

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Síndrome de Burnout em gerentes de atenção primária em saúde”

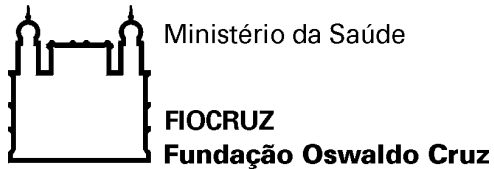
por

Alice Mariz Porciuncula

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade
Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira
Segundo orientador: Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva*

Rio de Janeiro, maio de 2015.



Esta dissertação, intitulada

“Síndrome de Burnout em gerentes de atenção primária em saúde”

apresentada por

Alice Mariz Porciuncula

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Prof.^a Dr.^a Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P834s Porciuncula, Alice Mariz
Síndrome de Burnout em gerentes da atenção primária à
saúde. / Alice Mariz Porciuncula. -- 2015.
98 f. : tab. ; graf.

Orientador: Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Esgotamento Profissional. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Gestor de Saúde. 4. Gerência. 5. Estratégia Saúde da
Família. 6. Fatores de Risco. I. Título.

CDD – 22.ed. – 158.7

Dedicatória

Essa dissertação é dedicada à Maria Ilza Franco, minha avó, meu amor. E a todos os profissionais que lutam pela melhoria das condições de saúde da população brasileira.

AGRADECIMENTOS

Emito os meus mais sinceros sentimentos de gratidão:

À Denise Franco, que me ensinou as mais nobres virtudes da vida, que me nutriu não só de alimentos, mas também de humildade e alegria;

À Juliana Leão, pelo apoio, amor, amizade e parceria permanente;

A Éden Mariz, por sempre se orgulhar das minhas conquistas;

A Nádia Franco, que sempre incentivou meu aprendizado;

Aos amigos do Mestrado, Mariana Scardua, Diogo Silva Amanda Fehn, Carlos Rafael, Cyro Mendes, Angélica Rocha, Daniel Puig, Monique Bloise, Laila Louzada e Viviane Jacob por apoiarem esta pesquisa;

À Wendy Davies, por ter dado grande suporte a mim e a esta dissertação;

À equipe da Clínica da Família Joãosinho Trinta, pela compreensão e apoio de sempre;

À equipe do CMS Iraci Lopes, pelos ensinamentos que foram base de minha carreira;

À Viviane Simões, por acreditar no meu potencial, me estimulando a crescer;

A Antônia Moreira, Thais Façanha, Alessandra Vallegas, Juliana Serra, Andrea Pereira, Marília Verdussem e Hania Bidu pelo amparo em dias difíceis;

A Sandra Venâncio e Cosme Passos por orientarem este estudo;

A Sandra Fortes pela disponibilidade e troca de saberes;

À Melina Ponchio, Mariana Várzea, Amanda Rodrigues, Luiza Werneck por compreenderem as ausências e porque é a amizade que nos sustenta.

“Nada tão comum
que não possa chamá-lo
meu

Nada tão meu
que não possa dizê-lo
nosso

Nada tão mole
que não possa dizê-lo
osso

Nada tão duro
que não possa dizer
posso.”

(LEMINSK)

LISTA DE SIGLAS

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Coordenação de Área Programática

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

GAT – Grupo de Apoio Técnico

GIL – Gerenciador de informações locais

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSS – Organização Social em Saúde

