colaboradores (2006), ao avaliar indicadores de esgotamento profissional entre médicos cancerologistas, encontraram 3% de esgotamento profissional utilizando o critério de Ramirez e 52,3% utilizando o critério de Grunfeld. Seguindo o mesmo tipo de delineamento, Glasberg e colaboradores (2007) encontraram entre 102 médicos oncologistas indicadores positivos de SB entre 7,8% dos médicos ao adotarem o critério diagnóstico de Ramirez e 68,8% de casos positivos de SB ao utilizarem o critério de Grunfeld. Já entre 297 médicos intensivistas, Barros e colaboradores (2008) encontraram 63,3% de indicativo da síndrome seguindo o critério de Grunfeld. O grupo 141 agentes comunitários de saúde estudado por Silva e Menezes (2008) apresentaram indicador de 24,1% de esgotamento, utilizando o critério de Ramirez. Moreira e colaboradores (2009) encontraram prevalência de 35,7%, seguindo os critérios de Grunfeld ao estudar o esgotamento entre 151 profissionais de enfermagem de um hospital geral. Por outro lado, ao estudar os profissionais de enfermagem,

Jodas e Haddad (2009) encontraram, segundo o critério de Ramirez indicadores de 8,2% de esgotamento entre 61 profissionais atuantes em hospitais universitários.

3.4 Variáveis Sócio-demográficas, aspectos do trabalho e estilo de vida associadas ao esgotamento profissional.

Glasberg e colaboradores (2007) encontraram entre médicos oncologistas associação positiva para o indicativo de esgotamento profissional e viver com um companheiro(a), considerar o tempo de férias insuficiente e não praticar uma atividade física ou ter um hobby. Utilizando o critério de Ramirez, foi neste estudo encontrada uma associação entre a presença de síndrome de esgotamento profissional e não ter um hobby, não praticar uma atividade física, bem como não ter uma religião. Em ambos os critérios, ter a síndrome foi associado a não escolher a profissão de oncologista novamente. Contudo, o estudo de Tucunduva e colaboradores (2006), investigando também médicos oncologistas, encontrou maior proporção de mulheres com indicativo de esgotamento profissional, sendo que a ausência de apoio familiar também esteve associada a maiores proporções de esgotamento profissional. Seguindo uma direção semelhante, o estudo de Tucunduva (2006) aponta a prática de atividades físicas ou ter um hobby, como associado com menores níveis de exaustão emocional. No estudo de Barros e colaboradores (2008), também entre médicos, foi encontrada uma maior prevalência de esgotamento profissional entre profissionais do sexo masculino, casados, que trabalhavam em plantões com carga horária superior a 24 horas em UTIs e que possuíam uma quantidade máxima de dez pacientes por plantão. Dentre aqueles que possuíam menores indicadores de esgotamento profissional, estavam os que possuíam algum hobby, praticavam atividades físicas regularmente, tinham idade acima de 33 anos, tinham título de especialista em medicina intensiva, trabalhavam em UTI há mais de 9 anos, eram formados e pretendiam trabalhar por mais 10 anos na profissão. Moreira e colaboradores (2009) apontaram que, entre profissionais de enfermagem, apenas a dimensão esgotamento emocional estava associada com o tempo de profissão, sendo que aqueles que

possuíam maior tempo de trabalho apresentaram menores chances de serem classificados com esgotamento emocional.

Entre os agentes comunitários de saúde, Silva e Menezes (2009) encontraram que os homens e pessoas com menos de 41 anos de idade e aqueles que trabalhavam em locais em que não havia coleta de lixo apresentavam maiores índices de despersonalização. Mostraram maior chance de ter despersonalização, os profissionais de cor negra e aqueles que faltaram ao trabalho uma vez nos 30 dias anteriores à entrevista, e aqueles em cuja micro-área o lixo era queimado ou desprezado a céu aberto. Observou-se maior risco de indicativo de baixa realização pessoal os profissionais mais jovens, entre aqueles que faltaram duas vezes ou mais no trabalho nos 30 dias anteriores à entrevista, que atuavam em micro-áreas de risco e que possuíam população até 14 anos acima de 20%. O estudo de Trindade, Lautert e Beck (2009), seguindo direção semelhante ao estudo de Silva e Menezes (2009), encontrou também maiores proporções de indicativos da síndrome entre pessoas mais jovens, ao avaliar tais características entre equipes de saúde da família.

Borges, Argolo e Baker (2006) encontraram uma correlação positiva entre a carga horária de trabalho e as dimensões exaustão emocional e despersonalização em um hospital maternidade. Em outro hospital, ao avaliar diversos profissionais de saúde Rosa e Carlotto (2005) encontraram associação inversamente proporcional entre idade e esgotamento emocional, assim como para despersonalização. Contudo, o estudo de Silva e Carlotto (2008), também realizado em hospital, encontrou associação apenas entre possuir curso superior e apresentar indicadores altos de despersonalização e associação entre trabalhar somente em hospitais e apresentar maior realização pessoal. O estudo de Silva, Loureiro e Peres (2008), também realizado em um hospital, apontou que os profissionais de enfermagem apresentavam sintomas mais acentuados na dimensão despersonalização, quando eram homens e que as mulheres apresentavam grande desgaste emocional, sendo que participantes mais jovens, com

idade até 30 anos tendiam a apresentar mais indicadores positivos em ambas as dimensões. Quanto ao estado civil, observou-se que os participantes viúvos se mostraram mais suscetíveis nas dimensões despersonalização e baixa realização pessoal. Profissionais não-graduados sinalizaram maior comprometimento nas dimensões exaustão emocional e baixa realização pessoal. Os profissionais que trabalhavam na emergência do hospital apresentaram sintomas mais acentuados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização. A realização de dupla jornada de trabalho mostrou-se como um importante fator associado ao esgotamento profissional em todas as suas dimensões, da mesma forma que ser técnico de enfermagem em comparação com enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

O estudo de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005), ao entrevistar 40 pediatras e sete enfermeiras da urgência/emergência que atuavam em hospitais, encontrou relatos que indicavam sintomas de estresse crônico, principalmente entre os médicos com menos tempo de formado, que relatavam descrédito nas possibilidades de mudanças e a vontade de desistir. Contudo, de uma maneira geral os sentimentos de exaustão emocional, desânimo, inadequação ao trabalho e fracasso estiveram também presentes entre profissionais com mais tempo de formado, mas parecem estar associados com maior esperança de alcançar a solução dos problemas do contexto de trabalho.

3.5 Diferenças individuais e aspectos organizacionais associados com o esgotamento profissional

Apenas o estudo de Silva e Menezes (2008) avaliou aspectos relacionados à saúde mental, utilizando o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) para mesurar indicativos de presença de transtornos mentais comuns entre agentes comunitários de saúde (TMC). Os resultados demonstraram que a presença de TMC estava associada com o esgotamento emocional e a baixa realização profissional quando ajustadas pela atuação ou não em zonas

consideradas de risco. Dessa forma, os autores apontam para existência de um relacionamento entre transtornos psiquiátricos não psicóticos com o esgotamento profissional.

Com relação aos estilos de enfrentamento para situações de estresse, o artigo de Trindade, Lautert e Beck (2009) investigou estes mecanismos e o modo como são utilizados por profissionais da atenção primária, adotando uma abordagem híbrida, aplicando o MBI entre 86 profissionais de Equipes de Saúde da Família e entrevistando 6 participantes com altos indicadores de esgotamento profissional e 6 com baixos indicadores. As estratégias mais utilizadas no grupo sem indicativo de esgotamento profissional foram o enfrentamento coletivo, através de busca de apoio na equipe de trabalho e estratégias baseadas na solução de problemas. O grupo que apresentava indicativos de esgotamento utilizava de forma predominante estratégias de evitação dos problemas e estratégias com foco nas emoções associadas aos eventos estressantes. O estudo de Telles e Pimenta (2009) apesar de avaliar o esgotamento profissional e estratégias de enfrentamento, não apresentam resultados com relação à sua associação.

No que tange aos traços de personalidade, o estudo de Souza e Silva (2002) foi o único que abordou o tema encontrando que, entre profissionais de saúde de diversos setores, os traços de personalidade tipo A e traços ansiosos de personalidade foram preditores para o esgotamento profissional, esgotamento emocional e despersonalização. Uma das variáveis moderadoras dessa relação foi o apoio da chefia, tida como fator de proteção para a apresentação de esgotamento profissional e esgotamento emocional.

Apenas o estudo de Silva e Carlotto (2008) utilizou uma escala de satisfação com o trabalho. Neste estudo, encontraram-se correlações positivas entre realização pessoal, satisfação com a organização hierárquica do trabalho e satisfação com o ambiente físico de trabalho, assim como oportunidades de crescimento profissional. A exaustão emocional

esteve relacionada negativamente com uma melhor satisfação com as relações hierárquicas no trabalho, bem como com a satisfação intrínseca com o trabalho.

Dois estudos analisaram valores organizacionais e sua relação com o esgotamento profissional, apresentando resultados contrastantes. No primeiro, Borges e colaboradores (2002) investigaram profissionais de saúde em dois Hospitais Universitários e uma Maternidade Escola. Os valores relativos ao “conservadorismo” percebido foram fatores capazes de predizer o esgotamento profissional, sendo que quanto mais salientes eram estes valores, menores os indicadores de esgotamento. Ao replicar o estudo anterior, em apenas um dos hospitais, Borges, Argolo e Baker (2006) encontraram que a mudança de gestão ocorrida no hospital, causou efeitos sobre a capacidade de predição dos valores organizacionais sobre o esgotamento profissional. Neste segundo estudo encontrou-se que os valores de hierarquia em um plano ideal eram preditores da baixa realização pessoal, divergindo do resultado do primeiro estudo.

Por fim, o estudo de Jodas e Haddad (2009) com uma amostra de trabalhadores de enfermagem atuantes no Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, encontrou que a falta de reconhecimento e de incentivo no trabalho aos funcionários, por parte do hospital, estava associada com o esgotamento profissional.

CAPÍTULO 4: ESTUDO II - REVISÃO DA LITERATURA ACERCA DO ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

1. Objetivo

Revisar sistematicamente a literatura brasileira sobre estresse ocupacional entre diferentes categorias profissionais de saúde, a partir da seleção de estudos empíricos originais presentes em bases de indexação de periódicos nacionais até o mês de junho de 2009.

2. Metodologia

Para alcançar o objetivo proposto, foram adotados os mesmos procedimentos metodológicos do **Estudo I**, exceto com relação ao critério de inclusão relativo à “tratar especificamente de esgotamento profissional entre profissionais de saúde” que neste caso foi substituído por “tratar especificamente de estresse ocupacional entre profissionais de saúde”. Após a adoção de todos os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 9 artigos que atenderam os requisitos propostos.

3. Resultados

3.1 Indicadores Bibliométricos

Os anos de publicação dos estudos utilizados nesta revisão variaram de 1999 a 2009, ao longo destes dez anos os estudos se encontraram distribuídos da seguinte maneira um em 1999, um em 2000, um em 2003, um em 2006, um em 2007, três em 2008 e mais um último em 2009. Quanto ao idioma da publicação, observou-se que a grande maioria foi publicado em português, sendo sete estudos escritos em língua portuguesa, um em língua espanhola e um em língua inglesa. A análise da filiação institucional apontou que oito dos estudos possuíam ao menos um dos autores filiado a algum centro universitário. Em contraposição,

apenas um estudo possuía filiação a uma instituição de saúde. Quanto ao número de autores, dois publicaram sem co-autoria e apesar das publicações apresentarem uma média de aproximadamente três autores por publicação, apenas um estudo foi feito em cooperação interinstitucional.

Dentre os nove estudos realizados no país, seis ocorreram em hospitais (Lautert, Chaves *et al.*, 1999; Bianchi, 2000; Dierka, Lazzaretti *et al.*, 2003; Ramalho e Nogueira-Martins, 2007; Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008; Fogaça, Carvalho *et al.*, 2009), um em Centro de Referência Tratamento-DST/AIDS (Rios, 2008) outro em um consultório particular (Presta, 2006) e apenas um na APS (Suehiro, Santos *et al.*, 2008).

3.2 Delineamentos e métodos utilizados

Quanto à metodologia utilizada nos estudos, constatou-se que seis artigos utilizaram metodologias quantitativas, um utilizou metodologia qualitativa e dois utilizaram metodologias quali-quantitativas. A análise dos delineamentos revelou que todos os estudos foram realizados com desenho transversal, sendo que um era exploratório, quatro eram descritivos e quatro eram descritivos e correlacionais.

As populações estudadas nos artigos se distribuíram da seguinte maneira: dois estudos com enfermeiros; dois estudos entre profissionais de enfermagem, os quais envolveram auxiliares e técnicos de enfermagem, além do enfermeiro; um estudo entre médicos e enfermeiros; um estudo com dentistas; um estudo com profissionais da equipe mínima da ESF; um estudo entre profissionais de CRT-DST/AIDS; e, um último estudo que foi realizado com profissionais do setor oncológico de um hospital.

Seis estudos foram realizados utilizando questionários auto-aplicáveis, um estudo foi feito utilizando questionários aplicados por pesquisadores. Dois estudos utilizaram entrevistas juntamente da aplicação de questionários, e apenas um estudo utilizou entrevista semi-estruturada.

Para a avaliação de níveis de estresse baseados na resposta, quatro instrumentos foram utilizados, sendo estes: Inventário de Sintomas de Stress Lipp (ISSL) (Dierka, Lazzaretti *et al.*, 2003); The Nurse Stress Index (NSI) (Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008); O questionário de Kristensen apresentado por Rios (2008) e o Questionário apresentado por Lautert, Chaves e Moura (1999), além de avaliarem níveis de estresse baseados na resposta, também avaliavam fontes de estresse. Os demais instrumentos utilizados avaliavam o estresse especificamente baseado na identificação de fontes estressoras, sendo estes o Effort-Reward Imbalance (ERI) e o Job Content Questionnaire (JCQ) utilizados por Fogaça e colaboradores (2009); Escala de Satisfação no Trabalho (EST) utilizada por Suehiro e colaboradores (2008); Questionário de atividades estressantes para enfermeiros apresentado por Bianchi (2000); e Questionário de avaliação de rotina de trabalho e relações interpessoais apresentado por Presta (2006). Para a avaliação de níveis de vulnerabilidade ao estresse foi utilizado por Suehiro e colaboradores (2008) a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT).

3.3 Principais Resultados

Na análise dos resultados de todos os artigos, optou-se por dividi-los entre os que apresentavam indicadores de estresse, os que apresentavam fatores relacionados ao estresse e os que relataram resultados de origem qualitativa. Devido à grande variedade de delineamentos e instrumentos utilizados, qualquer análise mais rigorosa dos dados, como por exemplo, a realização de uma meta-análise, tornou-se inviável, portanto optou-se pela apresentação dos resultados de cada artigo separadamente. Entretanto, um dos artigos (Bianchi, 2000) não apresentou os recursos metodológicos utilizados para alcançar os resultados que alcançou, dessa forma optou-se por não considerá-lo nas análises.

3.4 Indicadores de estresse

Foram encontrados quatro estudos que apresentaram indicadores de estresse. Em um deles, 48% dos enfermeiros estavam estressados e 52% pouco estressados (Lautert, Chaves *et al.*, 1999). Dierka e colaboradores (2003) indicaram que 50% dos profissionais de enfermagem não tinham nenhum sinal de estresse, 30% estavam na fase de resistência ao estresse e 20% se encontravam na fase de quase-exaustão. Rios (2008) encontrou entre profissionais de um CRT-DST/AIDS 13,2% de manifestações de estresse alto, 39,7% manifestações moderadas e o restante dos profissionais sem estresse ou com manifestações sintomáticas leves. Por fim, um estudo relatou que 81,8% dos profissionais de enfermagem consideravam sua profissão estressante (Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008).

3.5 Aspectos do Trabalho

Dois estudos analisaram aspectos do trabalho relacionados ao estresse. Um destes encontrou que quatro aspectos eram preocupantes e estariam associados ao estresse, sendo eles fatores ligados à organização do trabalho, participação, diversificação e flexibilidade no trabalho (Rios, 2008). Já no estudo de Presta (2006), foram considerados estressantes aspectos relacionados à rotina de trabalho, tais como condições de trabalho insatisfatórias, compromisso financeiro, atraso nas consultas, dificuldade de controlar a organização do consultório, falta de estímulo intelectual, surgimento inesperado de atendimento de urgência, sobrecarga profissional e rotina de trabalho. Por outro lado, consideraram-se estressantes os seguintes aspectos provenientes das relações interpessoais no trabalho: atendimento de paciente não colaborativo ou muito ansioso, insatisfação do paciente com relação ao tratamento recebido, tratamento de casos complexos com prognóstico desfavorável, insatisfação em relação ao resultado de um tratamento concluído, atendimento de paciente com doenças crônicas e dificuldade de relacionamento com companheiros de trabalho (Presta, 2006).

3.6 Relacionamento entre fontes de estresse e sintomas físicos

Um estudo analisou o relacionamento entre fontes de estresse e respostas fisiológicas de estresse, apontando que o gerenciamento de pessoal esteve correlacionado com alterações físicas imunitárias, músculo-articulares, cardiovasculares e gastrointestinais. Já a vivência de situações críticas no trabalho esteve correlacionada com todas as alterações anteriores, exceto as gastrointestinais. O conflito entre funções no trabalho esteve correlacionado com as seguintes alterações: imunitárias e músculo-articulares. O relacionamento interpessoal se correlacionou apenas com alterações imunitárias (Lautert *et. al.*, 1999).

3.7 Vulnerabilidade ao Estresse

Apenas um estudo analisou a vulnerabilidade ao estresse, encontrando correlações negativas entre satisfação com a remuneração e satisfação com promoções recebidas (Suehiro, Santos *et al.*, 2008).

3.8 Qualidade de Vida

Apenas um estudo se dedicou a este tema, tendo apontado que, dos seis domínios de qualidade de vida estudados, o domínio físico esteve correlacionado negativamente com a demanda psicológica do trabalho, carga isométrica física, demanda física do trabalho e esforço despendido no trabalho; e correlacionado positivamente com controle sobre o trabalho. O domínio psicológico esteve negativamente correlacionado com os seguintes estressores: demanda psicológica no trabalho, carga isométrica física, demanda física do trabalho, insegurança física no trabalho, esforço despendido no trabalho e recompensa recebida no trabalho. O domínio nível de independência esteve negativamente correlacionado com os seguintes estressores: demanda psicológica no trabalho, carga isométrica física,

demanda física do trabalho, insegurança física no trabalho, esforço despendido no trabalho e recompensa recebida no trabalho, e positivamente correlacionado com suporte social do supervisor. O domínio relação social esteve negativamente correlacionado com o estressor denominado esforço despendido no trabalho. E por fim, o domínio meio ambiente esteve negativamente correlacionado com os seguintes estressores: carga isométrica física, demanda física do trabalho, insegurança física no trabalho e esforço despendido no trabalho (Fogaça, Carvalho *et al.*, 2009).

3.9 Categoria Profissional

Apenas um estudo comparou as diferenças de estresse dentre categorias profissionais, encontrando diferenças entre os níveis estresse de Auxiliares de enfermagem, Técnicos de enfermagem e Enfermeiros. Tal diferença ressaltou que os Enfermeiros apresentavam maiores indicadores de estresse (Paschoalini, Oliveira *et al.*, 2008).

