

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALINE CRISTINA FRANCO LARA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2013

ALINE CRISTINA FRANCO LARA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Thais Lacerda e Silva.

LAGOA SANTA– MINAS GERAIS

2013

ALINE CRISTINA FRANCO LARA

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Thais Lacerda e Silva.

Banca Examinadora

Professora: Thais Lacerda e Silva - Orientadora

Professora: Thais Porlan de Oliveira- Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 07 de dezembro de 2013.

Ao meu filho Leonardo, minha vida, motivo de todos os meus esforços, ao meu marido Mauro, pela paciência e apoio.

À orientadora Thais, pelo incentivo e colocações pertinentes.

Aos profissionais do Centro de Saúde onde trabalho, que foram a inspiração para a realização deste trabalho.

## RESUMO

O estresse laboral crônico caracteriza a Síndrome de *Burnout* também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional. Foi descrita pela primeira vez em 1974, como um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está diretamente relacionada a vida profissional. Os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vivenciam em seu cotidiano de trabalho diferentes e complexas demandas físicas e psíquicas, pois, nessa modalidade de atenção, oferecida o mais próximo possível de onde as pessoas vivem, as equipes de saúde estão em contato diário com a realidade da comunidade, que é carente em múltiplos aspectos. Estas questões expõem os trabalhadores da saúde a diversas situações e sobrecarga física e psicossocial. Além disso, a proximidade e vínculo que constroem com a comunidade, sendo referência de atenção à saúde da população, repercute em inúmeras e diversificadas atribuições, o que muitas vezes contribui para o adoecimento dos próprios trabalhadores da saúde, decorrentes de elevadas exigências cognitivas, sobrecarga de trabalho, entre outros fatores diversos. Assim, este trabalho objetiva propor um Plano de Intervenção para a melhoria das condições de trabalho das equipes de Saúde da Família, com ênfase para as ações de prevenção da Síndrome de *Burnout* crescentemente registrada na literatura técnico- científica contemporânea.

**Palavras-chave:** Síndrome de *Burnout*, Síndrome do Esgotamento Profissional, Estratégia Saúde da Família, Processo de Trabalho, Equipe Saúde da Família.

## ABSTRACT

The chronic job stress characterizes the *Burnout Syndrome* also known as Burnout Syndrome. It was first described in 1974 as a state of physical and mental exhaustion whose cause is directly related to professional life. Employees from the Family Health Strategy (FHS) experience in their daily work different and complex physical and psychological demands, therefore this type of attention, offered the closest to where people live, health teams are in daily contact with the reality of the community that is lacking in many aspects. These questions exposes healthcare workers to various situations of psychosocial and physical overload. Furthermore, the proximity and relationship they build with the community, with reference to health care for the population, reflected in numerous and varied assignments, which often contributes to the illness of their own health workers, from high cognitive demands, overload work, among many other factors. Thus, this paper aims to propose an Intervention Plan for the improvement of working conditions of family health teams, with emphasis on actions to prevent burnout syndrome increasingly recorded in contemporary scientific and technical literature.

**Keywords:** *Burnout Syndrome*, *Burnout Syndrome*, Family Health Strategy, Process Work, Family Health Team.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>10</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>11</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>5.1. A Síndrome de <i>Burnout</i> .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2. Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da Síndrome.....</b>	<b>15</b>
<b>5.3. Diagnóstico e tratamento .....</b>	<b>18</b>
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiu em 1994, com a proposta de reorganização da Atenção Básica, com ênfase no desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas realizadas nos domicílios ou junto às comunidades (TRINDADE *et al.*, 2010, p.685).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, incluindo a reabilitação; redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes que condicionam a saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p.1). O documento explicita ainda que as práticas de promoção da saúde, de cuidado e gestão, de natureza democrática e participativa, devem ser desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais a equipe assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

As equipes de Saúde da Família, principal forma de organização do trabalho na Atenção Básica, devem se organizar de forma a atender as demandas da população local, valorizando seus anseios e acolhendo suas necessidades, respeitando o princípio da equidade.