SB – Síndrome de Burnout

SF – Saúde da Família

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISHIPERDIA – Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SMSDC – Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	13
Objetivos	18
Capítulo 1 - A Síndrome de Burnout como um problema de Saúde Pública	19
1.1 - A Síndrome de Burnout: conceito e história	19
1.2 - Abordagens e fatores de risco (associados)	23
1.3 - A Síndrome de Burnout na Atenção Primária	26
1.3.1 A Síndrome na APS brasileira	28
1.4 - Intervenções e cuidados	30
Capítulo 2 - Materiais e métodos	34
2.1 - Contexto Operacional da Pesquisa	34
2.2 - Participantes e critérios de Seleção	35
2.3 - Instrumentos de Coletas de Dados	36
2.3.1 – Questionário Individual	36
2.3.2 – <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	36
2.4 - Definição de Síndrome de Burnout	38
2.5 - Procedimento de Coleta de Dados	39
2.6 - Procedimentos de Análise de Dados	41
2.7 - Procedimentos éticos	41
Capítulo 3 - Resultados	42
3.1 - Questionários Individual	42
3.2 - <i>Maslach Burnout Inventory</i>	54
3.3 - Variáveis Explicativas	56
Capítulo 4 - Discussão	59
Conclusão	76
Referências Bibliográficas	78
Anexos	
Anexo 1 – Atribuições dos gerentes segundo Carteira de Serviços disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro	
Anexo 2 – Atribuições dos gerentes segundo regimentos internos das unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro	
Anexo 3 – Questionário individual	
Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontos de corte para diagnóstico das Dimensões da Síndrome de Burnout

Tabela 2 - Média, Desvio-padrão, Escore mínimo e máximo, Amplitude e Coeficiente Alfa Cronbach

Tabela 3 - Respostas aos questionários por Área de Planejamento

Tabela 4 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo perfil Socioeconômico

Tabela 5 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo Experiência Profissional

Tabela 6 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo Qualificação Profissional

Tabela 7 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes quanto à Personalidade

Tabela 8 - Distribuição absoluta e proporcional quanto ao Aparecimento de Sinais e Sintomas após assumir cargo de gerente

Tabela 9 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo características da unidade onde atuam

Tabela 10 - Distribuição absoluta e proporcional da avaliação dos trabalhadores quanto as Condições Físicas da unidade onde atuam

Tabela 11 - Distribuição absoluta e proporcional quanto à Violência armada e situações de conflito

Tabela 12 - Distribuição absoluta e proporcional quanto a Carga horária de trabalho segundo os gerentes

Tabela 13 - Distribuição absoluta e proporcional da Percepção dos gerentes quanto à carga de trabalho

Tabela 14- Distribuição absoluta e proporcional da Avaliação dos gerentes quanto ao Apoio Institucional

Tabela 15 - Distribuição absoluta e proporcional da Percepção dos gerentes quanto ao Processo de trabalho

Tabela 16 - Distribuição absoluta e proporcional da Percepção dos gerentes quanto a Estabilidade, Ascensão profissional e Remuneração

Tabela 17 - Distribuição absoluta e proporcional quanto as Dimensões da Síndrome de Burnout

Tabela 18 - Distribuição absoluta e proporcional quanto à presença Síndrome de Burnout encontrada nos gerentes de APS

Tabela 19 - Síndrome de Burnout em gerentes achados absolutos e proporcionais

Tabela 20 - Variáveis explicativas associadas ao Burnout em gerentes da APS

RESUMO

A Síndrome de Burnout (SB) é considerada uma doença relacionada ao trabalho e vem sendo estudada desde os anos 50. Composta por três dimensões específicas, exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, a síndrome acomete principalmente trabalhadores que atuam com serviços humanos, dando respostas às necessidades das pessoas. O gerente da Atenção Primária à Saúde (APS) é um cargo de início recente no município do Rio de Janeiro. Além de se enquadrar no perfil expresso anteriormente, aglomera responsabilidades e funções variadas, acrescidas de curtos prazos e mudanças frequentes, tal contexto configura a possibilidade de levar esses profissionais ao esgotamento profissional. Assim, este estudo teve como objetivos identificar a presença ou ausência da Síndrome de Burnout em gerentes atuantes na APS do município do Rio de Janeiro, bem como, traçar o perfil desses profissionais e estudar possíveis variáveis explicativas para os resultados encontrados. Através de metodologia quantitativa de cunho descritivo e transversal, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semi estruturado composto de duas partes: um questionário individual com questões referentes ao perfil dos gestores e possíveis variáveis explicativas e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que é a escala mais utilizada mundialmente para aferição da Síndrome. Os resultados indicaram que grande parte dos gestores de APS apresentam níveis altos ou moderados nas três dimensões do Burnout. A Síndrome de Burnout foi identificada em 11,2% dos gerentes. Estes achados representam valores que certas vezes ultrapassam o encontrado em estudos nacionais em profissionais da Atenção Básica à Saúde. Foram identificadas associações com múltiplos fatores, tendo sido predominantes no que refere às características organizacionais. O estudo concluiu que há um resultado significativo quanto ao Burnout nesta população. Dado aos prejuízos trazidos pelo Burnout, já confirmados por diversos estudos, e considerando o gestor local um ator de extrema importância para consolidação de uma APS de qualidade, indica-se a necessidade de investimento em medidas para o enfrentamento da Síndrome.