3.10 Estudos Qualitativos

Dois estudos apresentaram resultados desta natureza, um sendo puramente qualitativo e outro apresentando delineamento híbrido. O Estudo puramente qualitativo buscou levantar os principais fatores estressantes entre os profissionais de um instituto pediátrico de câncer, e revelou através de entrevistas que os seguintes aspectos foram considerados estressores: Não ter com quem conversar sobre o assunto câncer; O diagnóstico, o tratamento e a morte do paciente com câncer; Falta de reconhecimento no trabalho; Baixos salários; Sobrecarga de trabalho; Dificuldade de comunicação entre os membros da equipe; Falta de clareza das propostas institucionais; Responder a várias chefias; Percepção de excesso de burocracia e falhas institucionais; e Falta de controle sobre o ambiente de trabalho. (Ramalho e Nogueira-Martins, 2007).

O outro estudo utilizou a análise cruzada entre os resultados do Inventário de Sintomas de Estresse Lipp (ISSL) e as respostas à pergunta "Como você lida com a morte dos pacientes?". De maneira geral, esse cruzamento revelou que o aspecto subjetivo foi determinante para o enfrentamento da morte dos pacientes. Entre os quatro profissionais com estresse na fase de resistência, foi relatada a dificuldade de lidar com a morte de pessoas em seu convívio familiar, sentimento de culpa e impotência em relação a um prognóstico negativo. Nos dois profissionais que se encontravam na fase de quase-exaustão, revelou-se a manifestação física de transtorno alimentar. Dos seis enfermeiros que não apresentaram escores de estresse, quatro relataram que suas crenças religiosas os dão suporte ao enxergar a adversidade como desígnio de Deus, ainda entre estes seis, fez-se presente o discurso altruísta (Dierka, Lazzaretti *et al.*, 2003).

CAPÍTULO 5: ESTUDO III - ESTRESSE OCUPACIONAL E ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA

1.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar o estresse ocupacional de origem psicossocial entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) em três municípios de pequeno porte do interior do Estado de Minas Gerais, especificamente na região da Zona da Mata Mineira, através de dois aspectos principais: Estresse Ocupacional Geral e Síndrome do Esgotamento Profissional.

1.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os profissionais de APS através de aspectos socioeconômicos e demográficos, estilo de vida, aspectos do seu trabalho, riscos ocupacionais percebidos e identificação de problemas a serem resolvidos no serviço.
- b) Descrever os seguintes indicadores adotados como desfechos: (1) Indicação de estresse ocupacional geral, com base em estressores organizacionais de origem psicossocial; (2) Indicação de síndrome de esgotamento profissional, com base na identificação de alto esgotamento profissional, alta despersonalização ou baixa realização profissional.
- c) Investigar a existência de associação entre estresse ocupacional geral, aspectos socioeconômicos, demográficos e aspectos do trabalho.
- d) Investigar a existência de associação entre esgotamento profissional, aspectos socioeconômicos, demográficos e aspectos do trabalho.

2. Metodologia

2.1 Definições dos municípios

Foram considerados elegíveis, para participar deste estudo todos os profissionais de APS de três municípios de pequeno porte característicos da Zona da Mata Mineira (Lima Duarte, São João Nepomuceno e Rio Novo). Os municípios foram escolhidos mediante ao atendimento dos seguintes critérios de elegibilidade: (1) fornecerem aceite formal da secretaria de saúde; (2) possuírem equipes mínimas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) completas; (3) disponibilizarem horas de trabalho dos profissionais para participarem da pesquisa; (4) serem municípios com menos de 40.000 habitantes.

A escolha de tais critérios de conveniência possui, como justificativa de sua elegibilidade, a disponibilização do aparato logístico oferecidos pelo projeto *“Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde”* e *“Avaliação de Condições de Saúde entre Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde”*, que foram executados pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS) nestes municípios. Os projetos referidos são desdobramentos de linhas de pesquisa do POPSS. Os dados coletados para o presente estudo representam apenas uma parcela dos dados levantados através do segundo projeto, que teve como objetivo levantar indicadores de saúde, absenteísmo e estresse ocupacional entre trabalhadores de APS dos municípios referidos.

A escolha destes municípios de pequeno porte justifica-se também devido à importância que as unidades APS e equipes de saúde da família possuem no local, considerando que este não possui uma ampla gama de serviços especializados. Tal característica é comum na maior parte dos municípios do país, já que 90% dos municípios possuem menos do que 50 mil habitantes e destes 48% possuem menos do que 10 mil

habitantes, sendo também a Atenção Básica, o seu principal e, muitas vezes, o único equipamento de saúde acessível (Ronzani e Silva, 2008; Brasil, 2009)

Pesquisas anteriores do POPSS, com populações de profissionais de APS em municípios de pequeno e médio porte, apontam que fatores ligados à gestão e organização do trabalho, tais como carga de trabalho e dinâmica das equipes, estão associados aos obstáculos mais comuns para o desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção da saúde na atenção primária (Ronzani, Ribeiro *et al.*, 2005; Cruvinel, Ronzani *et al.*, 2008; Mota, Ronzani *et al.*, 2008; Ronzani e Silva, 2008). Considerando que estes fatores comumente estão associados ao estresse ocupacional de origem psicossocial, a escolha intencional destes municípios como típicos da região é mais uma vez subsidiada.

2.2 Delimitação da população e participantes

O critério de seleção dos participantes dos municípios de pequeno porte foi intencional, caracterizando um censo desta população-alvo. Proporcionalmente, estimando-se o número de possíveis participantes, a partir do número de habitantes dos municípios selecionados, parcela da população coberta e constituição típica das equipes mínimas de ESF, calculou-se que cerca de 160 profissionais, atuantes em equipes da saúde da família (ESF) poderiam compor o universo de profissionais de APS em julho de 2009, época em que foi realizado o estudo.

Tratando-se de um censo, a fim de complementar a descrição do universo, foi solicitada à secretaria de saúde de cada município uma lista completa dos profissionais de APS que compunham de fato o universo da população de estudo. Foi listado um total de 149 profissionais elegíveis, que foram convidados para participar da pesquisa durante uma reunião agendada pela secretaria de saúde com todas as equipes de cada município. Utilizando este método de recrutamento, participaram do presente estudo 71,8% dos profissionais do universo

pesquisado, taxa de resposta considerada muito boa para um levantamento (Babbie, 1999) e que é detalhada em função de suas perdas em cada município a seguir.

2.2.1 Município de Lima Duarte

Lima Duarte é um município da Zona da Mata Mineira. Possui uma população de 16.166 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos pela sede Lima Duarte e pelos distritos de Conceição de Ibitipoca, Olaria, Pedro Teixeira, Santana do Garambéu, São Domingos da Bocaina e São José dos Lopes. Encontra-se a 305 km da capital do estado, possuindo índice de desenvolvimento humano de 0.739.

Com relação à rede de serviços de saúde, a cidade faz parte da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Juiz de Fora e alocada em sua microrregião. Atualmente, possui 21 estabelecimentos de saúde cadastrados (DATASUS, 2011). Dentre os estabelecimentos públicos cadastrados estão: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Santa Casa e a sede da Secretaria Municipal de Saúde. A população coberta pela Estratégia de Saúde da Família corresponde a 89,3% dos seus habitantes, sendo a média mensal de visitas domiciliares por família de 0,07 (DATASUS, 2010). Na listagem obtida junto da secretaria de saúde havia um total de 44 profissionais de saúde, sendo que um destes havia pedido demissão na época da pesquisa. Considerando os respondentes que estavam trabalhando na época da pesquisa, apenas 54,5% participaram de todas as etapas da pesquisa, respondendo aos questionários utilizados, representando uma taxa adequada de resposta (Babbie, 1999). Frente ao total de não respondentes, oito não compareceram em nenhum dos dois momentos de avaliação, oito não completaram uma das avaliações e um não aceitou participar. Neste município, a taxa de mortalidade da população estudada foi em grande parte devido às dificuldades de locomoção dos profissionais de áreas rurais para chegar até o local de aplicação dos questionários, pois na época da pesquisa não havia disponibilidade de transporte para esse grupo.

2.2.2 Município de Rio Novo

Rio Novo também é um município da Zona da Mata Mineira. Possui uma população de 8.715 habitantes. Encontra-se a 320 km da capital do Estado, possuindo índice de desenvolvimento humano de 0,766 (IBGE, 2010).

Com relação à rede de serviços de saúde, a cidade faz parte da GRS de Juiz de Fora. Atualmente possui 12 estabelecimentos cadastrados, sendo três empresas privadas. Dentre os estabelecimentos públicos cadastrados estão: um Posto de Saúde, uma Santa Casa de Misericórdia e a sede da Secretaria Municipal de Saúde (DATASUS, 2011). A cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família correspondia na época a 89,9%, sendo que a média mensal de visitas domiciliares por família era de 0,08 (DATASUS, 2010).

A listagem enviada pela secretaria saúde deste município possuía 50 profissionais de APS, sendo que destes, quatro não participaram do estudo e quatro não completaram as duas etapas da avaliação. A taxa de resposta deste município foi a mais alta, correspondendo a 84% dos profissionais listados e que estavam trabalhando na época do estudo, taxa de resposta considerada alta (Babbie, 1999).

2.2.3 Município de São João Nepomuceno

São João Nepomuceno é um município da Zona da Mata Mineira. Possui uma população de 25.062 habitantes (IBGE, 2010), distribuídas pela sede São João Nepomuceno e pelos distritos de Sede, Carlos Alves, Ituí, Roça Grande e Taruaçu. Encontra-se a 331 km da capital do estado, possuindo índice de desenvolvimento humano de 0.763.

Com relação à rede de serviços de saúde, a cidade faz também parte da GRS de de Juiz de Fora. Atualmente possui 22 estabelecimentos cadastrados, sendo 13 empresas privadas (DATASUS, 2011). Dentre os estabelecimentos públicos cadastrados, estão: um hospital, uma Policlínica Microrregional, o Sindicato Rural e a sede da Secretaria Municipal de Saúde. A cobertura da população feita pela Estratégia de Saúde da Família correspondia a 44,7%, sendo a média mensal de visitas domiciliares por família de 0,06 (DATASUS, 2010).

Na lista enviada pela secretaria de saúde do município havia um total de 55 profissionais de APS. Deste total, três haviam pedido demissão e um estava afastado por motivo de saúde. Considerando os profissionais que estavam trabalhando na época, alcançou-se um taxa de 76,5% de respondentes válidos, taxa de resposta considerada muito boa segundo Babbie (1999). Dentre os que não participaram, nove não completaram as avaliações e três não aceitaram participar do estudo.

2.3 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa trata-se de um censo dos três municípios estudados, possui caráter exploratório, com objetivos descritivos e correlacionais. Com o delineamento proposto pretendeu-se produzir estatísticas para descrição dos principais fenômenos estudados - o estresse ocupacional e esgotamento profissional, adotados aqui como desfechos do estudo e as demais variáveis investigadas denominadas como potenciais fatores explicativos do desfecho proposto. Seguindo o caráter exploratório deste estudo, propõem-se a investigação de possíveis associações entre os desfechos estudados e a variáveis explicativas. Para mensurar as variáveis propostas foram utilizados instrumentos sigilosos, auto-aplicáveis, com questões estruturadas e semi-estruturadas, aplicados em grupo, durante duas seções. Tais instrumentos fazem parte de uma bateria de avaliações presentes no “questionário de saúde do trabalhador” utilizado no estudo *“Avaliação de Condições de Saúde entre Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde”*, divididos em parte I e II (ANEXOS I a IX).

Apenas participaram aqueles profissionais que aceitaram responder os questionários de forma livre e esclarecida. Como critério de inclusão adotou-se que todos os profissionais que estavam atuando na APS dos municípios seriam elegíveis para participar do estudo. Como critério de exclusão adotou-se que não seriam incluídos aqueles profissionais que estavam de férias ou afastados do trabalho por algum motivo e aqueles que não tivessem respondido uma das duas partes do questionário ou que apresentassem mais de 80% de suas

respostas inválidas (brancas ou nulas). Toda aplicação foi agendada com os gerentes de Unidade de Saúde da Família (USF) e um único aplicador treinado forneceu as instruções para aplicação em todos os municípios. A fim de controlar melhor o processo de aplicação, contou-se ainda com o auxílio de mais dois pesquisadores treinados para recolher os questionários e esclarecer quaisquer dúvidas.

2.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através do parecer nº352/2009 (ANEXO X e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ANEXO XI). Todos os procedimentos adotados foram anteriormente negociados com a secretaria de saúde de cada município e os coordenadores de atenção primária dos municípios. Os profissionais tiveram suas horas de trabalho liberadas para participar voluntariamente da pesquisa e todo planejamento visou interferir o mínimo possível na rotina dos profissionais. Foi oferecido a todos os municípios um retorno coletivo dos resultados utilizando uma linguagem adaptada aos participantes e visando transmitir informações acerca da prevenção do estresse no trabalho e promoção de saúde ocupacional.

2.5 Instrumentos

Os instrumentos para avaliação de estresse ocupacional e esgotamento profissional utilizados neste estudo são instrumentos adaptados e validados para utilização na população brasileira, apresentando propriedades psicométricas satisfatórias, sendo considerados adequados para aplicação na população deste estudo. A escolaridade de todos os profissionais de saúde estudados era igual ou superior ao ensino médio completo sendo adequada para utilização dos instrumentos. Através do teste piloto realizado, e nas aplicações subsequentes, não foram identificados problemas no processo de resposta aos questionários. Toda a aplicação foi auxiliada por pesquisadores treinados para responder eventuais dúvidas,

utilizando linguagem e termos adequados para não gerar vieses de resposta. Devido à quantidade de instrumentos presentes no questionário completo, optou-se por realizar a aplicação em dois dias consecutivos, separando os questionários em parte I e parte II. A seguir são elencados unicamente os instrumentos que foram utilizados no presente estudo.

a) Questionário para caracterização dos profissionais e sua atuação: não se configura dentro do conjunto dos instrumentos psicométricos, é composto por questões adaptadas do estudo de Silva e Menezes (2008) e de Trindade (2007) sobre esgotamento profissional e síndrome de esgotamento profissional entre agentes comunitários de saúde. As questões estão divididas entre as partes referentes aos questionários I e II que se encontram em anexo.

Na parte I é apresentado um único grupo de questões para caracterização dos profissionais:

1) Aspectos individuais: envolvendo questões sobre prática de atividades física; participação em culto religioso; uso de tranquilizantes ou calmantes para dormir; uso de tabaco; atividades de lazer (ANEXO IV).

Já na parte II do questionário as questões são agrupadas em duas categorias:

2) Questionário sócio- demográfico: com questões relativas ao gênero; idade; profissão; prática religiosa; escolaridade máxima; renda familiar; profissão; tempo de serviço; treinamentos já recebidos; satisfação com o trabalho; atividades executadas fora do trabalho. (ANEXO VII).

3) Área de Cobertura da Equipe (ANEXO IX): zona da área de atuação, percepção de riscos associados com o trabalho, característica de infraestrutura básica da área de cobertura e avaliação do principal problema da área de cobertura e perspectiva de aposentadoria.

b) Escala de estresse no trabalho (EET):

A EET foi adotada para avaliar o desfecho de estresse ocupacional, sendo baseada em indicadores de estresse organizacional de origem psicossocial. A versão utilizada conta com 23 itens analisados através de uma escala de concordância do tipo “Likert” de 5 pontos, cada item apresenta um tipo de estressor e um tipo de reação a este estressor. Esta versão utilizada foi validada considerando seu fator geral, contando com todos os seus itens, que atribui escores variando de 23 até 115 pontos e apresenta boas evidências de validade de construto e confiabilidade (Paschoal e Tamayo, 2004). No presente estudo a escala apresentou boa confiabilidade (Alfa de Cronbach = 0,92). Utilizou-se como indicador a classificação de altos e baixos escores utilizando como ponto de corte a mediana dos escores dos profissionais estudados. Os altos escores foram adotados como indicativos de estresse ocupacional (ANEXO VII).

No ANEXO XII é apresentado cópia do e-mail em que o presente autor solicita a autorização de uso desta escala para a autora do artigo do seu artigo de validação (Paschoal e Tamayo 2004). Neste e-mail, o autor desta dissertação recebe autorização do seu uso, condicionado à citação das fontes originais da escala.

c) Inventário de Esgotamento Profissional de Maslach:

A escala também conhecida pelo seu título original “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) de autoria de Maslach e Jackson (1981) foi utilizada neste estudo para mensurar o desfecho denominado indicativo de esgotamento profissional. Este instrumento aborda três dimensões independentes avaliadas nas seguintes sub-escalas: (1) Exaustão emocional (nove itens) que avalia sentimentos de estar desgastado emocionalmente e exausto pelo trabalho; (2) Despersonalização (cinco itens) avalia a falta de sensibilidade e respostas impessoais com

relação aos usuários; (3) Realização pessoal (oito itens) avalia sentimentos de competência com relação ao trabalho com pacientes. No total o instrumento possui 22 itens e suas respostas são a frequência, em uma escala de 1 (nunca) até 5 (diariamente), em que o entrevistado percebe ou vivencia um sentimento ou atitude relacionada ao trabalho. No Brasil, tal instrumento foi traduzido e adaptado inicialmente por Lautert (1995) e também por Robayo-Tamayo (1997), com evidências de validade e itens das escalas apresentados por Carlotto e Câmara (2007) fruto de um estudo utilizando uma amostra multiprofissional. O MBI já foi utilizado no Brasil em outras situações com profissionais de saúde, (Borges, Argolo *et al.*, 2002; Borges, Argolo *et al.*, 2006; Tucunduva, Garcia *et al.*, 2006), inclusive na APS entre agentes comunitários de saúde (Trindade, 2007; Silva e Menezes, 2008). No presente estudo, utilizou-se a classificação de presença de indícios de esgotamento profissional seguindo os critérios de Grunfeld e colaboradores (2000) em que os participantes que apresentam escores acima do percentil 75 nas sub-escalas de Exaustão Emocional ou Despersonalização são considerados com indicativos de esgotamento profissional, assim como aqueles que apresentam escores abaixo do percentil 25 para Realização Pessoal. Os valores de confiabilidade calculados através do Alfa de Cronbach das escalas utilizadas no presente estudo foram os seguintes: Exaustão Emocional= 0,83; Realização Pessoal= 0,79; e Despersonalização= 0,49.

No ANEXO XIII é apresentada a cópia do e-mail em que o presente autor solicita a autorização de uso da escala para a primeira autora do artigo da versão brasileira do MBI (Carlotto e Câmara, 2007). Neste e-mail, a autora informa que para o seu uso basta citar à fonte original, como é feito na presente dissertação.

2.6 Análises dos dados

Os dados quantitativos, característicos dos questionários estruturados, escalas psicométricas e de outras informações categóricas, coletados passaram por um processo de

dupla digitação em um banco de dados da versão 15.0 do software Statistical Package for Social Science - SPSS®. As duas versões da digitação foram submetidas a um processo de comparação utilizando o software Epi Info 3.5 para detectar eventuais erros de digitação. Foi encontrada uma taxa de erro de 3%, em grande parte referentes à classificação de respostas faltantes. Todas as variáveis que apresentaram discordância entre as versões foram corrigidas com base no questionário original. Após a construção deste banco de dados corrigido, os dados foram organizados de acordo com os propósitos das análises e exportados novamente para o SPSS.