No cotidiano de trabalho, as equipes de Saúde da Família lidam com diferentes e complexas demandas relacionadas à saúde, pelas próprias características do processo de trabalho dessas equipes, em que estão mais próximas de onde as pessoas vivem, em contato diário com as condições de vida e saúde da comunidade, marcadas, muitas vezes, pelas iniquidades sociais. Estas questões expõem as equipes a diversas situações de vulnerabilidade, à sobrecarga física e psicossocial. Em decorrência da proximidade e vínculo que constroem com a comunidade, sendo referência de atenção à saúde, as equipes assumem inúmeras e diversificadas atribuições. Soma-se a isto, as características do ambiente e da organização do trabalho que também expõem as equipes a riscos para a sua saúde, como por exemplo, riscos físicos, biológicos e psicossociais e que além de influenciar a condição de saúde da própria equipe também podem influenciar na qualidade da assistência prestada (TRINDADE *et al.*, 2010).



Na mesma linha, Pereira (2011) destaca que os profissionais das equipes de saúde da família convivem, cotidianamente, com sentimentos de ansiedade, dúvidas, medos os quais podem se constituir em fatores estressores. Segundo o autor, o estresse constitui *um conjunto de reações fisiológica, biológica e comportamental que um organismo desenvolve ao ser submetido a mudanças ou situações novas, geradas por pressões externas ou internas, visando a adaptação*. Tal estresse pode levar o indivíduo ao adoecimento, causando danos psicológicos aos trabalhadores envolvidos, interferindo na vida pessoal e no trabalho (PEREIRA, 2011, p. 16).

O estresse laboral crônico caracteriza a Síndrome de *Burnout*, também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, descrita pela primeira vez em 1974, por Herbert J. Freudenberger como *“um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está diretamente relacionada à vida profissional”* (PEREIRA, 2011, p.18). A Síndrome de *Burnout* é caracterizada por três dimensões relacionadas, porém independentes: a) a exaustão emocional, expressa pela falta ou carência de energia e entusiasmo em razão do esgotamento de todas as possibilidades para se alcançar os objetivos propostos pelo seu trabalho; b) a despersonalização, fenômeno em que o profissional passa a tratar os clientes/pacientes, colegas e a organização de forma distante e impessoal; e c) a baixa realização no trabalho, caracterizada pela tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa (TRINDADE, *et al.*, 2010).

É neste contexto que este estudo se insere, e tem como objeto a Síndrome de *Burnout* em profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta reflexão está contextualizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Belo Horizonte - Minas Gerais. A UBS em questão possui cinco equipes de saúde da família, responsável por uma população aproximada de 17.000 habitantes, em sua maioria SUS dependente. A população é classificada como risco D, que significa grande vulnerabilidade social. Em relação aos trabalhadores da saúde observam-se situações de adoecimento, faltas, atestados médicos, afastamentos, os quais podem estar relacionados ao estresse gerado pelo trabalho.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Propor Plano de Intervenção para a melhoria das condições de trabalho das equipes de Saúde da Família, com ênfase para as ações de prevenção da Síndrome de *Burnout*.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar os fatores de risco para o desencadeamento da Síndrome de *Burnout* e as medidas de prevenção da doença;
- Identificar ações de melhoria das condições de trabalho e saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família

### 3. JUSTIFICATIVA

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população, na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2001, p.27).

o estabelecimento da relação causal ou do nexo entre um determinado evento de saúde – dano ou doença – individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. De modo esquemático, esse processo pode se iniciar pela identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho e/ou a partir do diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores (BRASIL, 2001, p.27).

Para Assunção e Lima (2012), os trabalhadores em saúde são profissionais que estão envolvidos diretamente em ações voltadas aos usuários, prestando assistência aos mesmos, independentemente do tipo de contrato ou vínculo, tanto no setor público quanto no setor privado. Geralmente atuam no nível da gestão ou da assistência direta ao paciente doente ou atendido em programas de promoção da saúde, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia. Os autores chamam a atenção para a estreita relação entre a saúde dos trabalhadores e as condições de trabalho em que estão inseridos. As condições de trabalho são as circunstâncias pelas quais o trabalho é desenvolvido e envolve a exposição aos riscos físicos, químicos, mecânicos, biológicos e psicológicos.