Palavras-chave: Burnout; Atenção Primária à Saúde; Gerente

ABSTRACT

The Burnout syndrome (BS) is considered a disease related to work and has been studied since the 50s. Consisting of three specific dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and professional accomplishment, the syndrome affects mainly professionals who work with human services that usually need to deal with people's demands. The manager of Primary Health Care (PHC) is a recent job position in Rio de Janeiro city. Besides fitting into the previous cited profile, the manager also needs to manage different tasks and responsibilities which are usually followed by short-term deadlines and frequent changes. Such context sets up the possibility of a professional breakdown.

Therefore, this study aimed to identify the presence or absence of the Burnout Syndrome in active managers on the APS in the municipality of Rio de Janeiro, as well as outline the profile of these professionals and investigate possible explanatory variables for the results.

Using a quantitative methodology of descriptive and transverse nature, a semi questionnaire was used as an instrument of data collection. It's composed of two parts: an individual questionnaire with questions related to the profile of managers and possible explanatory variables and the Maslach Burnout Inventory (MBI) which is the most widely used worldwide scale for measuring syndrome. The results indicated that the majority of APS managers have high or moderate levels in three dimensions of Burnout. The Burnout Syndrome was identified in 11.2% of the managers. These results represent values that sometimes exceed the ones found in the national studies related to primary health care workers. Associations with multiple factors were identified regarding organizational characteristics.

The study concluded that there is a significant result of Burnout in this population and, as the syndrome causes great losses among the managers (as shown in several studies), It should be avoided as much as possible. This fact indicates the need for investment in measures to combat the syndrome once the managers play an extreme important role in consolidating a quality APS.

Keywords: Burnout; Primary Health Care; Manager

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui desde os anos 1990, na política adotada pelo governo brasileiro para a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS). Desde então o número de trabalhadores nas Unidades Básicas de Saúde tem aumentado. As equipes são compostas por profissionais de diversas formações (cirurgiões dentistas, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde).

Estes trabalhadores estão submetidos a relações contratuais muitas vezes distintas e a um processo de trabalho construído a partir da interação de habilidades técnicas e relações interpessoais, marcado por grande sobrecarga de trabalho e crescente responsabilidade. Segundo Haikal et al (2013) estes fatores aliados a necessidade de produtividade, podem levar a mudança na rotina e no estilo de vida destes profissionais, levando à possibilidade de desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho.

Além disto, segundo Albuquerque (2012) as falhas operacionais do Sistema acabam por levar os profissionais a um sentimento de que o “SUS real”, vivenciado diariamente pelos profissionais é muito distante do “SUS teórico”, o que gera consequências negativas para os trabalhadores, podendo repercutir para altos índices de Burnout.

O Município do Rio de Janeiro vem ampliando os investimentos na Atenção Primária, desde 2009. A complexidade existente na cidade é permeada por múltiplos fatores que dificultaram ao longo do tempo a consolidação da APS, entre estes, podemos citar o modelo hospitalocêntrico predominante durante tantos anos, o forte apelo das indústrias farmacêuticas e de planos de saúde existentes na cidade.