As análises estatísticas descritivas foram realizadas de acordo com o tipo de variável e sua distribuição. Medidas de frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), média (M), mediana e desvio padrão (DP) foram utilizadas para caracterização da população em função das variáveis estudadas. Os dados das escalas psicométricas foram submetidos à análise de confiabilidade, utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach.

Apesar de tratar-se de um censo, de forma exploratória, foram realizadas análises inferenciais, considerando a população estudada como uma amostra aleatória simples para avaliar o relacionamento entre as variáveis estudadas. Dois tipos de análises foram conduzidas. No primeiro momento, cada um dos desfechos (esgotamento profissional e estresse ocupacional) foi cruzado com cada uma das variáveis explicativas estudadas (dados sócio-demográficos, aspectos do trabalho, estilo de vida, infra-estrutura da área de atuação percepção de risco no trabalho e identificação de problemas a serem resolvidos). O indicador de desfecho adotado para esgotamento profissional foi construído a partir da identificação de ao menos um fator alto para exaustão emocional ou despersonalização (casos acima do percentil 75), ou ainda a classificação baixa para realização profissional (casos abaixo do percentil 25). Já para o estresse ocupacional a mediana foi utilizada para a construção do indicador. Em um segundo momento, as variáveis que apresentaram

associação com os desfechos nas análises iniciais foram utilizadas para em conjunto construir um modelo explicativo para o estresse ocupacional e esgotamento profissional, conforme apresentados a seguir.

Para facilitar o entendimento dos dados e análise das associações, a identificação da presença de alto estresse ocupacional ou indicativo positivo de esgotamento profissional foi categorizado no SPSS com a resposta “sim=1” e o indicativo negativo de ambas as variáveis foi categorizado como “não=0”. O mesmo procedimento foi realizado para todas as variáveis explicativas, com exceção da cidade, sendo assim, estas se tornaram também indicadores, com a presença de determinada característica sendo categorizada como “sim=1” e sua ausência como “não=0”. Para a categorização das variáveis quantitativas, utilizou-se a mediana como ponto de corte. Para as variáveis qualitativas que não eram dicotômicas utilizou-se uma categorização de referência (indicada na frente do nome da variável) que tinha então a sua presença ou ausência indicada por 0 ou 1. No caso das questões que eram semi-estruturadas (percepção de risco e identificação de problemas no trabalho), as respostas foram categorizadas por dois pesquisadores, cada uma das categorias principais representou uma variável do tipo dicotômica que indicava se o participante possuía em sua resposta uma das categorias.

Cada um dos desfechos e cada uma das variáveis explicativas foram cruzadas através de tabelas do tipo 2x2 para o cálculo do *Odds Ratio*(OR) que aponta em que medida a presença de uma variável explicativa aumenta a probabilidade de identificação de presença de uma classificação positiva do desfecho. O valor de *Odds Ratio* **igual a 1** indica que a proporção de respostas positivas da variável explicativa não está associada com o aumento ou diminuição da proporção de respostas positivas para o desfecho. Os valores de *Odds Ratio* **abaixo de 1** indicam que a proporção de respostas positivas da variável explicativa está associada com uma menor proporção de respostas positivas no desfecho, já os valores

acima de 1 indicam que a proporção de respostas positivas da variável explicativa está associada com uma maior proporção de resposta positivas ao desfecho. Para cada *Odds Ratio* estimado foi calculado o seu intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Para avaliar se estas relações entre as proporções observadas possuíam relacionamento estatisticamente significativo foram calculados os valores de *Qui-Quadrado de Pearson* para cada tabela e o valor de p de cada associação, utilizando o teste exato de *Fisher* para os casos em que foram violadas as propriedades do *Qui-Quadrado*.

As variáveis explicativas que apresentaram associações estatisticamente significativas com os desfechos com valores de $p < 0,10$, consideradas aqui como significâncias marginais (Field, 2005), foram selecionadas como co-variáveis para comporem modelos explicativos de estresse ocupacional e esgotamento profissional. Considerando a natureza dicotômica dos desfechos, optou-se por utilizar uma regressão logística para avaliar a capacidade preditiva das variáveis explicativas como co-variáveis para cada desfecho adotado. Utilizou-se esta técnica estatística também para identificar valores de significância e *Odd Ratio* ajustados de cada variável ao se controlar os efeitos das demais variáveis. Considerando o objetivo exploratório deste estudo, optou-se por seguir a recomendação de Field (2005) de utilizar o método de entrada de variáveis denominado *Backward Stepwise* para maximização das razões de verossimilhança. Neste método, em seu passo inicial, todas as variáveis entram no modelo e nos passos seguintes busca-se retirar do modelo as variáveis que menos contribuem para o seu ajuste.

A decisão para manutenção ou remoção de uma variável é feita ao se comparar a razão de verossimilhança do modelo sem a variável com o modelo com todas as variáveis. Para avaliação do seu ajuste aos dados, utilizou-se o teste de *Hosmer e Lemeshow* que indica que o modelo está ajustado aos dados para valores do teste que apresentam $p > 0,05$. O teste de ajuste do modelo foi complementado pelo valor de R_n^2 de *Nagelkerke* para avaliação da

significância substantiva do modelo através de um indicador que varia de 0 a 1 e pode ser compreendido como análogo à variância explicada de um modelo de regressão linear. A avaliação de quão melhor o modelo construído era capaz de prever o desfecho foi feita através de sua comparação com um modelo em que somente a constante é utilizada para prever a categoria com maior proporção, a hipótese nula de que o modelo final tinha mesma capacidade preditiva do que o modelo somente com a constante foi avaliada através do teste de *Omnibus* para os coeficientes do modelo, adotando o valor de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula. Adicionalmente foi avaliada a multicolineariedade entre as variáveis, aquelas que estavam altamente associadas foram excluídas do modelo.

2.7 Resultados

Variáveis Sócio-Demográficas

Participaram do estudo 107 profissionais distribuídos entre as cidades de Rio Novo (n=42), São João Nepomuceno (n= 39) e Lima Duarte (n= 26). A população estudada constituiu-se por uma maioria feminina (83,3%), com média de idade de 32,9 anos (DP=10 anos) e idade mediana de 29 anos e meio, sendo que 50,5% possuíam cônjuge e 54,2% não possuíam filhos. A renda mensal média foi de aproximadamente R\$ 2.118,00 ao considerar a renda de toda a família, sendo que a renda mediana foi de R\$ 1.300,00, representando uma distribuição assimétrica positiva que pode ser observada através das faixas de renda em salários mínimos da época, já que 47,6 % tinham renda de até 3 salários mínimos, 34,0% entre 4 e 6 salários e 18,4% acima de 6 salários mínimos. Com relação à escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo (55,1%), sendo que 34,6% faziam algum curso, ou assistiam a algum tipo de aula regularmente na época da pesquisa. Os resultados sócio-demográficos são apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Dados Sócio-demográficos dos 107 profissionais de atenção primária dos Municípios de Rio Novo, São João Nepomuceno e Lima Duarte (ano 2009).

Variáveis Sócio-Demográficas		n	%		
Cidade	Rio Novo	42	39,3		
	São João Nepomuceno	39	36,4		
	Lima Duarte	26	24,3		
Sexo	Feminino	89	83,2		
	Masculino	18	16,8		
Possui Cônjuge	Sim	53	49,5		
	Não	52	48,6		
	Ignorados	2	1,9		
Escolaridade Máxima	Ensino Médio	60	55,1		
	Ensino Técnico	26	24,3		
	Curso Superior	11	10,3		
	Pós-Graduação	11	9,3		
	Ignorados	1	0,9		
Estuda Atualmente	Não	65	60,7		
	Sim	37	34,6		
	Ignorados	5	4,7		
Possuir filho(a)s	Não	59	54,1		
	Sim	50	45,9		
Variáveis quantitativas		n	Mediana	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)		106	29,5	32,92	10,00
Renda familiar mensal (reais)		104	1.300,00	2.118,34	2.403,93

Fonte: Do autor

Aspectos do Trabalho

Os agentes comunitários de saúde representaram a maior parte dos profissionais estudados (64,5%), como já esperado pela própria proporção de profissionais designados em cada equipe. Também seguindo o esperado, a categoria profissional com menor proporção foram os médicos, representando 3,7% da população estudada. Contudo, a relação de profissionais para cada médico seguiu as seguintes proporções, superiores à esperada: Agentes comunitários 17:1; técnicos de enfermagem 4:1; enfermeiros 2:1; e dentistas e auxiliares de saúde bucal 1:1.

Com relação à área de atuação, a maior parte, 74,8%, trabalhava exclusivamente na área urbana dos municípios, sendo que o restante trabalhava em setores exclusivamente rurais ou que possuíam alguma intercessão com a área rural.

O primeiro emprego da maior parte dos profissionais foi na própria ESF (82,2%), sendo que o tempo de trabalho mediano na ESF foi de aproximadamente três anos, com tempo médio de aproximadamente quatro anos (DP= 4 anos). Especificamente com relação ao tempo em que exerciam sua profissão, incluindo o tempo de trabalho anterior à ESF, encontrou-se que o tempo mediano era de aproximadamente quatro anos, com tempo médio de seis anos e seis meses (DP= 7 anos e 8 meses). Menos da metade dos profissionais (46,7%) declarou que pretendia aposentar-se trabalhando na ESF. Com relação ao treinamento para atuar na ESF 24,3% ainda não tinham recebido. Com relação à satisfação geral no trabalho, 77,6%, consideravam-se satisfeito ou muito satisfeito sendo que o restante possuía algum grau de insatisfação no trabalho ou eram neutros. Os dados relativos aos aspectos do trabalho são apresentados em detalhes na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Aspectos do trabalho dos 107 profissionais de atenção primária à saúde dos municípios de Rio Novo, São João Nepomuceno e Lima Duarte (Ano 2009).

Aspectos do Trabalho	n	%	
Profissão Atual	Agente comunitário	69	64,5
	Tec/Aux. Enfermagem	16	15,0
	Enfermeiro	8	7,5

	Tec/Aux. Saúde Bucal	5	4,7	
	Dentista	5	4,7	
	Médico	4	3,7	
Zona de Atuação	Urbana	80	74,8	
	Rural	24	22,4	
	Não Válidos	3	2,8	
Satisfação no Trabalho	Muito insatisfeito	1	0,9	
	Insatisfeito	9	8,4	
	Neutro	14	13,1	
	Satisfeito	64	59,8	
	Muito Satisfeito	19	17,8	
Recebeu Treinamento para atuar na ESF	Sim	81	75,7	
	Não	26	24,3	
O primeiro emprego foi na ESF	Sim	88	82,2	
	Não	19	17,8	
Deseja Aposentar-se no PSF	Não	50	46,7	
	Sim	48	44,9	
	Ignorados	9	8,4	
Dias inteiros ausentes do trabalho por motivo de saúde (últimos 12 meses)	Nenhum	65	60,7	
	Até 9 dias	34	31,8	
	De 10 a 24 dias	7	6,5	
	De 25 a 99 dias	1	0,9	
	n	Mediana	Média	Desvio Padrão
Tempo de Exercício Profissional (anos)	106	4,1	6,5	7,7
Tempo de Trabalho na ESF (anos)	104	3,2	4,1	4,0

Fonte: Do autor

Estilo de Vida

Com relação ao estilo de vida, 43,9% dos participantes declararam que não realizavam atividades físicas durante a semana e 33,6% declararam não realizar atividades de lazer. A frequência a cultos religiosos ao menos uma vez por semana foi relatada por 63,6%. O uso de tabaco foi relatado por 15,9% dos participantes e o uso de remédios tranquilizantes, calmantes

ou “remédios para dormir” foi relatado por 11,2% dos profissionais. Os dados são apresentados em detalhes na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Aspectos de Estilo de Vida dos 107 profissionais de atenção primária dos Municípios de Rio Novo, São João Nepomuceno e Lima Duarte (ano 2009).

Variáveis de Estilo de Vida		N	%
Atividades físicas na Semana	Nenhum dia	47	43,9
	Um	7	6,5
	Dois	8	7,5
	Três	14	13,1
	Quatro	5	4,7
	Cinco	19	17,8
	Seis ou Mais	5	4,7
	Ignorados	2	1,9
Frequência a Culto Religioso na Semana	Nenhum dia	39	36,4
	Um	44	41,1
	Dois	11	10,3
	Três	5	4,7
	Quatro	1	0,9
	Cinco	3	2,8
Uso de Remédios tranqüilizantes, “Calmantes” para “Dormir”	Seis ou Mais	4	3,7
	Não	94	87,9
	Sim	12	11,2
Uso de Tabaco	Ignorados	1	0,9
	Não	89	83,2
	Sim	17	15,9
Atividade de Lazer	Ignorados	1	0,9
	Não	36	33,6
	Sim	71	66,4

Infraestrutura básica

Ao serem perguntados acerca da infraestrutura básica das áreas em que trabalham, os profissionais relataram que ao menos um dos setores em que atuam não possuía saneamento de esgoto, sendo o mais frequente (33,6%), seguido por pavimentação ou calçamento (31,8%), saneamento de água (29,9%), acesso por transporte público (22,4%) e coleta de lixo (21,5%). A ausência de acesso à escola pública foi o menos frequente, com 6,5% dos participantes relatando que na área em que trabalhavam não possuía acesso à escola pública (**TABELA 4**).

Todos os aspectos de infraestrutura básica analisados apresentaram entre si correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$, teste do Qui-quadrado), indicando que a ausência de um dos fatores estava relacionada com a identificação de ausência dos outros fatores. Considerando esta característica, construiu-se um indicador integrado denominado de “infraestrutura completa” que agrega as respostas relacionadas a este aspecto. O indicador também foi do tipo dicotômico e indicou a ausência de pelos menos um dos fatores de infraestrutura básica ou a presença de todos os aspectos avaliados. Dessa forma, o indicador apontou que a maior parte dos profissionais, 57,9% identificou que, em sua área de atuação, existe ao menos um problema de infraestrutura básica (**TABELA 4**)

Tabela 4 – Aspectos de Infraestrutura básica da área de atuação dos 107 profissionais de atenção primária dos Municípios de Rio Novo, São João Nepomuceno e Lima Duarte (ano 2009).

Infraestrutura básica	Não Possui		Possui	
	n	%	n	%
Infraestrutura completa	62	57,9	45	42,1
Saneamento de esgoto	36	33,6	71	66,4
Pavimentação ou calçamento	34	31,8	73	68,2
Saneamento de água	32	29,9	75	70,1
Acesso por transporte público	24	22,4	83	77,6
Coleta de lixo	23	21,5	84	78,5
Acesso à escola pública	7	6,5	100	93,5

Fonte: Do autor

Percepção dos principais riscos da área de atuação

Quando perguntados se o trabalho executado apresentava risco, 71% dos profissionais responderam de forma afirmativa. Em seguida, através de uma pergunta semi-estruturada, os profissionais responderam quais seriam os principais riscos que eles estariam expostos. As respostas foram categorizadas, sendo que o risco mais frequentemente apontado foi a contaminação por doenças, incluindo os acidentes com materiais perfuro-cortantes, relatado por 42% dos profissionais. Em seguida, a presença de animais soltos nas ruas e casas, tais como cachorros, bois e cobras, foi apontado por 25% dos profissionais. O trabalho em lugares

desertos, com pouco acesso e trânsito de pessoas foi apontando como um risco por 10,5% dos participantes, os quais relataram que poderiam nessas situações serem atacados por pessoas desconhecidas ou mesmo usuários do serviço.

Os riscos apontados com frequências menores que 10% de identificação de presença no ambiente de trabalho foram: os riscos associados com áreas que possuem tráfico de drogas e marginalidade (7,6%) , seguido pelo desgaste físico e emocional da profissão (6,7%), a violência física e verbal dos usuários do serviço (6,7%) e por fim a exposição solar (5,7%).

(TABELA 5)

Tabela 5 – Percepção de Riscos no Trabalho na área de atuação dos 107 profissionais de atenção primária dos Municípios de Rio Novo, São João Nepomuceno e Lima Duarte (ano 2009).

Percepção de Risco	Sim		Não	
	n	%	n	%
Trabalho na ESF possui riscos	76	71,0	31	29,0
Principais Riscos identificados*				
Contaminação por doenças	44	41,9	61	58,1
Animais	26	24,8	79	75,2
Lugares Desertos	11	10,5	94	89,5
Tráfico de drogas/marginalidade	8	7,6	97	92,4
Desgaste físico/emocional	7	6,7	98	93,3
Violência física/verbal	7	6,7	98	93,3
Exposição Solar	6	5,7	99	94,3

Fonte: Do autor * Os participantes podiam identificar mais de um tipo de risco no ambiente de trabalho.

Identificação dos principais problemas a serem resolvidos na área de atuação

Quando perguntados acerca do principal problema a ser resolvido na área de cobertura, a maior parte dos profissionais, 73%, identificaram que existia algum problema a ser resolvido. Problemas com o saneamento básico (problemas de saneamento de água, saneamento de esgoto e coleta de resíduos sólidos) foram apontados por cerca de 20% dos profissionais. O segundo problema mais frequente foi relacionado à estrutura e organização da assistência à saúde no município, destacados por 18% dos profissionais. Nesta categoria, estiveram envolvidos problemas que variaram desde a alta demanda aos serviços, problemas na estrutura física das unidades de saúde até dificuldades de comunicação entre profissionais

das equipes. O problema de transporte foi apontado por 12% dos profissionais. Esta categoria envolveu tanto a dificuldade de transporte para os moradores da área de atuação, quanto à dificuldade de locomoção dos profissionais para acessar áreas distantes. A falta de calçamento e pavimentação das ruas foi apontada por cerca de 10% dos profissionais. Os problemas relacionados ao alcoolismo e o consumo de drogas foram apontados por cerca de 9% dos participantes. A situação de pobreza e carência de recursos financeiros das famílias atendidas foi apontada como um dos principais problemas por aproximadamente 8% dos respondentes. Problemas de segurança pública, principalmente associados à violência e o desemprego foram destacados por 5,6% dos participantes (**TABELA 6**)

Tabela 6. Identificação dos principais problemas a serem resolvidos na área de atuação dos 107 profissionais de atenção primária dos Municípios de Rio Novo, São João Nepomuceno e Lima Duarte (ano 2009).

Principais problemas a serem resolvidos	Sim		Não	
	n	%	n	%
Identificação de algum problema	78	72,9	29	27,1
Principais Problemas identificados*				
Saneamento básico	21	19,6	86	80,4
Estruturais do serviço	19	17,8	88	82,2
Transporte	14	13,1	93	86,9
Calçamento de ruas	11	10,3	96	89,7
Alcoolismo/drogas	10	9,3	97	90,7
Pobreza	9	8,4	98	91,6
Segurança Pública/Violência	6	5,6	101	94,4
Desemprego	6	5,6	101	94,4

* Os participantes podiam identificar mais de um tipo de problema a ser resolvido trabalho.