No caso específico dos profissionais da ESF, estão em contato muito próximo da população, pelas próprias características da forma de organização do processo de trabalho. Assim, considerando a importância da saúde do trabalhador da saúde e reconhecendo o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença desses, este estudo propõe elaborar um Plano de Intervenção, com vistas a melhoria das condições de trabalho e saúde das equipes de saúde da família, especialmente no que se refere à prevenção de riscos psicossociais, muito presentes neste tipo de trabalho

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) um ambiente de trabalho saudável é *“aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de*

*todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho”* (OMS, 2010 p.11). Para tanto, o documento considera ainda quatro áreas-chave as quais devem ser trabalhadas, com vistas a um ambiente de trabalho saudável: a) ambiente físico de trabalho; b) ambiente psicossocial de trabalho; c) recursos para a saúde pessoal e d) envolvimento da empresa/organização na comunidade.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caráter exploratório, em que foi realizada pesquisa documental e revisão da literatura científica com vistas a proposição de um Plano de Intervenção. Buscou-se publicações que abordassem a Síndrome de *Burnout* em profissionais da Estratégia Saúde da Família, no período de 2003 a 2011, nas seguintes bases de dados: Bireme, Scielo, Lilacs, PsycInfo, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. (BVS/MS). Foram utilizados como descritores: Síndrome de *Burnout*, Síndrome do Esgotamento Profissional, processo de trabalho, profissionais de saúde, Estratégia Saúde da Família.

Após leitura dinâmica dos documentos, as informações e resultados obtidos foram analisados e comparados, considerando alguns aspectos relevantes da doença em profissionais da Estratégia Saúde da Família, como por exemplo, os principais fatores desencadeantes e fatores de risco, as estratégias de intervenção e prevenção da doença, perfil dos trabalhadores com a Síndrome, as características principais das condições e organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, entre outros. Além disso, foi levado em consideração a prática cotidiana do trabalho na ESF e os conhecimentos adquiridos neste curso de especialização que esta sendo concluído.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1. Síndrome de *Burnout*

A expressão “*Burnout*” vem do inglês e se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, ou seja, uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (FRANÇA, 2010, p.21).

Ainda de acordo com França (2010), o estresse tem sido considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global com diversos fatores que agravam ou atenuam a situação. Após vários estudos sobre estresse surgiram relatos sobre a Síndrome de *Burnout*. Em 1969, Brandley utilizou pela primeira vez o termo *Burnout* que ficou definitivamente conhecido em 1974, por meio do trabalho desenvolvido por Freudenberger, com pacientes toxicod dependentes (FRANÇA, 2010).

De acordo com Trindade e Lautert (2010), na Legislação Brasileira, a Síndrome de *Burnout* consta na Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças dos Trabalhadores. No Código Internacional de Doenças (CID-10), aparece de forma genérica no código Z73.0 do Capítulo XXI que trata dos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde sendo entendida como esgotamento.

A Síndrome de *Burnout* está relacionada a atitudes e condutas negativas com relação aos usuários e colegas de trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos e danos tanto à saúde do trabalhador quanto para o trabalho interferindo assim em suas práticas. Também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, *Burnout* é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. É resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. Em geral, trabalhador antes muito envolvido afetivamente com os usuários, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e perde o sentido da sua relação com o trabalho, expresso entre outros pelo desinteresse (BRASIL, 2001, p.192).

De acordo com Trindade *et.al.* (2010), tal síndrome é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, consequentes da má adaptação ao trabalho e com intensa carga emocional e pode estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho.

Segundo Maslach e Jackson (1981), a síndrome de *Burnout* é composta por três elementos centrais:

- exaustão emocional (sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo);
- despersonalização (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente);
- diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho).