Estes investimentos propiciaram o aumento da cobertura de 3,5% em 2008, para 40% em 2012, o que, dada as características de metrópole do município, significa em números absolutos, a expansão da atenção primária para cerca de 2,5 milhões de pessoas. Possibilitou ainda a criação de novas unidades e reformas de unidades antigas, assim como, a implantação de prontuários eletrônicos e garantia

de equipamentos adequados, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas (HARZHEIN, 2013).

Junto a essas melhorias surgiu uma figura que até então não existia nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município, o gerente. É sobre este profissional que estudaremos a presença da Síndrome de Burnout. Desta forma é importante que situemos ao leitor quem é este profissional, suas atribuições, bem como os desafios colocados para o desenvolvimento de sua prática profissional na Atenção Básica.

Por gerente, segundo a NOB 96/NOB/RH/2005 é considerado aquele profissional que se dedica a administrar uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.). Desta forma, se diferencia do gestor de saúde, a quem a legislação brasileira atribui o papel de autoridade sanitária em cada esfera de governo, sendo responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde.

Em que pese o fato da existência de uma distinção conceitual entre os papéis de gerente de sistema e de serviço de saúde, cabe ressaltar que não há ainda uma definição clara de atribuições e processos de trabalho destes profissionais nos diferentes níveis de atenção – primária, secundária e terciária –, fato que contribui para que haja, muitas vezes, por parte destes profissionais, uma absorção excessiva de atividades, levando, frequentemente, ao comprometimento dos produtos finais, que são o gerenciamento do processo de cuidar e a qualidade da atenção à clientela, de forma humanizada (XIMENES NETO, 2007)

Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família no país, a figura do gerente ganha novos contornos na Atenção Básica. De acordo com Mesquita et al (2013) o processo de trabalho do gerente na ESF é parte primordial do processo de produção em saúde e requer estudos, ações e formulação de estratégias com vistas ao desenvolvimento de cuidados seguros e à valorização profissional.

A importância do trabalho destes profissionais pode ser compreendida nas palavras de Passos (2006), que aponta que o trabalho realizado pelos gerentes determina o processo de organização de serviços de saúde, sendo fundamental para efetivação de políticas sociais. Ao mesmo tempo, ressalta alguns aspectos que podem prejudicar a atuação destes profissionais, como, por exemplo, situações

marcadas pela escassez de recursos organizacionais, materiais ou até mesmo éticos, o que reduz o serviço desses trabalhadores ao controle e à execução de tarefas que visam o alcance do produto e impacto esperado.

Continuando, este autor pontua que “o gerente atua onde os processos de trabalho, as pessoas e os planos se encontram e muitas vezes se chocam”. Além disto, há grande pressão externa para que este profissional atue com flexibilidade e com respostas ágeis às demandas solicitadas, acrescidas de cobranças internas por um controle total dos fatores que envolvem as questões de saúde locais (PASSOS, 2011).

De acordo com Pessoa (2011), o trabalho do gerente nas unidades de saúde é composto por três dimensões: a política, que é referente à sua finalidade, a organizacional, que é referente à gestão de serviços e a técnica que é referente ao trabalho em ato ou gestão do cuidado. Em síntese, afirma o autor “o papel da gerência é organizar os meios e os processos para que a organização cumpra os seus fins”.

A diversidade de atribuições e funções que estes profissionais desenvolvem foram descritas por Vanderlei (2007) e Pessoa (2011): supervisionar a limpeza, providenciar reparo e manutenção de material, planejar, coordenar e supervisionar os serviços de saúde, prever material permanente, distribuir tarefas, enviar relatórios, organizar fluxo e atividades voltadas para a comunicação; promover a integração entre os profissionais, o processo de trabalho, o acompanhamento e a avaliação das atividades desenvolvidas, a criação e manutenção de um ambiente agradável, a mediação de conflitos, a resolução de problemas, a articulação intersetorial e o monitoramento do alcance de metas pactuadas.

Para o desenvolvimento destas atividades, é necessário que o profissional além de dominar as técnicas de gestão, possua compromisso com a tarefa organizacional e seja capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa (VANDERLEI, 2007).