Esgotamento Profissional

Desconsiderando os casos faltantes, 101 profissionais foram classificados através desse indicador, sendo que 41,6% destes apresentaram indicação positiva para esgotamento profissional. A média dos escores para exaustão emocional encontrada na população (n=101) foi de 20,30 (DP=6,50), sendo o valor máximo 40 pontos e o mínimo de 9 pontos. Foram considerados com níveis baixos de exaustão emocional 21,1% dos profissionais, com níveis médios 52,3% e considerados com níveis altos 20,6%. A média dos escores para

despersonalização encontrada na população estudada (n=106) foi de 7,84 (DP=2,77), sendo o valor máximo 16 pontos e o mínimo 5 de pontos. Foram considerados com níveis baixos de exaustão emocional 28,0% dos participantes, apresentando níveis médios 50,0% e níveis altos 21,1%. A média dos escores para realização profissional encontrada na amostra (n=101) foi de 34,83 (DP=5,09) sendo o valor máximo 40 e o mínimo 18. Foram considerados com níveis baixos de realização profissional 21,5% dos profissionais, com níveis médios 55,4% e níveis altos 20,6%.

Estresse Ocupacional Geral

Os escores da escala de estresse ocupacional geral foram calculados apenas entre aqueles participantes que responderam todos os itens da escala (n= 102). O valor do escore médio da escala foi de 53,3 pontos (DP= 18,33) e o escore mediano de 54 pontos, sendo o valor máximo da população 97 e o mínimo 23. Foram classificados com indicadores de alto estresse ocupacional 48,0% dos participantes

Ao analisar a média dos itens que apresentam pontuações acima do neutro da escala (escores > 3) entre os profissionais classificados com alto estresse ocupacional encontrou-se que os três itens que mais contribuíram para os elevados escores foram: discriminação/favoritismo no trabalho (M=4,13; DP= 1,07), seguido por deficiência de informações sobre decisões (M=3,70; DP=1,12); pouca valorização dos profissionais por parte dos supervisores (M=3,68; DP= 1,12); poucas perspectivas de crescimento na carreira (M=3,49 ; DP=1,15); realização de tarefas que estão além da capacidade do profissional (M=3,25 ; DP=1,40); tratamento ruim do supervisor na frente de colegas de trabalho (M=3,21 ; DP=1,55); distribuição inadequada das tarefas (M=3,15 ; DP=0,97); deficiência nos treinamentos para capacitação profissional (M= 3,13; DP= 1,19); ter um trabalho bem feito encoberto pelo supervisor na frente de outras pessoas (M=3,08 ; DP=1,44); problemas com o controle existente no trabalho (M=3,02 ; DP=1,03); e falta de autonomia (M=3,02 ;

DP=1,13). Entre o grupo classificado com baixo estresse todos os itens apresentaram escores médios inferiores a três pontos.

Associações entre aspectos sócio-demográficos esgotamento profissional e estresse ocupacional

Esgotamento profissional

A variável sexo apresentou associação significativa com o indicativo de esgotamento profissional ($p < 0,01$). Os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de possuírem uma classificação positiva quando comparados às mulheres. A idade também esteve associada com o esgotamento ($p = 0,05$). Os profissionais que possuíam 30 anos ou mais anos apresentaram 55% menos chances de apresentarem esgotamento quando comparados com os que possuíam 29 anos ou menos. As demais variáveis sócio-demográficas não apresentaram relacionamento estatisticamente significativo, indicando que escolaridade máxima, estudar atualmente, possuir renda acima de R\$ 1.300,00 e possuir filhos e município não estão associados ao esgotamento nesta população.

Estresse Ocupacional

Dentre as variáveis sócio-demográficas, apenas o sexo dos participantes apresentou relação com o estresse ocupacional. Os profissionais do sexo masculino possuíam aproximadamente 3,5 vezes mais chances de serem classificados com alto estresse ocupacional ($p = 0,02$). (TABELA 7)

Tabela 7. Análises bi-variadas entre as classificações positivas de Esgotamento Profissional, Estresse Ocupacional Alto e variáveis sócio-demográficas entre os profissionais de APS de Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno (Ano 2009).

Variáveis Sócio-demográficas	Classificação Positiva para Esgotamento				Classificação Positiva para Estresse Ocupacional				
	n	f	OR(IC95)	p**	n	f	OR(IC95)	p**	
Sexo (Masculino)	0Não	83	82,2	1	0Não	84	82,4	1	0,02
	1Sim	18	17,8	1,99 (0,71 - 5,58)	1Sim	18	17,6	3,47 (1,13 - 10,61)	

Idade (>mediana 29,5anos)	0Não	49	49,5	1	0,05	0Não	50	50,5	1	0,19
	1Sim	50	50,5	0,45 (0,20 - 1,02)		1Sim	49	49,5	0,59 (0,27 - 1,30)	
Possui Cônjuge	0Não	48	48,5	1	0,09	0Não	50	50,0	1	0,42
	1Sim	51	51,5	0,50 (0,22 - 1,13)		1Sim	50	50,0	0,73 (0,33 - 1,59)	
Escolaridade Máxima (Nível Superior)	0Não	80	80,0	1	0,42	0Não	80	79,2	1	0,33
	1Sim	20	20,0	1,50 (0,56 - 4,01)		1Sim	21	20,8	0,61 (0,23 - 1,65)	
Estuda Atualmente	0Não	60	61,9	1	0,96	0Não	61	62,9	1	0,81
	1Sim	37	38,1	1,02 (0,44 - 2,36)		1Sim	36	37,1	1,10 (0,48 - 2,52)	
Possui Filho	0Não	55	54,5	1	0,20	0Não	56	54,9	1	0,66
	1Sim	46	45,5	0,59 (0,27 - 1,33)		1Sim	46	45,1	0,84 (0,38 - 1,84)	
Renda Familiar (>mediana R\$1.300,00)	0Não	49	50,5	1	0,46	0Não	52	53,1	1	0,83
	1Sim	48	49,5	0,74 (0,33- 1,66)		1Sim	46	46,9	0,92 (0,41 - 2,03)	

Fonte: DoAutor **Valor de p calculado utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção exata de Fisher para os cruzamentos com células que apresentaram frequências esperadas menores que cinco.

Associações Entre Aspectos Do Trabalho, Estresse Ocupacional E Esgotamento Profissional

Esgotamento profissional

Os profissionais que declararam que o trabalho na estratégia de saúde de família foi a sua primeira experiência profissional apresentaram cerca de quatro vezes mais chances de serem classificados com esgotamento profissional ($p=0,01$). Por sua vez, os que declararam estarem satisfeitos ou muito satisfeitos no trabalho apresentaram 64% menos chances de estarem esgotados ($p=0,03$). As demais variáveis relacionadas com os aspectos do trabalho elencados não apresentaram associação com o esgotamento. **(TABELA 8)**

Estresse Ocupacional

A pretensão de aposentar-se trabalhando na ESF, no caso do estresse ocupacional, apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,03$). Os profissionais que pretendiam se aposentar na ESF apresentaram 51,% menos chances de serem classificados com estresse ocupacional alto. Ter recebido treinamento para atuar na saúde da família também esteve associado ao estresse ocupacional, indicando que os profissionais treinados

apresentam cerca de aproximadamente 3,7 vezes mais chances de relatarem níveis de estresse acima do mediano para esta população (**TABELA 8**)

Tabela 8 - Análises bi-variadas entre as classificações Esgotamento Profissional e Estresse Ocupacional e Aspectos do Trabalho entre os profissionais de APS de Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno (Ano 2009)

Variáveis	Classificação Positiva para Esgotamento				Classificação Positiva para Estresse Ocupacional				
	n	f	OR(IC95)	p**	n	f	OR(IC95)	p**	
Tempo de profissão (> mediana 49,5)	0Não	51	51,0	1	0Não	51	50,5	1	0,33
	1Sim	49	49,0	1,49 (0,67 - 3,31)	1Sim	50	49,5	1,32 (0,6 - 2,88)	
Tempo no ESF (> 39,0)	0Não	50	51,0	1	0Não	51	51,5	1	0,11
	1Sim	48	49,0	1,94 (0,86 - 4,38)	1Sim	48	48,5	1,84 (0,83 - 4,08)	
1º Emprego foi a ESF	0Não	84	83,2	1	0Não	85	83,3	1	0,01
	1Sim	17	16,8	4,32 (1,39-13,44)	1Sim	17	16,7	1,68 (0,59 - 4,84)	
Foi treinado para atuar na ESF	0Não	25	24,8	1	0Não	24	23,5	1	0,11
	1Sim	76	75,2	2,2 (0,82 - 5,86)	1Sim	78	76,5	3,69 (1,32 - 10,28)	
Satisfeito no trabalho	0Não	23	22,8	1	0Não	22	21,6	1	0,03
	1Sim	78	77,2	0,36 (0,14 - 0,94)	1Sim	80	78,4	0,44 (0,17 - 1,18)	
Atua na Área Rural	0Não	77	77,8	1	0Não	76	76,8	1	0,66
	1Sim	22	22,2	1,24 (0,48 - 3,21)	1Sim	23	23,2	0,48 (0,18 - 1,26)	
Profissão (Nível Superior)	0Não	85	84,2	1	0Não	85	83,3	1	0,19
	1Sim	16	15,8	1,24 (0,48 - 3,21)	1Sim	17	16,7	0,53 (0,18 - 1,57)	
Pensa em aposentar-se na ESF	0Não	49	52,7	1	0Não	49	52,7	1	0,09
	1Sim	44	47,3	0,49 (0,21 - 1,13)	1Sim	44	47,3	0,39 (0,17 - 0,91)	
Ausência no trabalho por motivo de saúde	0Não	61	60,4	1	0Não	62	60,8	1	0,33
	1Sim	40	40	1,49 (0,67 - 3,35)	1Sim	40	39,2	1,87 (0,84 - 4,19)	

Fonte: Do Autor, **Valor de p calculado utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção exata de Fisher para os cruzamentos com células que apresentaram frequências esperadas menores que cinco.

Associação entre Estilo de Vida, Estresse Ocupacional e Esgotamento

Esgotamento profissional

Nos cruzamentos bi-variados, o uso de medicamentos apresentou relação estatisticamente significativa com a presença de esgotamento profissional ($p < 0,01$). Os profissionais que relataram frequentar ao menos uma vez por semana algum tipo de culto religioso possuíam 74% menos chances de serem classificadas como possíveis casos de esgotamento profissional quando comparados ao grupo que não frequenta nenhum tipo de culto. O uso de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos esteve associado a

uma chance de aproximadamente 8,7 vezes para a classificação positiva de esgotamento profissional quando comparados aos que não utilizam esses tipos de medicamento ($p < 0,01$). Essa estimativa variou entre aproximadamente 2 vezes até 42 vezes mais chances de apresentar indicativo de esgotamento profissional. As demais variáveis relacionadas ao estilo de vida não apresentaram relacionamento estatisticamente significativos com o esgotamento profissional entre os profissionais de APS (**TABELA 9**).

Estresse Ocupacional

A classificação alta de estresse ocupacional também esteve associada com o uso dos medicamentos citados anteriormente ($p = 0,05$). Aqueles que faziam o seu uso apresentaram uma chance aproximadamente quatro vezes maior de serem classificados com alto nível de estresse ocupacional. Essa estimativa de risco variou de forma expressiva, chegando a representar, no seu limite superior, um risco 14 vezes maior de alto estresse ocupacional, bem como até 5% de proteção em relação ao grupo que não utiliza esses medicamentos. As demais variáveis não apresentaram relacionamento com a classificação de estresse ocupacional. (**TABELA 9**)

Tabela 9. Análises bi-variadas entre as classificações Esgotamento Profissional e Estresse Ocupacional e aspectos relacionados ao estilo de vida entre os profissionais de APS de Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno (Ano 2009)

Estilo de Vida	Classificação Positiva para Esgotamento				Classificação Positiva para Estresse Ocupacional					
	n	f	OR (IC 95%)	p**	n	F	OR (IC 95%)	p**		
Lazer	0 Não	35	34,7%	1	0,54	0 Não	33	32,4%	1	0,72

	1 Sim	66	65,3%	0,77 (0,34- 1,77)		1 Sim	69	67,6%	1,17 (0,51- 2,68)	
	0 Não	83	83,0%	1		0 Não	86	85,1%	1	
Tabaco					0,60					0,29
	1 Sim	17	17,0%	0,75 (0,25- 2,22)		1 Sim	15	14,9%	1,81 (0,59- 5,52)	
*Uso de medicamentos (ansiolíticos, hipnóticos, anti- depressivos)	0 Não	88	88,0%	1		0 Não	90	88,2%	1	
	1 Sim	12	12,0%	8,75 (1,80 - 42,44)	< 0,01	1 Sim	12	11,8%	3,75 (0,95 - 14,78)	0,05
*Culto religioso	0 Não	37	36,6%	1		0 Não	38	37,3%	1	
	1 Sim	64	63,4%	0,26 (0,11 - 0,60)	<0,01	1 Sim	64	62,7%	0,75 (0,33 - 1,67)	0,47
Atividade Física	0 Não	44	44,4%	1		0 Não	45	45,0%	1	
	1 Sim	55	55,6%	0,80 (0,36 - 1,78)	0,59	1 Sim	55	55,0%	1,80 (0,81- 4,00)	0,15

Fonte: Do Autor **Valor de p calculado utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção do exata de fisher para os cruzamentos com frequências esperadas menores que cinco.

Associação entre Infraestrutura básica, Estresse Ocupacional e Esgotamento.

Esgotamento profissional

Com exceção do acesso à escola pública e coleta de lixo, todos os demais fatores apresentaram-se associados significativamente com o esgotamento profissional. Os profissionais que atuavam em áreas que possuíam saneamento de esgoto em todos os seus setores apresentaram 66% menos chances de estarem esgotados ($p=0,01$). O trabalho em locais com presença de calçamento ou pavimentação e saneamento de água foi também um fator de proteção, indicando que os profissionais dessas áreas tinham 58% menos chances estarem esgotados (pavimentação e calçamento, $p=0,04$; saneamento de água, $p=0,05$). Por fim, os trabalhadores dos locais onde se podia ter acesso por meio de transporte público apresentaram 69% menos chances de serem classificados como esgotados. O indicador de infraestrutura básica geral também esteve associado com o esgotamento profissional.

Estresse Ocupacional

Nenhum dos aspectos relacionados à presença ou ausência de infraestrutura básica esteve associado de forma significativa com estresse ocupacional. (TABELA 10)

Tabela 10. Análises bi-variadas entre as classificações Esgotamento Profissional e Estresse Ocupacional e Infraestrutura da área de atuação dos profissionais de APS de Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno (Ano 2009).

Variáveis	Classificação Positiva para Esgotamento					Classificação Positiva para Estresse Ocupacional				
		n	f	OR (IC95)	p**		n	f	OR (IC95)	p**
Infraestrutura Completa	0Não	58	57,4	1	0,05	0Não	59	57,8	1	0,29
	1Sim	43	42,6	0,43 (0,19 - 0,99)		1Sim	43	42,2	0,65 (0,30 - 1,44)	
Saneamento de esgoto	0Não	34	33,7	1	0,01	0Não	34	33,3	1	0,12
	1Sim	67	66,3	0,34 (0,15 - 0,80)		1Sim	68	66,7	0,52 (0,23 - 1,20)	
Pavimentação ou calçamento	0Não	32	31,7	1	0,04	0Não	32	31,4	1	0,26
	1Sim	69	68,3	0,42 (0,18 - 0,98)		1Sim	70	68,6	0,62 (0,27 - 1,44)	
Saneamento de água	0Não	30	29,7	1	0,05	0Não	29	28,4	1	0,98
	1Sim	71	70,3	0,42 (0,17 - 0,99)		1Sim	73	71,6	0,99 (0,42 - 2,33)	
Coleta de lixo	0Não	22	21,8	1	0,06	0Não	22	21,6	1	0,78
	1Sim	79	78,2	0,40 (0,15 - 1,05)		1Sim	80	78,4	1,14 (0,44 - 2,94)	
Acesso por transporte público	0Não	22	21,8	1	0,02	0Não	23	22,5	1	0,65
	1Sim	79	78,2	0,31 (0,12 - 0,84)		1Sim	79	77,5	0,81 (0,32 - 2,05)	
Acesso à escola pública	0Não	6	5,9	1	0,20	0Não	6	5,9	1	1,00
	1Sim	95	94,1	0,33 (0,06 - 1,91)		1Sim	96	94,1	0,92 (0,18 - 4,79)	

Fonte: Do Autor **Valor de p calculado utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção exata de Fisher para os cruzamentos com células que apresentaram frequências esperadas menores que cinco.

Associação entre Percepção de Risco, Estresse Ocupacional e Esgotamento.

Esgotamento profissional e Estresse Ocupacional

Nenhuma das variáveis relacionadas com a percepção de riscos no trabalho esteve associada com a presença de esgotamento ou estresse ocupacional de forma significativa (TABELA 11).

Tabela 11. Análises bi-variadas entre as classificações Esgotamento Profissional e Estresse Ocupacional e Percepção de Riscos no Trabalho entre os profissionais de APS de Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno (Ano 2009).

Variáveis	Classificação Positiva para Esgotamento				Classificação Positiva para Estresse Ocupacional					
		n	f	OR (IC95)	p**		n	f	OR (IC95)	p**
Trabalho arriscado	0Não	29	28,7	1	0,36	0Não	30	29,4	1	0,14
	1Sim	72	71,3	1,52 (0,62 - 3,72)		1Sim	72	70,6	1,93 (0,81 - 4,63)	

Contaminação de doenças	0Não	55	55,6	1	0,47	0Não	59	58,4	1	0,80
	1Sim	44	44,4	1,35 (0,6 - 3,02)		1Sim	42	41,6	1,11 (0,5 - 2,44)	
Animais	0Não	76	76,8	1	0,09	0Não	75	74,3	1	0,28
	1Sim	23	23,2	0,41 (0,15 - 1,16)		1Sim	26	25,7	1,64 (0,67 - 4,05)	
Lugares Desertos*	0Não	89	89,9	1	1,00	0Não	90	89,1	1	0,09
	1Sim	10	10,1	0,94 (0,25 - 3,56)		1Sim	11	10,9	3,19 (0,79 - 12,8)	
Área de tráfico de drogas/marginalidade/Violência	0Não	92	92,9	1	1,00	0Não	93	92,1	1	0,48
	1Sim	7	7,1	1,07 (0,23 - 5,04)		1Sim	8	7,9	1,86 (0,42 - 8,22)	
Desgaste físico/emocional*	0Não	92	92,9	1	0,12	0Não	95	94,1	1	0,11
	1Sim	7	7,1	3,89 (0,72 - 21,13)		1Sim	6	5,9	5,8 (0,65 - 51,5)	
Violência física/verbal*	0Não	92	92,9	1	1,00	0Não	94	93,1	1	0,71
	1Sim	7	7,1	1,07 (0,23 - 5,04)		1Sim	7	6,9	1,45 (0,31 - 6,85)	
Exposição Solar*	0Não	93	93,9	1	1,00	0Não	95	94,1	1	0,43
	1Sim	6	6,1	0,69 (0,12 - 3,97)		1Sim	6	5,9	2,22 (0,39 - 12,72)	

Fonte: Do Autor. **Valor de p calculado utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção exata de Fisher para os cruzamentos com células que apresentaram frequências esperadas menores que cinco.

Associação entre Identificação dos principais problemas a serem resolvidos na área de atuação, Estresse Ocupacional e Esgotamento.