A diferenciação entre a Síndrome de *Burnout*, uma resposta ao estresse laboral crônico, deve sempre ser feita de outras formas de resposta ao estresse. A Síndrome de *Burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho (BRASIL, 2001). Por outro lado, o quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. Pode estar associada a uma suscetibilidade aumentada para doenças físicas, uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio) e para o suicídio, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. De acordo com França (2010), o Ministério da Saúde classifica as manifestações da Síndrome de *Burnout* em quatro níveis: nível 1: falta de vontade, ânimo ou prazer de ir trabalhar, dores nas costas, pescoço e coluna. Diante da pergunta o que você tem? Normalmente a resposta é "não sei, não me sinto bem"; nível 2: começa a deteriorar o relacionamento com outros. Pode haver uma sensação de perseguição ("todos estão contra mim"), aumenta o absenteísmo e a rotatividade de empregos; nível 3: ocorre diminuição notável da capacidade ocupacional. Podem começar a aparecer doenças psicossomáticas, tais como alergias, psoríase, picos de hipertensão, etc. Nesta etapa se começa a automedicação, que no princípio tem efeito placebo, mas, logo em seguida, requer doses maiores. Neste nível tem se verificado também um aumento da ingestão alcoólica. Por fim, no nível 4: caracterizado por alcoolismo, drogadição, ideias ou tentativas de suicídio, pode surgir doenças mais graves, tais como; câncer, acidentes cardiovasculares, entre outras.

De acordo com França (2010), as quatro classes sintomatológicas da síndrome são: física, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquica, observada pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, quando o indivíduo se apresenta negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflitivas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário

de trabalho e defensiva, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica

A prevalência desta Síndrome abrange trabalhadores jovens, em início de carreira, sendo mais comum entre os que ainda não completaram 30 anos e é atribuída à pouca experiência do trabalhador, que acarreta insegurança ou “choque de realidade”, quando este percebe que o trabalho não garantirá a realização de seus anseios. Ademais, a idealização, muito comum entre trabalhadores mais jovens, associa-se às expectativas elevadas, as quais muitas vezes não são concretizadas. Neste contexto, paradoxalmente, a motivação excessiva torna os indivíduos mais vulneráveis ao *Burnout* (TRINDADE; LAURTERT, 2010, p.277).

a Síndrome é atribuída à pouca experiência dos trabalhadores, o que acarreta insegurança, ou ao choque com a realidade, quando percebem que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos. A Síndrome de *Burnout* pode se apresentar desde o início da atividade profissional, entretanto também pode exteriorizar-se mais adiante, ante as mudanças laborais (TRINDADE *et.al*, 2010, p.687).

De acordo com Maturabo *et al.* (2009), a prevalência de *Burnout* é menor entre os profissionais que tem algum *hobby*, que pratica atividade física regular, apresenta maior tempo e experiência na área de atuação e possui título de especialista. Outras pesquisas, segundo Trindade e Laurantet, (2010) evidenciam níveis mais elevados de desgaste emocional entre as mulheres e entre os homens, a despersonalização, o que é atribuído à influência dos papéis sociais desses atores. No caso das mulheres, o desgaste emocional pode ser decorrente da dupla jornada de trabalho. Já a despersonalização, estaria associada aos homens em decorrência da pressão e exigência social em relação ao cumprimento de determinados papéis masculinos.

De uma forma geral o desenvolvimento da “*Síndrome de Burnout envolve vários fatores individuais e laborais sendo, portanto, multicausal, no qual as variáveis socioambientais são coadjuvantes do processo*” (TRINDADE *et al*, 2010, p.688). O Inventário de *Burnout* procura identificar aspectos associados às relações e condições do trabalho que desencadeiam a Síndrome, avaliando as dimensões desgaste emocional, despersonalização e competência profissional. Apesar de poucos trabalhadores (6,9%) estarem comprometidos pela Síndrome de *Burnout*, os fatores desencadeantes ou associados a esse problema necessitam ser investigados para permitir intervenções que favoreçam à saúde dos trabalhadores.



## 5.2. Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da Síndrome

Os fatores de risco na Síndrome de *Burnout* estão relacionados ao tipo de trabalho desenvolvido, às características de cada indivíduo, às formas de organização e gestão do trabalho da organização/instituição a qual o trabalhador está inserido e aspectos da sociedade, de forma geral.

De acordo com Trindade e Laurtert (2010), o perfil dos trabalhadores, a falta de capacitação, a remuneração insuficiente e a ausência de uma política de recursos humanos, além de dificultar a construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime, podem gerar frustração ao trabalhador, colaborando para o desencadeamento da Síndrome.