Contudo, não é fácil mobilizar o conjunto da organização, sobretudo, devido ao profissional de saúde lidar no cotidiano do seu trabalho com situações de angústia, dor, conflitos e obstáculos trazidos pelo fato de lidar diretamente com a doença propriamente dita e/ou com a dificuldade de auxiliar seus assistidos a

manter/obter saúde. Trata-se de um profissional que atua comumente sob tensão e diante disto, acaba por enfrentar sentimento de frustração, angústia, fracasso e esgotamento, podendo certas vezes evoluir para o adoecimento físico.

A precariedade de condições/relações de trabalho traz diversas consequências para o trabalhador. Dentre elas estão: “o sentimento de não estar em casa”, o medo de não conseguir cumprir as determinações, receio de arriscar-se tanto físico quanto moralmente e a sensação de constante esforço físico e mental para manter suas atividades em andamento (LINHART, 2009).

Na Atenção Primária, segundo a OPAS (2007), o trabalho de gerente sofre ainda a sobrecarga de alguns desafios na área de recursos humanos: baixa motivação e remuneração dos profissionais, número insuficiente de trabalhadores qualificados, falta de apoio e supervisão adequados e formação não alinhada a APS.

Além disto, no cotidiano das práticas destes profissionais percebe-se, que nem sempre a formação desses profissionais, oferece subsídios suficientes para que os profissionais respondam às atribuições que lhe são direcionadas. Raros são os cursos no país de pós-graduação oferecidos envolvendo a gerência em APS. A ausência de suporte formativo vem dificultando o trabalho desses profissionais que grande parte das vezes se veem desprovidos de instrumentos para enfrentar os diversos desafios encontrados em seu cotidiano.

No município do Rio de Janeiro, a criação da figura do gerente trouxe novas oportunidades para os profissionais de atenção primária. Além de gerar um novo campo de emprego, constituiu uma possibilidade de aprendizado e crescimento profissional. A função obteve boa aceitação e procura, porém demonstrou-se carregada de metas e cobranças.

As atribuições destes profissionais no cenário carioca encontram-se definidas em alguns instrumentos gerenciais: carteira de serviços e regimentos internos das unidades. Na Carteira de Serviços disponibilizada pela Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil (SUBPAV, 2011) são definidas onze atribuições (anexo 1). Os regimentos internos das unidades, por sua vez, trazem outras competências para os gerentes, estas aparecem de maneiras semelhantes nos diferentes regimentos internos, somando 34 funções (anexo 2).

Apesar destes esforços as responsabilidades pertinentes ao cargo não estão colocadas de maneira singular e clara. Os documentos disponíveis apresentam divergências quanto ao que se espera de um gestor local, isso dificulta o trabalho do mesmo, uma vez que não delimita claramente suas funções.

Além disto, os investimentos realizados pela Prefeitura nos últimos cinco anos trazem consigo uma grande cobrança por resultados, uma vez que é preciso justificá-los. Esta demanda por constantes resultados, a serem cumpridos em prazos curtos, aliados a demandas infundáveis, amplia a pressão sobre os gestores locais, que nem sempre conseguem dar conta de todas as atribuições que lhe são delegadas e responder às expectativas colocadas.

É comum estes profissionais apresentarem aparência de cansaço e falas que expressam alto estresse emocional e físico. Muitos relatam o desejo de deixar o cargo por se considerarem incapazes de responder às expectativas inerentes à gerência ou por perda do prazer na profissão. Este estresse muitas vezes tem repercussões na vida pessoal e familiar do gerente, que carrega culpas por não conseguir realizar atividades prazerosas com a família ou amigos, seja por falta de tempo, seja por cansaço, seja por estresse. Alguns profissionais relatam que se sentem mais agressivos e irritados, outros emitem tristeza e fadiga constante. Esta situação pode gerar grande rotatividade desses profissionais, além de queda no desempenho dos mesmos.

É neste contexto que se inscreve o estudo sobre a Síndrome de Burnout entre os gerentes da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro. Esta Síndrome está associada ao estresse laboral crônico, fruto da desilusão, desânimo e uma intensa frustração com o trabalho, entre outros fatores.