Esgotamento profissional

A identificação de algum problema a ser resolvido na área de atuação ou área de cobertura esteve associada com o esgotamento profissional ($p=0,03$). Os profissionais que identificaram que existe, pelo menos, um problema a ser resolvido apresentaram cerca de três vezes mais chances de apresentarem esgotamento profissional. Já a identificação do saneamento básico como principal problema a ser resolvido no setor de atuação esteve associada significativamente com o esgotamento profissional ($p=0,02$). Os profissionais que apontaram este como um dos principais problemas tiveram cerca de três vezes mais chances de apresentarem esgotamento profissional quando comparados aos demais. As demais variáveis relacionadas à identificação dos principais problemas das áreas de atuação não apresentaram associação com o esgotamento (**Tabela 12**).

Estresse Ocupacional

Nenhuma das variáveis relacionadas à identificação de problemas na área de atuação apresentou associação com o estresse ocupacional (**Tabela 12**).

Tabela 12. Análises bi-variadas entre as classificações Esgotamento Profissional e Estresse Ocupacional e a identificação dos principais problemas a serem resolvidos na área de atuação dos profissionais de APS de Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno (Ano 2009)

Variáveis Principais Problemas da área de atuação	Classificação Positiva para Esgotamento				Classificação Positiva para Estresse Ocupacional					
	n	f	OR (IC95)	p**	n	f	OR (IC95)	p**		
Identifica problema a ser resolvido	0Não	26	25,7	1	0,03	0Não	29	28,4	1	0,98
	1Sim	75	74,3	3,08 (1,11 - 8,52)		1Sim	73	71,6	0,99 (0,42 - 2,33)	
Saneamento básico	0Não	81	80,2	1	0,02	0Não	82	80,4	1	0,76
	1Sim	20	19,8	3,33 (1,2 - 9,28)		1Sim	20	19,6	0,86 (0,32 - 2,29)	
Estrutura e organização do serviço	0Não	82	81,2	1	0,96	0Não	84	82,4	1	0,60
	1Sim	19	18,8	1,03 (0,37 - 2,82)		1Sim	18	17,6	1,44 (0,52 - 4,02)	
Transporte	0Não	89	88,1	1	0,07	0Não	89	87,3	1	0,46
	1Sim	12	11,9	3,24 (0,91 - 11,57)		1Sim	13	12,7	0,64 (0,19 - 2,11)	
Calçamento e Pavimentação	0Não	91	90,1	1	0,74	0Não	92	90,2	1	0,51
	1Sim	10	9,9	1,46 (0,39 - 5,4)		1Sim	10	9,8	1,71 (0,45 - 6,46)	
Problemas associados com Álcool e Drogas	0Não	91	90,1	1	0,52	0Não	92	90,2	1	0,74
	1Sim	10	9,9	0,57 (0,14 - 2,35)		1Sim	10	9,8	0,7 (0,18 - 2,63)	
Famílias Carentes e Pobres	0Não	92	91,1	1	1,00	0Não	93	91,2	1	1,00
	1Sim	9	8,9	1,14 (0,29 - 4,51)		1Sim	9	8,8	0,85 (0,22 - 3,38)	
Segurança Pública (Violência)	0Não	95	94,1	1	0,69	0Não	97	95,1	1	0,67
	1Sim	6	5,9	1,44 (0,28 - 7,49)		1Sim	5	4,9	1,66 (0,27 - 10,4)	
Desemprego	0Não	95	94,1	1	0,69	0Não	96	94,1	1	0,68
	1Sim	6	5,9	1,44 (0,28 - 7,49)		1Sim	6	5,9	0,52 (0,09 - 2,98)	

Fonte: DoAutor **Valor de p calculado utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson, com correção exata de Fisher para os cruzamentos com células que apresentaram frequências esperadas menores que cinco.

Modelos Explicativos para Esgotamento Profissional

As variáveis que apresentaram níveis de associação significativa com o esgotamento profissional com $p < 0,10$ foram separadas em cada um dos seus grupos formando blocos de

variáveis a serem inseridas no modelo de regressão logística do tipo explicativo tendo como desfecho o indicador de presença ou ausência de esgotamento profissional.

Inicialmente, foi avaliada a existência de associação entre as variáveis explicativas a fim de evitar multicolineariedade no modelo. Os principais problemas de multicolineariedade foram encontrados entre as variáveis relacionadas à infra-estrutura, sendo a solução para este problema utilizar o indicador de infra-estrutura completa. Ao adotar este último indicador, observou-se, ainda, que entre principais problemas identificados com $p < 0,10$ (transporte, saneamento básico e identificação de pelo menos um problema) também estavam correlacionados com o indicador de infra-estrutura completa. Considerando que o indicador de existência de infra-estrutura completa é um indicador mais objetivo, tendo sido obtido através de questões estruturadas, optou-se por utilizá-lo no modelo, retirando os problemas de transporte e saneamento básico.

Em relação à hipótese nula, que mantém apenas a constante no modelo explicativo inicial para prever a categoria com maior proporção, o modelo com todas as variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa ($X^2=27,225$; $df=10$; $p < 0,001$), o que indicou que esse modelo é melhor preditor que apenas a constante da equação. A capacidade preditiva do modelo para identificar casos negativos de esgotamento profissional foi de 86,3% e sua capacidade preditiva para os casos positivos foi de 61,1% o que resulta em uma porcentagem média de acertos de 75,9% representando um aumento de 17,3% na porcentagem geral de acertos em relação à constante. O ajuste do modelo em relação aos dados mostrou-se adequado ($p=0,63$; $X^2= 6,168$; $df=8$, teste de Hosmer e Lemeshow), com a capacidade estimada de variância explicada de cerca de 36% ($R^2_{\text{Nagelkerke}}= 0,36$). A única variável presente no modelo que apresentou valor de $p < 0,05$ foi o uso de remédios tranquilizantes, calmantes ou “para dormir”, indicando que controlando o efeito das demais

variáveis os profissionais que faziam uso destes medicamentos possuíam cerca de 9 vezes mais chances de serem classificados com esgotamento profissional. (**TABELA 13**).

Tabela 13. Valores ajustados de Odds Ratio para as variáveis associadas com o indicador de esgotamento profissional através do modelo de regressão logística com entrada de todas as variáveis em conjunto (n=87).

Método de entrada de todas variáveis		B	Erro Padrão	OR _{ajustado}	IC 95%		P
					Inferior	Superior	
Sócio-demográficas	Sexo (Masculino)	0,58	0,72	1,79	0,44	7,28	0,42
	Idade (>mediana 29,5anos)	-0,67	0,64	0,51	0,15	1,80	0,30
	Possui Cônjuge	-0,30	0,58	0,74	0,24	2,29	0,60
Aspectos do Trabalho	1º Emprego na ESF	1,10	0,69	2,99	0,78	11,53	0,11
	Satisfeito no trabalho	-0,71	0,72	0,49	0,12	2,01	0,32
	Aposentaria na ESF	-0,25	0,62	0,78	0,23	2,63	0,69
Estilo de Vida	Culto religioso	-0,71	0,57	0,49	0,16	1,50	0,21
	Uso de remédios	2,24	0,97	9,43	1,41	63,19	0,02*
Percepção de Riscos	Animais	-0,87	0,73	0,42	0,10	1,77	0,24
Infraestrutura	Infraestrutura completa	-0,93	0,59	0,40	0,12	1,27	0,12
	Constante	1,25	0,80	3,50			0,12

Modelo apresentou ajuste adequado aos dados ($p=0,63$; $\chi^2= 6,168$; $df=8$, teste de Hosmer e Lemeshow); $R^2_{Nagelkerke}=0,36$ * valor de $p < 0,05$

O modelo final que buscou alcançar um maior ajuste dos dados em função das razões de verossimilhança das relações entre as variáveis também apresentou diferença estatística em relação à hipótese nula ($X^2=20,371$; $df=4$; $p<0,01$). Este modelo mostrou-se mais parcimonioso ao utilizar apenas 4 variáveis para alcançar uma capacidade preditiva geral de 71,3% de classificação correta dos casos, diferença de 4,65% com relação ao modelo com todas as variáveis. O modelo apresentou melhor ajuste aos dados do que o modelo inicial ($X^2= 0,424$; $df=4$; $p=0,98$ no teste de Hosmer e Lemeshow), contudo, com uma menor explicação da variância de cerca de aproximadamente 28% ($R^2_{Nagelkerke}= 0,28$). As variáveis explicativas que apresentaram significância estatística no modelo foram possuir idade superior a mediana da população (>29,5anos), sendo que ao controlar as demais variáveis no modelo aqueles que possuíam as maiores idades apresentaram 2,7 vezes menos chances de serem classificados com esgotamento profissional. Seguindo uma direção contrária, aqueles que faziam uso de medicamentos apresentaram cerca de 9 vezes mais chances de serem

classificados com esgotamento profissional. Participar de cultos religiosos ao menos uma vez por semana e este ser o seu primeiro emprego permaneceram no modelo como variáveis de ajuste (**TABELA 14**).

Tabela 14. Valores ajustados de Odds Ratio para as variáveis associadas com o indicador de esgotamento profissional através do modelo de regressão logística *backward stepwise* para maximização das razões de verossimilhança (n=87).

Método Backward Stepwise (Razão de Verossimilhança)		B	Erro Padrão	OR _{ajustado}	OR IC 95%		P
					Inferior	Superior	
Sócio-demográficas	Idade (>mediana 29,5anos)	-1,01	0,52	0,37	0,13	1,01	0,05*
Aspectos do Trabalho	1º Emprego na ESF	1,10	0,65	3,00	0,83	10,82	0,09
Estilo de Vida	Culto religioso	-0,94	0,52	0,39	0,14	1,08	0,07
	Uso de remédios	2,21	0,90	9,14	1,57	53,15	0,01*
Constante		0,27	0,53	1,31			0,61

Modelo apresentou ajuste adequado aos dados ($p=0,98$; $\chi^2=0,424$; $df=4$, teste de Hosmer e Lemeshow); $R^2_{Nagelkerke}=0,28$ * valor de $p < 0,05$

Modelos de Explicativo de Regressão Logística para Estresse Ocupacional

Os mesmos critérios de construção do modelo anterior foram utilizados para realização da seleção e entrada das variáveis no modelo de regressão logística. As variáveis que apresentaram níveis de associação significativa com o estresse ocupacional com $p < 0,10$ foram separadas em cada um dos seus grupos formando blocos de variáveis a serem inseridas no modelo de regressão do tipo explicativo, tendo como desfecho o indicador de presença ou ausência de estresse ocupacional. Não foram encontradas evidências importantes de multicolineariedade entre as variáveis explicativas. Dessa forma, todas as variáveis entraram no modelo utilizando o método *backward stepwise* utilizando o critério de razão de verossimilhança. Em relação à hipótese nula que mantinha apenas a constante no modelo explicativo inicial para prever a categoria com maior proporção, o modelo com todas as variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=19,399$; $df=6$; $p < 0,001$), o que indicou que esse modelo é melhor preditor que apenas a constante da equação. A capacidade preditiva do modelo para identificar casos negativos de estresse ocupacional foi de

63,8% e sua capacidade preditiva para os casos positivos foi de 75,6% que resultam em uma porcentagem média de acertos de 69,6%, o que representou um aumento de 18,5% na porcentagem geral de acertos em relação à constante. O ajuste do modelo em relação aos dados mostrou-se adequado ($p=0,88$; $X^2= 3,070$; $df=7$, teste de Hosmer e Lemeshow), com a capacidade estimada de variância explicada de cerca de 25% (R_n^2 Nagelkerke= 0,25). A única variável presente no modelo que apresentou valor de $p<0,05$ foi ter recebido treinamento para atuar na ESF, indicando que controlando as demais variáveis da equação o treinamento aumenta em aproximadamente 3,6 vezes a chance do profissional ser classificado com estresse ocupacional (**TABELA 15**).

Tabela 15. Valores ajustados de Odds Ratio para as variáveis associadas com o indicador de estresse ocupacional através do modelo de regressão logística com entrada de todas as variáveis em conjunto ($n=87$).

Método de entrada de todas variáveis		B	Erro Padrão	OR _{ajustado}	IC 95%		P
					Inferior	Superior	
Sócio-demográficas	Sexo (Masculino)	1,06	0,63	2,88	0,83	9,97	0,09
Aspectos do Trabalho	Treinamento na ESF	1,27	0,59	3,57	1,12	11,36	0,03
	Satisfeito no trabalho	-0,03	0,68	0,97	0,26	3,65	0,96
	Aposentaria na ESF	-0,76	0,50	0,47	0,17	1,25	0,13
Estilo de Vida	Remédio	1,53	0,81	4,63	0,94	22,77	0,06
Percepção de Riscos	Lugares desertos	1,17	0,77	3,21	0,71	14,61	0,13
	Constante	-1,13	0,83	0,32			0,17

O modelo final que buscou alcançar um melhor ajuste dos dados em função das razões de verossimilhança das relações entre as variáveis explicativas com o desfecho também apresentou diferença estatística em relação à hipótese nula ($x^2=16,912$; $df=4$; $p<0,01$). Este modelo mostrou-se mais parcimonioso ao utilizar apenas 4 variáveis, conseguindo alcançar uma capacidade preditiva geral de 70,7% de classificação correta dos casos, representando uma melhora de 1,1% com relação ao modelo com todas as variáveis. Apesar de adequado, o modelo apresentou pior ajuste aos dados do que o modelo inicial ($X^2= 6,867$; $df=7$; $p=0,44$ no teste de Hosmer e Lemeshow), também apresentando uma menor explicação da variância que foi de aproximadamente 22% (R_n^2 Nagelkerke= 0,22). As variáveis explicativas que

apresentaram significância estatística no modelo foram ter sido treinado para atuar na ESF e pretender aposentar-se na ESF. Os profissionais que já foram treinados apresentaram risco de aproximadamente 3,6 vezes de serem classificados com alto estresse ocupacional em relação àqueles que não foram treinados. A pretensão de se aposentar trabalhando na ESF foi um fator protetor para a classificação de indicativa de estresse ocupacional, indicando que os profissionais que apresentavam tal pretensão tinham 54% menos chances de apresentarem estresse ocupacional acima da mediana. A variável sexo e uso de remédios calmantes permaneceram no modelo como variáveis de ajuste.

Tabela 16. Valores ajustados de Odds Ratio para as variáveis associadas com o indicador de estresse ocupacional através do modelo de regressão logística *backward stepwise* para maximização das razões de verossimilhança (n=87).

Método de entrada de todas variáveis		B	Erro Padrão	OR _{ajustado}	IC 95%		P
					Inferior	Superior	
Sócio-demográficas	Sexo (Masculino)	1,00	0,62	2,71	0,80	9,12	0,11
Aspectos do Trabalho	Treinamento na ESF	1,28	0,57	3,59	1,18	10,88	0,02
	Aposentaria na ESF	-0,90	0,46	0,41	0,16	1,00	0,05
Estilo de Vida	Remédio	1,40	0,79	4,04	0,86	19,02	0,08
	Constante	-0,93	0,55	0,39			0,09

CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO

A presente pesquisa investigou a relação entre estresse ocupacional e esgotamento profissional e seus fatores associados, entre profissionais da saúde da família de municípios de pequeno porte. Sua realização justifica-se pela produção restrita de estudos com esta temática na estratégia de saúde da família de municípios de pequeno porte, como apresentado na revisão de literatura realizada. A Estratégia de Saúde da Família tem expandido a sua cobertura, principalmente em municípios de pequeno porte, semelhantes aos investigados no presente estudo. Cerca de 90% dos municípios brasileiros são classificados como de pequeno porte por possuírem menos do que 50 mil habitantes, destes, 48% possuem menos do que 10 mil habitantes e organizam seus serviços de modo semelhante ao encontrado nos municípios estudados (Brasil, 2009). Tais características apontam para a importância da temática do presente estudo, que mesmo tendo o objetivo de ser exploratório, contribui de forma original para a literatura na área.

A taxa de resposta do presente estudo foi considerada adequada seguindo os critérios apresentados por Babbie (1999). Contudo, seria importante realizar uma análise de perdas mais detalhadas para evidenciar se as principais características do universo estão representadas na população investigada. Apesar de terem sido adotadas estratégias para maximizar a taxa de resposta, como a ampla divulgação da pesquisa e negociação com os gestores locais, foi possível observar que a proporção de médicos (17 agentes comunitários por cada médico), por exemplo, foi menor do que a esperada (6 agentes comunitários por cada médico).

Considerou-se que o recurso de analisar as profissões através da categorização entre profissionais de nível superior e médio, pode ter reduzido o problema citado de sub-representação de médicos. De qualquer forma, não foram encontradas diferenças estatísticas entre a variável sem a recategorização e nem mesmo após a recategorização, minimizando um

possível viés para a análise dos resultados. Do mesmo modo, como não foram encontradas diferenças entre os desfechos para os municípios, inclusive em termos de IDH e outras características demográficas, as análises inferenciais podem ser consideradas como feitas para uma população homogênea, de modo que estes problemas não afetariam diretamente os resultados apresentados.

Os dados deste estudo apontam que existe uma predominância de mulheres na população estudada, em acordo com estudos de populações semelhantes, que apontaram para o processo de feminilização do trabalho em saúde, principalmente entre profissões não médicas. Desse modo, a alta proporção de mulheres é um indicativo de que as taxas de resposta foram adequadas para representar a população-alvo. Contudo, o desbalanceamento entre a proporção de homens e mulheres constitui-se como uma ameaça para as análises em função do sexo, que pelo número pequenos de homens tendem a apresentarem correlação sem significância estatística (Camelo e Angerami, 2007; Telles e Pimenta, 2009; Pinto, Menezes *et al.*, 2010). Estudos posteriores com o foco nestas diferenças de sexo e com ênfase em questões de gênero e sua relação com estresse ocupacional seriam interessantes para este campo de estudo.

Ressalta-se que o tempo médio de trabalho na ESF foi de aproximadamente 4 anos, menor do que outros estudos. No estudo de Telles e Pimenta (2009), o tempo de serviço médio foi de 6 anos entre os agentes comunitários de saúde, o qual foi considerado alto e um importante fator para a construção de vínculos entre a comunidade e os profissionais. Um dos fatores associados ao reduzido tempo de serviço é a alta rotatividade presente em serviços de APS em diversos países do mundo (Linzer, Manwell *et al.*, 2009) e principalmente em áreas rurais (Perkins, Larsen *et al.*, 2007; Lenthall, Wakerman *et al.*, 2009). Adicionalmente, Campos e Malik (2009) apontam que entre médicos de São Paulo, atuantes no programa de saúde da família, os seus indicadores de rotatividade chegam a 37,4% em um ano, sendo que

este índice estava associado com indicadores de insatisfação no trabalho, principalmente ligados a dificuldades de locomoção e distância do local de trabalho, falta de materiais básicos e falta de capacitação, pouco tempo de formado e menores idades. Neste estudo, a rotatividade estava ainda associada à percepção negativa acerca do ambiente físico de trabalho, que estava diretamente associada a uma menor satisfação no trabalho, sendo esta considerada, junto com a falta de capacitação e de materiais, o principal fator de rotatividade. Dessa forma, a presença de problemas relacionados à infraestrutura básica, principalmente problemas de saneamento básico podem estar associados também ao menor tempo de serviço encontrado no presente estudo.