O Inventário de *Burnout* é uma ferramenta importante, na medida em que busca identificar o grau de esgotamento profissional, por meio de aspectos associados às relações e condições do trabalho que desencadeiam a Síndrome, avaliando assim, aspectos do desgaste emocional, despersonalização e competência profissional (TRINDADE et al., 2010) . O inventário consiste em um questionário denominado *Maslach Inventário de Burnout (MBI)*, único instrumento que contempla as três dimensões da Síndrome (PEREIRA, 2011). Para Trindade e Lautert, (2010) o *MBI* trata-se de uma escala do tipo *Likert* com 22 questões, as quais nove avaliam o desgaste emocional; cinco a despersonalização e oito a realização profissional. Os escores totais são calculados para cada uma das três dimensões e pontos de corte são utilizados para classificar em níveis alto, médio e baixo. A combinação dos níveis encontrados nestes três parâmetros define o grau de esgotamento do trabalhador (PEREIRA, 2011).

A prevenção da Síndrome de *Burnout* requer mudanças na cultura da organização do trabalho. A organização do processo de trabalho não pode ser pautada na exploração do desempenho individual, na intensidade de trabalho, sobrecarga e competitividade. Ao contrário, deve-se buscar metas coletivas que incluam o bem-estar individual. A prevenção desses agravos requer uma ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e os de vigilância. É importante que o trabalhador, que neste caso tornou-se um paciente, seja cuidado por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, que trabalhe tanto os aspectos de suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador quanto os aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2001).

### 5.3. Diagnóstico e tratamento

No quadro clínico da Síndrome de *Burnout* podem ser identificados: história de grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o caráter de missão; sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo (exaustão emocional); queixa de reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente (despersonalização); queixa de sentimento de diminuição da competência e do sucesso no trabalho (BRASIL, 2001). Sintomas inespecíficos geralmente também estão associados, tais como: insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando síndrome depressiva e/ou ansiosa (BRASIL, 2001).

Em relação ao tratamento, são citados: o uso de farmacológicos; a psicoterapia; atividades físicas e intervenções psicossociais. O tratamento farmacológico deve ser prescrito por especialista, sendo indicado em casos de sintomas depressivos e quadros graves de ansiedade (BRASIL, 2001). A psicoterapia realizada de forma individual ou em grupo visa demonstrar aos indivíduos como conviver com situações estressantes, bem como desenvolver estratégias adequadas de enfrentamento. Além disso, permite adquirir técnicas de resolução de problemas, de controle da ansiedade, gerenciamento do tempo, de demandas profissionais e habilidades interpessoais e sociais, fortalecendo a capacidade do indivíduo de conviver bem com seu ambiente de trabalho (MASLACH, *et al*, 2001). Segundo Souza e Silva (2002), a atividade física, bem como técnicas de relaxamento e meditação, ajudam a recuperar a homeostase, além de estimular o organismo a produzir endorfinas trazendo sensações de alívio e bem estar.

É interessante destacar, que no caso de suspeita ou confirmação da Síndrome, o profissional deve, entre outras ações: informar o trabalhador sobre o agravo, seus fatores de risco e formas de prevenção e tratamento; investigar se há outros trabalhadores no mesmo ambiente de trabalho/instituição com as mesmas queixas/sintomas; notificar o caso aos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador), por meio dos instrumentos próprios, à DRT/MTE e ao sindicato da categoria; providenciar a emissão da CAT, caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social; orientar quanto aos direitos previdenciários e trabalhistas.

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

No módulo de “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, no referido Curso de Especialização em Saúde da Família são abordados aspectos conceituais e práticos sobre plano e projeto de intervenção. Campos, Faria e Santos, (2010), buscam em Carlos Matus (1989), o conceito de plano, como sendo “um produto momentâneo de um processo de planejamento” e importante instrumento que, em determinados momentos, permite o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados. Já o projeto de intervenção está sempre embasado em um problema, individual ou coletivo e que requer, portanto, “uma ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos [...] e de tempo” (ARMANI, 2000). Para Stephanou, Muller e Carvalho (2003), elaborar um projeto de intervenção implica conhecer a realidade na qual se pretende atuar, criar estratégias/ações para transformar essa realidade e conscientizar-se de que exige esforços e capacidade para propor e programar a intervenção.