Esgotamento Profissional

A classificação de esgotamento profissional apontou 41,6% dos profissionais com indicação positiva seguindo o critério de Grunfeld. Os dados da literatura referentes às classificações de esgotamento profissional entre profissionais de saúde variam muito entre diferentes classes profissionais e dentre diferentes critérios de correção adotados para avaliação do esgotamento. O critério adotado, no presente estudo, é considerado o mais abrangente por identificar indícios da síndrome a partir das classificações altas em qualquer uma das três sub-escalas do MBI, sendo considerado um critério de rastreio para a síndrome de esgotamento profissional (Grunfeld, Whelan *et al.*, 2000). Os estudos entre profissionais de saúde do Brasil, que utilizaram o indicador adotado, encontraram entre médicos cancerologistas de 52,3% a 68,6% de indicação positiva para esgotamento profissional (Glasberg 2007; Tucunduva, 2006), entre médicos intensivistas 63,3% (Barros, 2008) e 35,7% entre enfermeiros de hospitais gerais (Moreira, 2009). O único estudo realizado na estratégia de saúde da família entre agentes comunitários de saúde, que utilizou um indicador de esgotamento profissional, adotou o critério restrito de classificação de Ramirez, e encontrou o

indicativo da síndrome de esgotamento profissional de 24,1% entre os agentes comunitários (Silva e Menezes, 2008). Apesar de o presente estudo ter utilizado a classificação de Grunfeld como desfecho principal, ao calcularmos a indicação de esgotamento profissional a partir da classificação de Ramirez para a presente amostra, observamos que está é igual a 6%, proporção quatro vezes maior que o indicativo encontrado no presente estudo. A diferença entre estas proporções poderia estar relacionada à própria caracterização dos municípios de pequeno porte, os quais poderiam oferecer mais recursos de enfrentamento de situações estressoras. Ao avaliar a comparação entre os resultados apenas para o indicativo de esgotamento profissional a partir da classificação de Grunfeld, encontra-se que este é menor em comparação aos médicos atuantes em serviços especializados (Tucunduva, Garcia *et al.*, 2006; Glasberg, Horiuti *et al.*, 2007; Barros, Tironi *et al.*, 2008) e maior do que entre os enfermeiros de hospitais gerais (Moreira, Magnago *et al.*, 2009). A análise destas diferenças aponta para a necessidade de realização de estudos mais detalhados e com delineamentos adequados para avaliar o esgotamento profissional entre categorias profissionais, características de municípios e tipos de serviço.

As variáveis explicativas que apresentaram relações estatisticamente significativas com o esgotamento profissional, presentes no modelo de melhor ajuste apresentado, foram a idade e o uso de “medicamentos calmantes, tranqüilizantes ou remédios para dormir”. Este último esteve associado com um risco de cerca de 9 vezes maior de classificação positiva para esgotamento profissional, o que pode indicar uma associação indireta com transtornos psiquiátricos não psicóticos, os quais são freqüentemente associados com a síndrome de esgotamento (Silva e Menezes, 2008).. Virtanen e colaboradores (2007), utilizando dados relativos à prescrição de antidepressivos para a população geral, encontrou forte associação do seu uso com indicadores de estresse no trabalho. Este mesmo estudo aponta que a utilização de registros relativos ao uso de medicamentos psicotrópicos em levantamentos é um

importante recurso metodológico para identificar a associação de problemas psiquiátricos com o estresse ocupacional, já que, deste modo, evita-se a confusão possível entre associações obtidas por meio de escalas que podem possuir convergência natural entre seus itens por avaliarem dimensões semelhantes de aspectos relativos à saúde mental. Contudo, é preciso cautela para a avaliação destes resultados, pois se tratando de uma questão de auto-relato, não é possível saber exatamente que classes de medicamentos foram incluídas nas respostas. Em estudos futuros, seria importante avaliar diferentes classes de substâncias psicotrópicas utilizadas, com ou sem prescrição médica, a fim de melhor compreender tal associação, inclusive adotando informações mais seguras como análise de prontuários médicos.

Os profissionais com idades entre 30 anos ou mais apresentaram 2,7 vezes menos chances de serem classificados com esgotamento profissional. Uma das explicações para o efeito protetor da idade em estudos acerca da saúde do trabalhador é denominado o “efeito do trabalhador sadio”, que considera que profissionais com mais idade têm mais chances de se encontrarem ativos e saudáveis, pois os profissionais que adoecem no trabalho acabam abandonando seus postos, sendo afastados do serviço ou mesmo mudando de área de atuação (Martinez, 2006). A literatura também aponta a mesma relação em outros estudos acerca do esgotamento profissional entre profissionais de saúde (Barros, Tironi *et al.*, 2008; Silva e Menezes, 2008a; Kruse, Chapula *et al.*, 2009). Dessa forma, se faz necessário ofertar uma atenção especial aos profissionais mais velhos, considerando a probabilidade deste já apresentarem prejuízos importantes relacionados com o esgotamento profissional. É importante também o estabelecimento de estratégias preventivas que evitem que os profissionais mais jovens venham desenvolver tais problemas, e em função disso acabem abandonando o trabalho de forma prematura, ameaçando um dos pilares básicos da APS que é a continuidade do cuidado.

Apesar de não significativa no modelo final, a variável que avaliava se o primeiro emprego do profissional foi na ESF permaneceu como variável de ajuste do modelo, possuindo um valor de Beta positivo que indica um maior risco para o esgotamento entre os profissionais que nunca trabalharam em outros empregos. Dessa forma, esse dado também pode ser associado com a hipótese do “trabalhador saudável”, já que os profissionais que têm como seu primeiro emprego o trabalho na ESF têm, em geral, a tendência de serem mais jovens e possuírem menos tempo de serviço, o que os predisporia a apresentarem mais problemas de saúde associados ao trabalho. Contudo, estudos apontam que a possibilidade esgotamento profissional em situações de primeiro emprego podem estar associadas à frustração advinda da realidade da prática que contrastam com conteúdos aprendidos durante a formação (Feliciano, Kovacs *et al.*, 2005). Dessa forma, a integração dos profissionais recém-ingressados no serviço parece ser um fator importante, principalmente entre aqueles profissionais que nunca tiveram uma experiência anterior. Neste quesito, a articulação de métodos de ensino que possam aproximar estudantes na área de saúde de práticas profissionais parece ser de igual importância, podendo também ser um tema de estudo futuro.

A participação em cultos religiosos, ao menos uma vez por semana, apesar de não apresentar relação estatisticamente significativa no modelo, parece indicar que a frequência a cultos religiosos é um fator de proteção para o indicativo do esgotamento, o qual se apresenta consonante com o estudo entre médicos cancerologistas no Brasil (Glasberg, 2007). Yi e colaboradores (2006) também encontraram, entre residentes de medicina que atuavam na atenção primária, que a não utilização de estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade, e que o sentimento de pobre bem-estar associado com a espiritualidade, são preditores importantes para depressão. O referido autor aponta em suas conclusões para a importância de se desenvolver treinamentos que evidenciem a utilização de recursos de

enfrentamento baseados na espiritualidade, os quais poderiam ser um recurso a ser utilizado entre a população estuda.

Estresse Ocupacional

A escala de estresse no trabalho não tem ponto de corte ou padronização populacional para identificação de casos de estresse ocupacional. Sendo assim, os 48% dos profissionais identificados com alto estresse são aqueles que tendem a apresentar mais reações negativas a situações gerais de estresse. Apesar da utilização de uma escala geral dificultar a identificação de classes específicas de estressores e reações, os autores da EET argumentam que a escala apresenta bom desempenho em relação aos demais instrumentos validados para populações brasileiras (Paschoal e Tamayo, 2004b), sendo portanto, um indicador útil de reações negativas às situações de estresse.

O modelo final para estresse ocupacional apontou que os profissionais que tinham como perspectiva trabalhar na ESF até se aposentar apresentaram 59% menos chances de serem classificados com estresse ocupacional. O tema acerca da retenção de profissionais na atenção primária está presente em grande parte da literatura acerca do estresse ocupacional (Perkins, Larsen *et al.*, 2007; Lenthall, Wakerman *et al.*, 2009; Linzer, Manwell *et al.*, 2009). Estudos apontam a existência de uma relação entre a intenção de permanecer no trabalho e apresentar menores índices de estresse ocupacional e maiores níveis de satisfação com o trabalho (Sibbald, Bojke *et al.*, 2003; Yeh e Yu, 2009). Os profissionais que declararam terem sido treinados para atuar na ESF apresentaram aproximadamente 3,6 vezes mais chances de apresentarem classificações altas para estresse ocupacional. Entretanto, os dados da literatura não seguem na mesma direção deste resultado, indicando que a participação de profissionais de saúde em atividades de educação continuada estava associada com menor estresse no trabalho e maior satisfação no trabalho (Kushnir, Talma, Cohen, Avner Herman *et al.*, 2000).

No mesmo sentido, médicos generalistas que participavam de grupos de educação continuada possuíam 2 vezes menos chances de desenvolvimento de altos índices de esgotamento profissional (Brøndt, Sokolowski *et al.*, 2008). Cabe ressaltar, que a questão utilizada não levava em consideração o tipo de treinamento realizado e nem mesmo as percepções dos profissionais acerca deste treinamento. Uma das hipóteses levantadas para a ocorrência deste resultado é que, a partir do treinamento, os profissionais podem passar a assumir mais tarefas no trabalho, além de poderem compreender melhor a complexidade do trabalho na ESF, seus desafios, dificuldades e importância da atuação profissional neste contexto. Ambos os processos são capazes de aumentar a sobrecarga física e emocional destes profissionais, sendo fatores importantes de serem dimensionados durante a formulação e execução de um treinamento.

Apesar de não ter apresentado significância estatística, o uso de medicamentos “calmantes” ou “remédios para dormir” também se manteve no modelo final, sendo uma variável de ajuste e seguindo padrão semelhante ao modelo para esgotamento profissional, o que indica uma tendência de que profissionais que usam este tipo de medicamento apresentem mais chances de serem classificados com alto estresse ocupacional.

A variável sexo também esteve presente no modelo, apesar de não apresentar significância estatística, fator que pode ter sido ocasionado pelo desbalanceamento da amostra. Tal indicativo de relação aponta que profissionais do sexo masculino têm a tendência de apresentarem maiores índices de estresse ocupacional quando comparados aos profissionais do sexo feminino. Esse resultado está de acordo com o resultado encontrado por Del Valle e Vidal (2007), que identificou que profissionais da atenção primária do sexo masculino apresentavam maiores níveis de esgotamento profissional nas três dimensões do MBI. Contudo, esses resultados contrariam outros achados da literatura que apontam não existir diferenças entre homens e mulheres médicos de família para estresse ocupacional

(Esteva, Larraz *et al.*, 2006) e com o estudo que encontra as mulheres com maiores indicadores de estresse ocupacional (Kushnir, T., Cohen, A. H. *et al.*, 2000).

Estresse Ocupacional e Esgotamento Profissional

Os resultados sinalizam que existe uma relação significativa entre estresse ocupacional e esgotamento profissional, seguindo a mesma direção de outros estudos presentes na literatura (Kushnir e Cohen, 2008). Os índices altos de estresse ocupacional estão associados à apresentação de cerca de três vezes mais esgotamento profissional entre os participantes do presente estudo. Contudo, é interessante notar que, com exceção da medicação, as variáveis explicativas, presentes nos modelos adotados, apresentam-se como diferentes, indicando que apesar da relação existente entre essas variáveis os fatores associados a cada uma delas são diferentes. A literatura assinala que a diferença entre o estresse ocupacional e o esgotamento profissional reside principalmente na cronicidade da exposição aos estressores, e que esse último é caracterizado principalmente pelo desgaste proveniente do relacionamento com o público atendido (Maslach, 2001). A associação entre os desfechos e a sua diferença com relação aos seus principais preditores parece confirmar a existência de diferenças entre os construtos investigados e aponta também para a relevância de se utilizar os indicadores em conjunto.

Ademais, as relações entre as variáveis apresentadas acima precisam ser cautelosamente analisadas, pois se tratando de um estudo do tipo transversal a direção das associações pode ser inversa. Um exemplo seria a própria perspectiva de aposentar-se na ESF como fator de proteção. Os profissionais que pretendem aposentar-se na ESF podem ter desenvolvido estratégias de enfrentamento para situações de estresse de forma mais adequada do que aqueles que não pretendiam, e por isso, apresentam menores indicadores de estresse. Considerando essa relação inversa, a interpretação dos resultados é substancialmente

diferente, entendendo que os profissionais com menos estresse ocupacional avaliam melhor seu trabalho na ESF e, portanto, pretendiam aposentar-se neste trabalho. O raciocínio análogo para as demais variáveis deve sempre ser feito.

Como problema adicional, como em todo estudo correlacional, é possível que as associações observadas sofram o efeito de terceiras co-variáveis – mesmo adotando técnicas de análise de multicolineariedade para evitar sobreajuste no modelo. O recurso de levantar inicialmente um grande número de variáveis explicativas a partir de diversos aspectos buscou minimizar esse tipo de viés.

Estudos futuros precisam verificar melhor as relações encontradas, principalmente através da utilização de instrumentos que possam melhor mensurar as variáveis explicativas adotadas no presente estudo. Diversos fatores não foram abarcados, como variáveis explicativas ou mesmo moderadoras, tais como a interface família-trabalho, suporte social e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes. Além destes últimos fatores, outros desfechos podem ser melhores estudados, principalmente aqueles que são considerados como influenciados pelo esgotamento profissional e estresse ocupacional, como é o caso de indicadores de saúde e satisfação dos usuários atendidos.

Uma cautela adicional para a interpretação dos resultados deve-se ao tamanho da amostra utilizada, os modelos de regressão logística, como outras técnicas estatísticas, são sensíveis às variações no tamanho das amostras estudadas. Tamanhos amostrais pequenos podem gerar estimativas de significância subestimada e valores de intervalo de confiança para as análises do *Odds Ratio* extremamente altos.

Os modelos adotados buscaram ser o mais parcimoniosos possível, contando cada um com quatro variáveis em seu modelo final, indicando uma relação de 20 casos para cada variável, o que sinaliza uma porcentagem considerada boa para o desenvolvimento das análises de regressão logística (Field, 2005). Além dos indicadores de ajuste, pode-se observar

que os intervalos de confiança das variáveis significativas do modelo não se aproximam de zero ou de valores extremamente altos. Contudo, as estimativas de significância para amostras menores são mais sensíveis ao “Erro Tipo II”, ou seja, é possível que os valores para cada uma das variáveis do modelo sejam significativos em populações maiores, indicando tanto a possibilidade de mais variáveis serem candidatas a entrarem no modelo, quanto à probabilidade de permanecerem com significância estatística.

Finalmente, a utilização de questionários validados para a população brasileira aumenta a garantia de que a mensuração dos desfechos estudados foi adequada, uma vez que a amostra era composta por profissionais que apresentavam no mínimo ensino médio completo. Além disso, a versão utilizada destes instrumentos apresenta boas evidências de validade, sendo que seus indicadores de confiabilidade calculados para a população estudada apresentaram-se também como adequados (alfa de Cronbach $> 0,70$), com exceção da escala de Despersonalização que apresentou índice de confiabilidade próximo de 0,50, indicando cautela para utilização dos seus resultados. Entretanto, observa-se na literatura que este índice frequentemente apresenta pobre desempenho em comparação com a versão original, contudo sua utilização é recomendada considerando a sua importância teórica para o entendimento do esgotamento profissional (Carlotto e Câmara, 2007b).

Embora a validade externa deste estudo seja limitada devido à grande diferenciação existente nos municípios brasileiros, é possível supor que os dados poderiam ser representativos de municípios de pequeno porte da Zona da Mata que possuem características semelhantes.

Cabe ressaltar, que mesmo considerando o objetivo exploratório do estudo, é importante verificar que o critério de intencionalidade de seleção da população estudada, a própria participação voluntária e o tamanho pequeno da amostra final adotada, diminuem as

possibilidades de generalização dos resultados, apesar de servirem como bons indícios de levantamento de hipóteses a serem testadas com delineamentos mais robustos.

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode ser observado nas revisões de literatura apresentadas, a produção científica do tema em revistas indexadas ainda é pequeno, principalmente se considerarmos estudos da área de estresse ocupacional e esgotamento profissional entre profissionais de atenção primária. Devido às características muito particulares de organização dos sistemas de saúde é difícil a comparação dos resultados nacionais com resultados internacionais, exigindo investigações mais detalhadas no campo. Dessa forma, a relevância deste estudo está principalmente em tentar contribuir para o entendimento dos fenômenos apresentados em municípios brasileiros de pequeno porte.

Os indicadores utilizados não permitem apontar para prejuízos diretos associados ao estresse ocupacional ou esgotamento profissional, mas evidenciam possíveis problemas. A tendência maior de profissionais com alto estresse ocupacional de não pretenderem continuar nos serviços até se aposentarem é um resultado importante, pois indica um dos meios que poderiam ser adotados para diminuir índices de rotatividade entre as equipes. Os resultados relativos aos maiores índices de esgotamento profissional estarem associados com o uso de “medicamentos calmantes”, chama muito a atenção, principalmente pelo indicativo de possíveis problemas psiquiátricos associados.

Um dos meios apontados para redução de estresse ocupacional no trabalho em saúde é a realização de capacitações e treinamentos, que visem desenvolver entre os profissionais melhores habilidades de resolverem problemas do trabalho e de enfrentarem de forma eficaz momentos de estresse agudo (Rout e Rout, 2002). Considerando essa proposição, torna-se um desafio a construção de capacitações para estes profissionais, já que índices altos de estresse ocupacional foram encontrados justamente entre os profissionais treinados.

O presente estudo, como todo estudo exploratório, aponta mais indícios e questões a serem resolvidas, do que respostas para os fenômenos estudados. O desenvolvimento de estudos futuros, abordando as lacunas apontadas, poderá contribuir muito para o avanço do tema. Considerando as consequências negativas do estresse ocupacional, buscar subsídios para entender e diminuir os problemas a este associados é uma forma de também avançar na melhoria do cuidado ofertado aos profissionais e usuários, assim como contribuir para a implementação efetiva das práticas de atenção primária no país e de uma melhor humanização do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADÁN, J. C. M.; JIMÉNEZ, B. M.; HERRER, M. G. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. **Med Clin (Barc)**, v. 123, n. 7, p. 265-70, 2004.

AN, P. G. et al. Burden of difficult encounters in primary care: Data from the minimizing error, maximizing outcomes study. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 4, p. 410-4, Feb 23 2009. ISSN 1538-3679.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S., *et al* (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006. cap. 25, p.783-836.

ARIGONI, F. et al. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? **Supportive Care in Cancer**, v. 17, n. 1, p. 75-81, 2009. ISSN 09414355 (ISSN). Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/f4761631665976j7/fulltext.pdf>.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisa de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S., *et al* (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006. cap. 14, p.457-486.

BARROS, D. S. et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, p. 235-240, 2008. ISSN 0103-507X. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2008000300005&nrm=iso. Acesso em: 06 de Junho de 2009.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Interação Psi.**, v. 1, p. 4-11, 2003.

BERWANGER, O. et al. Como Avaliar Criticamente Revisões Sistemáticas e Metanálises? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 475-480, 2007.

BIANCHI, E. R. F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, p. 390-394, 2000. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342000000400011&nrm=iso.

BORENSTEIN, M. et al. **Introduction to Meta-Analysis**. West Sussex: John Wiley and Sons, 2009.

BORGES, L. D. O.; ARGOLO, J. C. T.; BAKER, M. C. S. Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicol. reflex. crit**, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2006.