O quadro a seguir apresenta o Plano de Intervenção a ser realizado em uma unidade básica de saúde do Distrito de Venda Nova, no município de Belo Horizonte – Minas Gerais. O público alvo são profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Nó crítico	Objetivo	Ação	Resultados esperados	Recursos necessários
Condições de trabalho determinando o adoecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica.	Conhecer a situação de saúde e condições de trabalho das equipes de Saúde da Família;	Desenvolvimento de um diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores da equipe de saúde da família, identificando as doenças referidas mais comuns e os riscos para a saúde presentes no ambiente de trabalho.	Gestor, coordenador e equipe informada sobre o perfil de adoecimento dos profissionais de saúde e sobre os riscos ocupacionais.	Pessoal: gerente e enfermeiros para auxiliar no desenvolvimento do diagnóstico e sistematização dos dados obtidos. Estrutura: espaço para a realização do diagnóstico (entrevista coletiva).
	Identificar estratégias e ações de mitigação dos riscos ocupacionais presentes no trabalho das equipes de saúde da família;	Reuniões com equipes, sob a coordenação do gerente da UBS para identificação das ações a serem desenvolvidas de forma a prevenir os riscos ocupacionais.	Implantação de ações de prevenção de riscos ocupacionais;  Diminuição em 50% do absenteísmo;	Pessoal: gerente e outros profissionais. Estrutura: espaço adequado para realização das reuniões. Material: papel e canetas para registro das informações obtidas.
	Estimular prática de exercícios físicos e relaxamento no ambiente de trabalho;	Desenvolver programa de ginástica laboral.	Implantar ginástica laboral	Pessoal: profissionais de educação física que atuam na Academia da Cidade local ou no Nasf; Estrutura: espaço adequado para realização da ginástica laboral.
	Fortalecer vínculo entre usuários, profissionais e gestores, no intuito de pactuar ações que visam	Reuniões periódicas com a participação de representantes dos usuários, profissionais da Unidade Básica de Saúde, e	Reunião mensal, com a garantia de representantes dos profissionais, usuários e gestores.	Pessoal: gestores (representante do Distrito e gerente da unidade), dois profissionais de cada

Condições de trabalho determinando o adoecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica.	melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários sem sobrecarregar os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde.	gestores para discussão e implementação de ações que garantam adequadas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, no âmbito do SUS;		categoria. Estrutura: espaço adequado para realização das reuniões
	Garantir que os profissionais se sintam valorizados e demonstrar a sua importância para o bom funcionamento do serviço;	Promover momentos de confraternização entre os profissionais da equipe de saúde da família.	Confraternização mensal: “Café com Saúde” para comemorar os aniversários do mês.	Pessoal: gerente, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, profissionais que atuam no Nasf, auxiliares administrativo, auxiliares de limpeza, porteiros, guarda municipal. Estrutura: sala de reuniões da unidade.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que a Síndrome de *Burnout* é um tema ainda pouco abordado, mas de grande relevância para saúde pública, uma vez que vem acometendo um número considerável de profissionais.

Por muitas vezes o profissional começa a manifestar os primeiros sintomas que são parecidos com os sintomas da Depressão e inicia o tratamento tardiamente quando o grau de sofrimento já começa a afetar sua vida profissional e também pessoal.

Os profissionais da ESF estão expostos a vários fatores de risco que predispõe ao surgimento da Síndrome, dificultando o seu desempenho no trabalho.

Ao desenvolverem as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência, preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os profissionais de saúde da família se deparam com diversas situações e problemas de saúde pelos quais não conseguem encaminhar/resolver. A frequência de situações pelas quais os profissionais não possuem resolutividade, desencadeia sentimentos de angústia, desânimo, desestímulo, sofrimento e outras formas de adoecimento. Com isso afasta-se do trabalho, sendo que a qualidade do mesmo fica comprometida com a ausência destes profissionais e assim a população começa a reclamar e questionar o que aumenta ainda mais a frustração destes profissionais.

Neste contexto, espera-se que o plano de intervenção proposto contribua para tornar o ambiente de trabalho mais agradável em que os profissionais se sintam valorizados e apoiados pela gerência e demais profissionais, além de terem o reconhecimento da população de sua área de abrangência.