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2006a.

_____. **Painel de indicadores do SUS. PARTICIPATIVA, S. D. G. E. E.** Brasília: Ministério da Saúde. 1 2006b.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma Construção Coletiva.** SUBSECRETARIA DE ORÇAMENTO E PLANEJAMENTO. Brasília: Ministério da Saúde,. 1 2009.

BRØNDT, A. et al. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. **British Journal of General Practice**, v. 58, n. 546, p. 15-19, 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho das Equipes de Saúde da Família: Percepções dos Profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 4, p. 502-7, 2007.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, p. 325-332, 2007. ISSN 0103-166X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000300004&nrm=iso>.

CONILL, E. M. [A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities]. **Cad Saude Publica**, v. 24 Suppl 1, p. S7-16; discussion S17-27, 2008. ISSN 0102-311X (Print).

COOPER, C. L.; DEWE, P. **Stress: a brief history.** Malden: Blackwell Publishing, 2004.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRUVINEL, E. et al. A influência do clima organizacional na prática de prevenção ao uso de risco de álcool entre profissionais de atenção primária à saúde. 1º Congresso da Associação Brasileira de Estudos Multidisciplinares em Álcool e Drogas, 2008. Maksud Hotel - São Paulo. ABRAMD.

CUSTÓDIO, L. C. et al. Avaliação do estresse ocupacional em Agentes Comunitários de Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 2, n. 7, p. 189-195, 2006.

DATASUS. **Cadernos de Informações da Saúde 2010**. : Ministério da Saúde. Secretaria Executiva 2010.

_____. **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde 2011**: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva 2011.

DEL VALLE, R. D.; VIDAL, A. F. Prevalence of burnout among primary health care professionals, factors associated and relations with temporary incapacity and quality of the prescription. **Semergen**, v. 33, n. 2, p. 58-64, 2007. ISSN 11383593 (ISSN). Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34547898765&partnerID=40> >.

DIERKA, C. M. et al. Avaliação do nível de estresse dos enfermeiros da Unidade de Transplante Hepático. **SBPH**, v. 6, p. 16-19, 2003.

ESTEVA, M.; LARRAZ, C.; JIMÉNEZ, F. Mental health in family doctors: Effects of satisfaction and stress at work. **Revista Clinica Espanola**, v. 206, n. 2, p. 77-83, 2006. ISSN 00142565 (ISSN). Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33645522463&partnerID=40> >.

FELICIANO, K. V. D. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Revista Brasileira de**

Saúde Materno Infantil, v. 5, p. 319-328, 2005. ISSN 1519-3829. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300008&nrm=iso >.

FERNANDEZ, J. M. et al. Measurement of the evaluative capacity of the CVP-35 questionnaire for perceiving the quality of professional life. **Atención Primaria**, v. 40, n. 7, p. 327-334, Jul 2008. ISSN 0212-6567. Disponível em: < <Go to ISI>://000257555500003 http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B94RY-4V0M88J-3-1&_cdi=56423&_user=686369&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2008&_sk=999599992&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkWb&md5=285b6b9d6df4d8f4533d7d85c0345338&ie=/sdarticle.pdf >.

FIELD, A. **Discovering statistics using SPSS 2^a**. London: Sage, 2005.

FOGAÇA, M. D. C. et al. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, p. 299-305, 2009. ISSN 0103-507X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000300010&nrm=iso >.

GLASBERG, J. et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, p. 85-89, 2007. ISSN 0104-4230. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100026&nrm=iso >.

GRUNFELD, E. et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ**, v. 163, n. 2, p. 166-9, 2000.

HAQ, Z.; IQBAL, Z.; RAHMAN, A. Job stress among community health workers: A multi-method study from Pakistan. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 2, 2008.

ISSN 1752-4458 (Electronic). Disponível em: < <http://www.ijmhs.com/content/pdf/1752-4458-2-15.pdf> >.

HERNÁNDEZ, J. R. Stress and Burnout in health professionals at the primary and secondary health care levels. **Rev. cuba. salud pública**, v. 29, n. 2, p. 103-10 2003.

IBGE. **Cidades@ 2010**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010.

ILO. **Psychosocial factor at work: recognition and control**. Geneva: International Labuor Office, 1984.

JEX, S. M. **Organizational psychology : a scientist-practitioner approach**. New York: John Wiley & Sons, 2002.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 192-197, 2009. ISSN 0103-2100. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200012&nrm=iso >.

KRUSE, G. R. et al. Burnout and use of HIV services among health care workers in Lusaka District, Zambia: a cross-sectional study. **Human Resources for Health**, v. 7, 2009. ISSN 14784491 (ISSN). Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-68249138307&partnerID=40> >.

KUSHNIR, T.; COHEN, A. H. Positive and negative work characteristics associated with burnout among primary care pediatricians. **Pediatrics International**, v. 50, n. 4, p. 546-51, Aug 2008. ISSN 1442-200X.

KUSHNIR, T.; COHEN, A. H.; KITAI, E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. **Medical Education**, v. 34, n. 6, p. 430-436, 2000. ISSN 03080110 (ISSN). Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0034040190&partnerID=40> >.

KUSHNIR, T.; COHEN, A. H.; KITAI, E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. **Medical Education**, v. 34, p. 430-436, 2000.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 276 (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Universidade Pontífica de Salamanca, Salamanca.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. D. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista panamericana de salud pública** 1999.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, Appraisal and Coping. . In: (Ed.). New York: Springer, 1984.

LENTHALL, S. et al. What stresses remote area nurses? Current knowledge and future action. **Australian Journal of Rural Health**, v. 17, n. 4, p. 208-213, 2009. ISSN 10385282 (ISSN). Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-68149156089&partnerID=40> >.

LEVI, L. Introduction: Spice of Life or Kiss of Death? In: COOPER, C. L. (Ed.). **Handbook of stress medicine and health**. New York: CRC Press, 2004.

LINZER, M. et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 1, p. 28-36, 7 de Julho 2009. ISSN 1539-3704.

MARTINEZ, M. C. **Estudo dos fatores associados à capacidade para trabalho em trabalhadores do setor elétrico**. 2006. (Dissertação de Doutorado). Program de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., & LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology (Vol. 52, pp. 397-422)**. v. 52, p. 397-422, 2001.

MOREIRA, D. S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1559-1568, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700014&nrm=iso >.

MOTA, D. C. B. et al. Avaliação da disseminação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool em serviços de atenção primária à saúde da Zona da Mata mineira. 1º Congresso da Associação de Estudos Multidisciplinar sobre Álcool e Drogas, 2008. Maksud Hotel - São Paulo. ABRAMD.

MOYLE, P. The role of negative affectivity in the stress process: tests of alternative models **Journal of Organizational Behavior**, v. 16, n. 6, p. 647-668, 1995.

PAI, M. et al. Systematic reviews and meta-analyses: An illustrated, step-by-step guide. **The National Medical Journal of India**, v. 17, n. 2, p. 86-95, 2004.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família: trabalho no estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, p. 173-180, 2005. ISSN 0102-3772. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000200007&nrm=iso >.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, Á. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 487-92, 2008.

PERKINS, D. et al. Securing and retaining a mental health workforce in Far Western New South Wales. **Australian Journal of Rural Health**, v. 15, n. 2, p. 94-98, 2007. ISSN 10385282 (ISSN). Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34247128336&partnerID=40> >.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P. D.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 657-664, 2010. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015&nrm=iso >.

PRESTA, A. A. El estrés en la práctica odontológica. **Rev. ADM**, 2006.

RAMALHO, M. A. N.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicologia em Estudo**, v. 12, p. 123-132, 2007. ISSN 1413-7372. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000100015&nrm=iso >.

RAMIREZ, A. J. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. **British Journal of Cancer**, v. 71, p. 1263-9, 1995.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. (Dissertação de Mestrado). Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 151-160, 2008. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&nrm=iso>.

ROBAYO-TAMAYO, M. **Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. 1997. (Dissertação de Mestrado não-publicada). Curso de Mestrado em Psicologia Social, Universidade de Brasília, Brasília.

RONZANI, T. M. et al. Implantação de Rotinas de Rastreamento do Uso de Risco de Álcool e de uma Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. D. M. O programa de saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

RONZANI, T. M.; STRALEN, C. J. V. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista de APS**, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

ROSA, C. D.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Rev. SBPH**, v. 8, n. 2, 2005.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

ROUT, U. R.; ROUT, J. K. **Stress Management for Primary Health Care Professionals**. New York: KLUWER ACADEMIC PUBLISHERS, 2002.

SANTANA, J. F. P. D. et al. **Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico nos municípios de Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO**. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2008.

SANTOS, A. F. D. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, p. 67-74, 2010. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100008&nrm=iso >.

SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v. 14, n. 3, p. 204-220, 2008.

SEMMER, N. K.; MCGRATH, J. E.; BEEHR, T. A. Conceptual Issues in Research on Stress and Health. In: COOPER, C. L. (Ed.). **Handbook of stress medicine and health**. New York: CRC Press, 2004. cap. Chapter 1, p.1-44.

SEYLE, H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. **Nature**, v. 138, p. 32, 1936.

SIBBALD, B.; BOJKE, C.; GRAVELLE, H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. **BMJ**, v. 326, p. 1-4, 2003.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008a.

_____. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 921-929, 2008b. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019&nrm=iso >.

SILVA, D. C. M.; LOUREIRO, M. F.; PERES, R. S. Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100004&script=sci_arttext >.

SILVA, T. D. D.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. **Revista SBPH**, v. 11, n. 1, 2008.

SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. D. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 19, p. 37-48, 2002. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2002000100004&nrm=iso >.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. . Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. Suplemento 1, p. S148-S158, 2008.

SUEHIRO, A. C. B. et al. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. **Bol. Psicol.**, v. 58, n. 129, p. 205-218, 2008.

TELLES, H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 467-478, 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300011&nrm=iso >.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007

TRINDADE, L. D. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador**. 2007. 103 (Curso de Mestrado). Curso de mestrado em enfermagem da escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TRINDADE, L. D. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 607-612, 2009. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500002&nrm=iso >.

TUCUNDUVA, L. T. C. D. M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, p. 108-112, 2006. ISSN 0104-4230. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000200021&nrm=iso >.

VAN STRALEN, C. J. et al. [Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil]. **Cad Saude Publica**, v. 24 Suppl 1, p. S148-58, 2008. ISSN 0102-311X (Print).

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S., *et al* (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006. cap. 16, p.531-562.

VIANA, A. L. D. Á.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, p. 11-48, 1998. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&nrm=iso >.

VIRTANEN, M. et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 98, n. 3, p. 189-197, Mar 2007. ISSN 0165-0327. Disponível em: < <Go to ISI>://000244383400001 http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T2X-4MM25S2-1-1&_cdi=4930&_user=686369&_orig=search&_coverDate=03%2F31%2F2007&_sk=999019996&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzS&md5=0c73628a30d195a1969707a7d8bbd2c2&ie=/sdarticle.pdf >.

VIRTANEN, P. et al. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 65, n. 5, p. 364-366, 2008. ISSN 13510711 (ISSN). Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-42949102662&partnerID=40> >.

WHO. **Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care**. Geneva: World Health Organization 1978.

_____. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. 51^a World Health Assembly: World Health Organization 2006a.

_____. **The world health report 2006: working together for health**. World Health Organization. Geneva. 2006b

WILLIAMS, E. S. et al. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. **Health Care Management Review**, v. 32, n. 3, p. 203-212, 2007. ISSN 03616274 (ISSN). Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34547674797&partnerID=40> >.

YEH, M.-C.; YU, S. Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p. 3450-3460, 2009.

YI, M. S. et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. **Ambulatory Pediatrics**, v. 6, n. 2, p. 84-90, 2006. Disponível em: < <Go to ISI>://000236250800005 >.

ANEXOS

ANEXO I – CAPA DO QUESTIONÁRIO PARTE I

ID

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva




Saúde de Profissionais
PARTE I

INSTRUÇÕES

- 1- Por favor, leia e responda todas as questões de forma sincera e objetiva.
- 2- Todas as suas informações serão sigilosas.
- 3- Por favor, responda a cada questão marcando um único **X** para cada alternativa – exceto quando indicado na questão para marcar mais de uma alternativa
- 4- Evite deixar questões sem resposta (em branco)
- 5- Caso possua alguma dúvida durante o preenchimento, consulte um dos aplicadores

Sua participação é muito importante!

ANEXO II – ESCALA ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT)

CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT)*																																
<p>Por favor, responda cuidadosamente a todas as questões, assinalando a alternativa que você acha que melhor reflete a sua resposta.</p> <p>Não deixe questões sem responder (em branco)</p>																																
<p>1- Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um X na escala de zero (0) a dez (10), quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; width: 15%;"> <p>Estou incapaz para o trabalho</p> </div> <div style="flex-grow: 1; text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center; width: 15%;"> <p>Estou na minha melhor capacidade para o trabalho</p> </div> </div> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>2- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências <u>físicas</u> do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Muito boa. <input type="checkbox"/> 1. Boa. <input type="checkbox"/> 2. Moderada. <input type="checkbox"/> 3. Baixa. <input type="checkbox"/> 4. Muito baixa. 																																
<p>3- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências <u>mentais</u> do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 0. Muito boa <input type="checkbox"/> 1. Boa <input type="checkbox"/> 2. Moderada <input type="checkbox"/> 3. Baixa <input type="checkbox"/> 4. Muito baixa 																																

*versão adaptada de Tuomi et al. (2005)

CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) – continuação

4- Atualmente você possui alguma lesão por acidente ou alguma doença?

0. Não possuo.

1. Sim

Caso tenha respondido **NÃO**, passe para a questão **número 7** na página seguinte.

5- Preencha abaixo e marque com um X quais lesões por acidentes ou doenças que em sua opinião você possui atualmente. Marque também com um X aquelas que foram diagnosticadas pelo médico.

Lesões por Acidente ou Doenças	Minha Opinião	Diagnóstico Médico
1. _____	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>
7. _____	<input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/>

6- Sua lesão ou doença é um impedimento para o seu trabalho atual?

0. Não há impedimento/ eu não tenho doenças.

1. Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.

2. Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.

3. Por causa da minha doença me sinto capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.

4. Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar.

CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT) – continuação

7- Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- 0. Nenhum
- 1. Até 9 dias
- 2. De 10 a 24 dias
- 3. De 25 a 99 dias
- 4. De 100 a 365 dias

8- Considerando sua saúde você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer o seu trabalho atual?

- 0. É improvável.
- 1. Não estou muito certo(a).
- 2. Bastante provável.

9- Recentemente você tem conseguido gostar de suas atividades diárias?

- 0. Sempre
- 1. Quase sempre
- 2. Às vezes
- 3. Raramente
- 4. Nunca

10- Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

- 0. Sempre
- 1. Quase sempre
- 2. Às vezes
- 3. Raramente
- 4. Nunca

11- Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

- 0. Continuamente
- 1. Quase sempre
- 2. Às vezes
- 3. Raramente
- 4. Nunca

ANEXO III – MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36)

B- SAÚDE GERAL (SF-36)*

Instruções

Esta parte da pesquisa questiona você sobre sua saúde. Esta informação nos informará como você se sente bem e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária.

Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que a sua saúde é:

- 0. Excelente
- 1. Muito Boa
- 2. Boa
- 3. Ruim
- 4. Muito Ruim

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- 0. Muito melhor agora do que há um ano atrás
- 1. Um pouco melhor agora do que há um ano atrás
- 2. Quase a mesma de um ano atrás
- 3. Um pouco pior agora do que há um ano atrás
- 4. Muito pior agora do que há um ano atrás

*Versão traduzida e validada por Ciconelii, e colaboradores (1999)

B- SAÚDE GERAL (SF-36) - continuação

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, o quanto?

Atividades	Sim. Dificulta Muito	Sim. Dificulta um Pouco	Não. Não Dificulta de Modo Algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	①	②	③
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	①	②	③
c) Levantar ou carregar mantimentos.	①	②	③
d) Subir vários lances de escada.	①	②	③
e) Subir um lance de escada.	①	②	③
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	①	②	③
g) Andar mais de 1 quilômetro.	①	②	③
h) Andar vários quarteirões.	①	②	③
i) Andar um quarteirão.	①	②	③
j) Tomar banho ou vestir-se.	①	②	③

B- SAÚDE GERAL (SF-36) - continuação		
4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?		
	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho?	①	②
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	①	②
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	①	②
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex.: necessitou de um esforço extra)?	①	②
5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?		
	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho?	①	②
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	①	②
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	①	②

B- SAÚDE GERAL (SF-36) - continuação

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- 0. De forma nenhuma
- 1. Ligeiramente
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Extremamente

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

- 0. Nenhuma
- 1. Muito Leve
- 2. Leve
- 3. Moderada
- 4. Grave
- 5. Muito Grave

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?

- 0. De maneira alguma
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. Extremamente

B- SAÚDE GERAL (SF-36) - continuação

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**.

Leia com atenção cada pergunta e utilize a escala abaixo para respondê-las:

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Um pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

Para cada questão, por favor marque o número que mais se aproxime da maneira como você se sente. **Em relação as últimas 4 semanas.**

Questões						Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de força?	①	②	③	④	⑤	⑥
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	①	②	③	④	⑤	⑥
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	①	②	③	④	⑤	⑥
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	①	②	③	④	⑤	⑥
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	①	②	③	④	⑤	⑥
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	①	②	③	④	⑤	⑥
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	①	②	③	④	⑤	⑥
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	①	②	③	④	⑤	⑥
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	①	②	③	④	⑤	⑥

B- SAÚDE GERAL (SF-36) - continuação

10. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

0. Todo o tempo
1. A maior parte do tempo
2. Alguma parte do tempo
3. Uma pequena parte do tempo
4. Nenhuma parte do tempo

11. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala abaixo para responder o quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você.

Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
1	2	3	4	5

Por favor marque o número que mais corresponde ao quanto você a acha verdadeira ou falsa cada afirmativa.

Afirmativas	Definitivamente Verdadeira					Definitivamente Falso
	1	2	3	4	5	
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	①	②	③	④	⑤	
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	①	②	③	④	⑤	
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	①	②	③	④	⑤	
d) Minha saúde é excelente	①	②	③	④	⑤	

ANEXO IV – ASPECTOS INDIVIDUAIS

C - ASPECTOS INDIVIDUAIS	
1- Quantos dias por semana você pratica atividades físicas?	
<input type="checkbox"/> 0. Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 4. Quatro
<input type="checkbox"/> 1. Um	<input type="checkbox"/> 5. Cinco
<input type="checkbox"/> 2. Dois	<input type="checkbox"/> 6. Seis ou mais dias
<input type="checkbox"/> 3. Três	
2- Quantos dias por semana você participa de algum tipo de culto religioso?	
<input type="checkbox"/> 0. Nenhum dia	<input type="checkbox"/> 4. Quatro
<input type="checkbox"/> 1. Um	<input type="checkbox"/> 5. Cinco
<input type="checkbox"/> 2. Dois	<input type="checkbox"/> 6. Seis ou mais dias
<input type="checkbox"/> 3. Três	
3- Faz uso de algum remédio tranqüilizante, “calmante” ou “remédio para dormir”?	4- Você fuma tabaco diariamente? (cigarros, charuto ou cachimbo)
<input type="checkbox"/> 0. Não	<input type="checkbox"/> 0. Não
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
5- Você pratica algum tipo de atividade de lazer em suas horas vagas?	
<input type="checkbox"/> 0. Não	
<input type="checkbox"/> 1. Sim.	
6- Caso você pratique alguma atividade de lazer, quais são estas atividades?	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
7- Qual atividade de lazer você gostaria de praticar, mas por algum motivo não pratica atualmente?	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

C - ASPECTOS INDIVIDUAIS (continuação)

8 – O que normalmente em seu DIA-A-DIA você acredita que o(a) deixa mais **contente, alegre ou otimista?**

9 – O que normalmente em seu DIA-A-DIA você acredita que o(a) deixa mais **irritado(a), frustrado(a) ou angustiado(a)?**

10 – O que normalmente em seu TRABALHO você acredita que o(a) deixa mais **contente, alegre ou otimista?**

11 – O que normalmente em seu TRABALHO você acredita que o(a) deixa mais **irritado(a), frustrado(a) ou angustiado(a)?**

12 – O que você costuma fazer para relaxar quando está **nervoso(a) ou estressado(a)?**

OBSERVAÇÕES

Muito Obrigado por sua participação !

ANEXO V – CAPA DO QUESTIONÁRIO PARTE II

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva



Saúde de Profissionais
PARTE II

INSTRUÇÕES

- 1- Por favor, leia e responda todas as questões de forma sincera e objetiva.
- 2- Todas as suas informações serão sigilosas.
- 3- Por favor, responda a cada questão marcando um único **X** para cada alternativa – exceto quando indicado na questão para marcar mais de uma alternativa
- 4- Evite deixar questões sem resposta (em branco)
- 5- Caso possua alguma dúvida durante o preenchimento, consulte um dos aplicadores

Sua participação é muito importante!

ANEXO VI – MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

A – ASPECTOS DO TRABALHO (MBI)*					
<p>Instruções</p> <p>Na continuação, você encontrará uma série de enunciados acerca de seu trabalho e de seus sentimentos referentes a ele. Peça sua colaboração para responder a eles tal qual os sente. Não existem respostas melhores ou piores, a resposta a ser assinalada é aquela que expressa, veridicamente, sua própria experiência.</p>					
<p>EXEMPLO</p> <p>Apresento um exemplo que vai ajudar você a compreender o tipo de tarefa que você irá realizar. As frases que encontrará são desse tipo:</p> <p style="text-align: center;">“Creio que consigo muitas coisas valiosas com meu trabalho”.</p> <p>A cada frase você deve responder expressando na escala abaixo a freqüência que tem esse sentimento. Com que freqüência sente isso?</p>					
NUNCA	Algumas vezes no ANO	Algumas vezes no MÊS	Algumas vezes na SEMANA	DIARIAMENTE	
1	2	3	4	5	
<p>Marque um X nos números das respostas que expressam seus sentimentos</p>					
	NUNCA	Algumas vezes no ANO	Algumas vezes no MÊS	Algumas vezes na SEMANA	DIARIAMENTE
1. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	①	②	③	④	⑤
2. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	①	②	③	④	⑤
3. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	①	②	③	④	⑤

*Versão apresentada por Carlotto e Câmara (2007)

Marque um X nos números das respostas que expressam seus sentimentos

	NUNCA	Algumas vezes no ANO	Algumas vezes no MÊS	Algumas vezes na SEMANA	DIARIAMENTE
4. Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	①	②	③	④	⑤
5. Sinto que estou exercendo influencia positiva na vida das pessoas, através do meu trabalho.	①	②	③	④	⑤
6. Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	①	②	③	④	⑤
7. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	①	②	③	④	⑤
8. Sinto-me vigoroso em meu trabalho.	①	②	③	④	⑤
9. Sinto que meu trabalho está me desgastando.	①	②	③	④	⑤
10. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	①	②	③	④	⑤
11. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	①	②	③	④	⑤
12. Sinto que estou trabalhando demais.	①	②	③	④	⑤
13. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	①	②	③	④	⑤

A – ASPECTOS DO TRABALHO (MBI) - continuação					
Marque um X nos números das respostas que expressam seus sentimentos					
	NUNCA	Algumas vezes no ANO	Algumas vezes no MÊS	Algumas vezes na SEMANA	DIARIAMENTE
14. Sinto-me frustrado com meu trabalho.	①	②	③	④	⑤
15. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	①	②	③	④	⑤
16. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	①	②	③	④	⑤
17. Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	①	②	③	④	⑤
18. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	①	②	③	④	⑤
19. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	①	②	③	④	⑤
20. Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	①	②	③	④	⑤
21. Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais	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 VII – ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO

B – ASPECTOS DO TRABALHO (EET)*

Instruções

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em Parte	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta

- Ao marcar o número 1 você indica Discordar Totalmente da afirmativa
- Assinalando o número 5 você indica Concordar Totalmente com a afirmativa.
- Observe que quanto **menor** o número, mais você **discorda** da afirmativa e quanto **maior** o número, mais você **concorda** com afirmativa.

Afirmativas	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	①	②	③	④	⑤
2. O tipo de controle existente no meu trabalho me irrita	①	②	③	④	⑤
3. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	①	②	③	④	⑤
4. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	①	②	③	④	⑤
5. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço	①	②	③	④	⑤

Versão de Paschoal e Tamayo (2004), uso autorizado por comunicação via e-mail

B – ASPECTOS DO TRABALHO (EET) - continuação					
Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta					
Afirmativas	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente	
6. Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	①	②	③	④	⑤
7. A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho me deixa irritado	①	②	③	④	⑤
8. Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	①	②	③	④	⑤
9. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	①	②	③	④	⑤
10. Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	①	②	③	④	⑤
11. Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	①	②	③	④	⑤
12. Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	①	②	③	④	⑤
13. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	①	②	③	④	⑤
14. Fico de mau humor por me sentir isolado no trabalho	①	②	③	④	⑤

B – ASPECTOS DO TRABALHO (EET) - continuação					
Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta					
Afirmativas	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente	
15. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	①	②	③	④	⑤
16. As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	①	②	③	④	⑤
17. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	①	②	③	④	⑤
18. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	①	②	③	④	⑤
19. A falta de compreensão sobre quais são as minhas responsabilidades neste trabalho tem me causado irritação	①	②	③	④	⑤
20. Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	①	②	③	④	⑤
21. Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	①	②	③	④	⑤
22. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	①	②	③	④	⑤
23. Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	①	②	③	④	⑤

ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

C- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	
1- Qual é o seu sexo (gênero)? <input type="checkbox"/> 0. Feminino <input type="checkbox"/> 1. Masculino	2- Qual é a sua idade? <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> anos </div>
3- Qual é o seu estado civil? <input type="checkbox"/> 0. Não possuo companheiro(a) /cônjuge <input type="checkbox"/> 1. Possui companheiro(a) /cônjuge	
4- Você é praticante de alguma religião? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim Qual? <input style="width: 400px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
5- Qual é o seu peso atual em quilos? <div style="text-align: center;"> <input style="width: 80px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Kg </div>	6- Qual é a sua altura atual em metros? <div style="text-align: center;"> <input style="width: 80px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> M </div>
7- Qual é a escolaridade máxima que você chegou a concluir? <input type="checkbox"/> 0. Não tenho escolaridade <input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental (1ª até 8 série) <input type="checkbox"/> 2. Ensino Médio (1ª até 3º ano) <input type="checkbox"/> 3. Ensino Técnico <input type="checkbox"/> 4. Curso Superior <input type="checkbox"/> 5. Pós-Graduação	
8- Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você? <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> número de pessoa(s) </div>	9- Quantos cômodos sua moradia possui? (conte todos os cômodos) <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> número de cômodos </div>
10- Você possui filho (a)s? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantos? <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> número de filho(a)s	
11- Qual é aproximadamente a sua renda familiar no mês? (considerando toda a renda de sua casa em reais) <div style="text-align: center;"> R\$ <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>	

C- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – continuação	
<p>12- Qual é a sua profissão atualmente?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Agente Comunitário de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/>1. Assistente Social</p> <p><input type="checkbox"/>2. Auxiliar de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/>3. Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/>4. Médico</p> <p><input type="checkbox"/>5. Outra. Qual? <input style="width: 200px;" type="text"/></p>	
<p>13- Quanto tempo faz que você exerce essa profissão?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses</p>	
<p>14- Em qual local você trabalha atualmente? (marque mais de uma opção, caso necessário)</p> <p><input type="checkbox"/>0. Saúde da Família (PSF/UBS)</p> <p><input type="checkbox"/>1. Outros Locais. Quais? <input style="width: 200px;" type="text"/></p>	
<p>15- Há quanto tempo você trabalha na Saúde da Família (PSF/UBS)?</p> <p>Caso você trabalhe em <u>outro local</u>, passe para a questão número 16 ao lado.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses</p>	<p>16- Há quanto tempo você trabalha em seu Emprego Atual?</p> <p>Caso você <u>trabalhe no PSF</u>, não responda essa questão e passe para a questão número 17 abaixo.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> anos e <input type="text"/> <input type="text"/> meses</p>
<p>17- Além do seu trabalho na Saúde da Família (PSF) ou no seu Emprego Atual, você já teve algum outro emprego no passado?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Não</p> <p><input type="checkbox"/>1. Sim. Qual? <input style="width: 200px;" type="text"/></p>	
<p>18- Quantas horas por semana você trabalha na Saúde da Família (PSF)?</p> <p>Caso você trabalhe em <u>outro local</u>, passe para a questão número 19 ao lado.</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> HORAS POR SEMANA</p>	<p>19- Quantas horas por semana você trabalha no seu Emprego Atual?</p> <p>Caso você <u>trabalhe no PSF</u>, não responda essa questão e passe para a questão número 20 abaixo.</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> HORAS POR SEMANA</p>
<p>20- Você já recebeu algum treinamento para atuar na Saúde da Família (PSF/UBS) ou no seu Emprego Atual?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Não</p> <p><input type="checkbox"/>1. Sim. Qual? <input style="width: 200px;" type="text"/></p> <p>Caso tenha respondido NÃO passe para a questão número 22 na página seguinte.</p>	

C- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – continuação

21- Como você avalia o treinamento que recebeu para trabalhar na Saúde da Família (PSF) ou no seu Emprego Atual?

0. Muito Inadequado
1. Inadequado
2. Neutro
3. Adequado
4. Muito Adequado

22- Como você se considera com relação a sua satisfação no trabalho?

0. Muito insatisfeito
1. Insatisfeito
2. Neutro
3. Satisfeito
4. Muito Satisfeito

23- Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui no seu trabalho?

0. CLT (carteira assinada)
1. Concursado estatutário (sem carteira assinada)
2. Contrato de curta duração
3. Outro. Qual?

24- Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando no PSF ou no seu serviço? (caso necessário, marque mais de uma alternativa)

0. Realizo tarefas domésticas
1. Trabalho em outro local
2. Leio jornais, revistas, livros
3. Assisto televisão
4. Estudo
5. Realizo alguma atividade física
6. Outro. Qual?

25- Considerando todas as suas atividades, quantas horas você trabalha por semana (considere todas suas atividades, inclusive domésticas)?

HORAS POR SEMANA

ANEXO IX – ÁREA DE COBERTURA DA EQUIPE

D- ÁREA DE COBERTURA DA EQUIPE

1- Qual é o nome da unidade em que você trabalha? (ou serviço)

2- Quantos profissionais trabalham contigo em sua equipe?

--	--

 número de profissionais

3- Em que tipo de zona fica a área em que você atua?

0. Urbana
 1. Rural
 2. Rural e Urbana

4- O seu trabalho, em sua área de cobertura, oferece algum tipo risco para você?

0. Sim
 1. Não (caso não possua riscos, passe para a questão 6)

5- Quais são os principais riscos do seu trabalho para você?

6- Por favor, marque com “x” no quadrado caso algum setor de sua área de cobertura NÃO POSSUA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a) Saneamento de água | <input type="checkbox"/> d) Pavimentação ou calçamento |
| <input type="checkbox"/> b) Coleta de lixo | <input type="checkbox"/> e) Acesso por transporte público |
| <input type="checkbox"/> c) Saneamento de esgoto | <input type="checkbox"/> f) Acesso à escola pública |

7- Em sua opinião, qual é o principal problema para ser resolvido em sua área de cobertura (área de atuação)?

ANEXO X- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36056900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 352/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1939.283.2009 **FR:** 305675 **CAAE:** 0219.0.180.000-09
Projeto de Pesquisa: Avaliação de Condições de Saúde de Profissionais da Atenção Primária à Saúde
Versão do Protocolo: 1ª versão
Área Temática: Grupo III
Pesquisador Responsável: Telmo Mota Ronzani
TCLE: 1ª versão
Instituição: Faculdade de Psicologia - UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: Os argumentos apresentados na introdução estão devidamente embasados e justificam adequadamente a realização do presente estudo.

Objetivo(s): O objetivo geral do presente estudo é avaliar a saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte do interior da região da Zona da Mineira, através de três aspectos principais: Saúde Geral, Estresse Ocupacional e Esgotamento Profissional [sic].
Comentário: Os objetivos são coerentes com a justificativa.

Metodologia: Estudo observacional transversal com aplicação de questionários.
Comentário: A metodologia é adequada para responder a pergunta do estudo.

Revisão e referências: Devidamente citadas no texto, atualizadas e adequadas.

Orçamento: Devidamente apresentado.
Fonte de custeio: CNPq e pesquisador responsável.

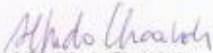
Cronograma: Adequado.
Data do término: 01/11

Qualificação do pesquisador: Adequada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Adequado, segundo Res. CNS 196/96.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto APROVADO.
Juiz de Fora, 7 de dezembro de 2009.


Prof. Dr. Alfredo Chaoubah
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI	
DATA:	___/___/2009
ASS:	_____

ANEXO XI – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARACIDO

UFJF - PÓLO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA
 PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TELMO MOTA RONZANI
 ENDEREÇO: CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/N MARTELOS – ICH/ DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SALA 037 CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG
 FONE: (32) .3229-3117 E-MAIL: TELMO.RONZANI@UFJF.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação de Condições de Saúde de Profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)”. Neste estudo pretendemos avaliar três aspectos principais que fazem parte da saúde dos profissionais da APS, sendo eles: a saúde geral e qualidade de vida, o estresse no trabalho e o esgotamento profissional. O motivo que nos leva a estudar estes aspectos está relacionado com a possibilidade de que trabalhadores da APS podem estar expostos a fatores próprios do seu trabalho que podem afetar sua saúde. O estresse ocupacional e o esgotamento no trabalho são dois destes fatores.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Todos os profissionais de APS do seu município, exceto aqueles que estão de férias, afastados ou de licença serão convidados a participar respondendo dois questionários sobre características dos profissionais, do trabalho, saúde e qualidade de vida, estresse no trabalho e esgotamento profissional. Em um segundo momento, aqueles profissionais que apresentarem os maiores e menores índices de estresse no trabalho e esgotamento profissional serão convidados para participar de uma entrevista com os pesquisadores que terá o seu áudio gravado.

Os procedimentos desta pesquisa representam um risco mínimo para os participantes, não está previsto nenhum tipo de vantagem ou benefício financeiro por participar deste estudo. Também não está previsto nenhum tipo de despesa. Não haverá dessa forma nenhum tipo de ressarcimento por participar.

Os pesquisadores assumem a responsabilidade de indenizá-lo(a) por eventuais danos que venham ocorrer em decorrência da pesquisa. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva, localizado na UFJF, ICH, sala 037 e a outra cópia será fornecida a você. Todo o material coletado (questionários e áudio das entrevistas) serão armazenados por 5 anos neste mesmo local sob responsabilidade dos pesquisadores.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação de Condições de Saúde dos Profissionais da APS”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 200__

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

ANEXO XII – AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA EET

3/6/12

Gmail - Escala de Estresse no Trabalho - Utilização em Pesquisa na UFJF



Leonardo Martins <leomartinsjf@gmail.com>

Escala de Estresse no Trabalho - Utilização em Pesquisa na UFJF

Tatiane Paschoal <tatipas@yahoo.com>
 Para: Leonardo Martins <leomartinsjf@gmail.com>

11 de setembro de 2009 02:34

Prezado Leonardo,
 O instrumnto pode ser utilizado em sua pesquisa sim. Segue em anexo.
 Atenciosamente,
 Tatiane Paschoal

— On Thu, 9/10/09, Leonardo Martins <leomartinsjf@gmail.com> wrote:

From: Leonardo Martins <leomartinsjf@gmail.com>
 Subject: Escala de Estresse no Trabalho - Utilização em Pesquisa na UFJF
 To: tatipas@yahoo.com
 Date: Thursday, September 10, 2009, 5:17 PM

Prezada Drª Tatiane Paschoal,

gostaria de saber qual seria a viabilidade de obtenção de sua autorização para o uso da "Escala de Estresse no Trabalho - EET", exclusivamente com a finalidade de utilização em pesquisa acadêmica.

Estou desenvolvendo um projeto de mestrado acadêmico no programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Telmo Mota Ronzani. O tema de meu projeto está relacionado com a avaliação de condições de saúde de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira. Acredito que diante do referencial teórico utilizado na construção da EET e de suas propriedades psicométricas, a sua utilização neste projeto de pesquisa seria muito relevante para o avanço no conhecimento da área.

Ficaria muito grato em receber algum tipo de informação acerca da possibilidade de utilização deste instrumento em minha dissertação.

Na esperança de uma resposta positiva, desde já agradeço, e permaneço à sua disposição.

—
 Leonardo F. Martins
 Universidade Federal de Juiz de Fora - Brasil
 Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva

ANEXO XIII – AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA MBI

3/6/12

Gmail - Permissão de uso de Instrumento



Leonardo Martins <leomartinsjf@gmail.com>

Permissão de uso de instrumento

Mary Sandra <mscarlotto@gmail.com>
 Para: Leonardo Martins <leomartinsjf@gmail.com>

21 de setembro de 2010 21:56

Olá Prof. Leonardo

Não é necessário, somente cito a autoria. Conheces essa versão do Prof. Pedro Gil-Monte? Eu, a partir de agora, em novas aplicações em profissionais da saúde, vou usar essa versão, pois permite identificar perfil de risco, 1 e 2. O instrumento tem melhores alfas e parece ter menor desejabilidade social.

No mais, lhe desejo um bom trabalho e se precisar de algo, volte a escrever.

Abraços

Mary Sandra

De: Leonardo Martins [mailto:leomartinsjf@gmail.com]
Enviada em: terça-feira, 21 de setembro de 2010 19:54
Para: mscarlotto@pesquisador.cnpq.br; mscarlotto@ulbra.br
Assunto: Permissão de uso de instrumento

Prezada Drª Mary Carlotto,

revendo a literatura acerca da Síndrome de Burnout no Brasil, encontrei diversos estudos seus que utilizavam o MBI. Gostaria de saber se é necessário algum tipo de licença para utilização deste instrumento para pesquisa aqui no Brasil e como faria para obtê-la. No meu caso seria para utilização em uma pesquisa de mestrado e entre profissionais da saúde da família.

Agradeço sua atenção,

—
 Leonardo F. Martins
 Universidade Federal de Juiz de Fora - Brasil
 Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF - Curso de Mestrado
 Tel: + 55 (32) 8806-0222; + 55 (32) 3234-1764
 E-mail: leomartinsjf@gmail.com ; leomartinsjf@yahoo.com.br