Considera-se importante a elaboração de estratégias organizacionais visando a melhoria do ambiente e estrutura de trabalho. Os recursos físicos e materiais devem ser adequados e em quantidade suficiente para garantir a qualidade da assistência prestada aos usuários. Deve-se haver remuneração compatível com a complexidade do trabalho prestado garantindo a satisfação dos trabalhadores. A educação permanente, por meio de capacitações e atualizações, devem ser promovidas, a fim de favorecer o aperfeiçoamento profissional proporcionando maior segurança na prática das ações de saúde.

Conclui-se que essas estratégias de intervenção podem proporcionar maior tranquilidade na realização do trabalho, diminuindo os problemas de saúde, melhorando a

qualidade de vida no trabalho, possibilitando assim uma assistência de qualidade prestada a população.

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO. A. A. LIMA. C. R. de. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde: caderno de textos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012, 82p.

ARMANI, D. **Como elaborar projetos?** Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais. Porto Alegre: Tomo/AMENCAR, 2000, Disponível em: [http://fld.com.br.s125105.gridserver.com/arquivos/Guia\\_para\\_Elaborao\\_de\\_Projetos\\_Sociais.pdf](http://fld.com.br.s125105.gridserver.com/arquivos/Guia_para_Elaborao_de_Projetos_Sociais.pdf). Acesso em: 15 ago.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: 2001, 580p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: 2011.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. Disponível em: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento e avaliação das ações de saúde 2/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 16 ago.2013.

FRANÇA. F. M. de. **Estudos sobre a Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem em dois hospitais de médio porte no município de Cárceres- MT**. Dissertação de mestrado. Área de concentração em Saúde Coletiva do Programa de Pós – graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2010, 123p.

MASLACH *et al.* **Job *Burnout***. Annu. Revista Psychologia. v.52, p.397-422, 2001.

MASLACH. C; JACKSON. S. E. **The measurement of experienced *Burnout***. Journal of Occupational Behavior. v.2, n.2, p. 99-113, 1981.

MATUBARO. K. C. A. *et al.* **A Síndrome de *Burnout* em profissionais da Saúde: Uma revisão bibliográfica**. Faculdade de Ciências – Psicologia. p -981 – 985, 2009. Disponível em : [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em : 03 mar.2013.

MATUS.C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA. F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MYOTIN, E; BORGES, K. E. **Educação Física: atenção a saúde do adulto**. 2 ed. Belo Horizonte:Nescon/UFMG,2011.Disponívelem: [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento e avaliação das ações de saúde 2/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 06 out 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Brasília: SESI/DN, 2010.26 p.



PEREIRA. D. G. **Síndrome de *Burnout* em trabalhadores do Programa Saúde da Família: Uma revisão de literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa, 2011, 37p.

STEPHANOU. L; MULLER. L. H; CARVALHO. I. C. M. **Guia para elaboração de projetos sociais.** Porto Alegre: Sinodal e Fundação Luterana de Diaconia, 2003. In: ARMANI, D. **Como elaborar projetos?** Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais. Porto Alegre: AMENCAR, 2003. Disponível em: [http://fld.com.br.s125105.gridserver.com/arquivos/Guia\\_para\\_Elaborao\\_de\\_Projetos\\_Sociais](http://fld.com.br.s125105.gridserver.com/arquivos/Guia_para_Elaborao_de_Projetos_Sociais). Acesso em: 15 ago.2013.

SILVA. J. B. da. SALOTE. A. C. B. **A ginástica laboral como forma de promoção à saúde.** São Paulo: Revista Fisioterapia Especialidades. v.1, n.1, p.15-19, 2007.

SOUZA. W. C.; SILVA. A. M. M. **A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no *Burnout* em profissionais da saúde.** Estudo psicologia. v.19, n.1,2002. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 01 mai.2013.

TRINDADE. L. L; LAUTERT. L. **Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.** São Paulo: Revista Escola de Enfermagem USP. v.44, p. 272-279, 2010. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 03 mar.2013.

TRINDADE. L. L. et al. **Estresse e Síndrome de *Burnout* entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família.** São Paulo: Revista Acta Pal. Enfermagem. v.23, p 684-689, 2010. Disponível em : [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 03 mar.2013.