A presença de Síndrome de Burnout pode influenciar a qualidade do serviço prestado pelo trabalhador, uma vez que o bem-estar e satisfação profissional são fatores importantes para que o mesmo exerça suas funções com melhor eficiência.

A síndrome traz prejuízos tanto para os profissionais quanto para as instituições. Segundo Moreno (2011), a falta de flexibilidade do processo institucional e a presença de exigências em excesso, geram insatisfação e ansiedade nos trabalhadores, levando ao comprometimento de sua saúde mental o que pode gerar consequências nas relações sociais e encaminhá-los para a

exclusão. Schaufeli et al (2008) complementa que nesses casos “a energia se torna exaustão, envolvimento se torna cinismo e eficácia se torna inoperância”.

As consequências negativas causadas pela SB são apontadas em diversos estudos, que indicam a necessidade da implementação de ações que atuem na redução dos problemas e dificuldades identificados no trabalho, assim como na disponibilização de apoio organizacional aos profissionais (MASLACH ET AL, 2001; TRIGO, 2007; MORENO, 2011).

Estudar a questão da Síndrome de Burnout envolvendo o gerente da Atenção Primária à Saúde pode auxiliar na reflexão quanto à forma como estes atores atuam, considerando fatores organizacionais, do trabalho, sociais e individuais. Como repercussão, novas maneiras de gerenciar podem ser pensadas de modo a prevenir e cuidar do adoecimento profissional, assim como de suas consequências.

A escolha deste município deveu-se ao fato deste Mestrado Profissional estar direcionado para ações realizadas neste espaço e a autora desenvolver atividades neste âmbito.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar a presença da Síndrome de Burnout em gerentes atuantes nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

Descrever o perfil dos gerentes de APS do município do Rio de Janeiro.

Estudar associações entre os fatores que podem influenciar a presença ou ausência da Síndrome de Burnout em gerentes de APS

1. A SÍNDROME DE BURNOUT COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

1.1 A Síndrome de Burnout: conceito e historia

A desilusão com o trabalho vem sendo descrita na literatura desde a década de 1950, quando Schwartz e Will, relataram um estudo de caso, decorrente da desilusão de uma enfermeira psiquiátrica com o seu trabalho, o que ficou conhecido na literatura como o caso “Miss Jones” (CARLOTTO&CAMARA, 2008).

No entanto, a expressão Burnout, como uma *Síndrome* proveniente da exaustão, desilusão e isolamentos entre os trabalhadores da saúde mental, somente foi descrita em 1974, Dr. Freudenberger (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARLOTTO&CÂMARA, 2008; CODO,1999).

A partir da sua própria experiência com a síndrome Freudenberger (1974), realiza um estudo onde descreve a Síndrome, norteado por algumas questões que ele se indaga: O que é Burnout? O que são estes sinais? Que tipos de personalidade são mais propensas ao desenvolvimento da Síndrome? Que medidas podem ser tomadas para intervir ou evitar o aparecimento da Síndrome?

Neste estudo, ele explica que a síndrome pode ser revelada em termos de sinais físicos e indicadores comportamentais. O autor descreve Burnout como uma falha decorrente da exaustão e fadiga provocada pelo trabalho excessivo, o que leva indivíduo a tornar-se inoperante para todos os fins e propósitos. Para ele, os indivíduos mais propensos ao desenvolvimento da Síndrome seriam aqueles que atuam com vistas a responder às necessidades humanas (FREUDENBERG, 1974).

Outro estudo considerado pioneiro nesta área foi o desenvolvido pela psicóloga social Cristina Maslach nos anos 1970. A autora e seus colaboradores estudavam as emoções no trabalho, a partir de entrevistas, observações e estudos de caso.

Nestas pesquisas alguns temas emergiram sugerindo que a Síndrome de Burnout possuía algumas regularidades identificáveis. A primeira, a ideia de que prover serviço ou cuidado pode demandar muito envolvimento e ocupação, levando a *exaustão emocional*. A segunda, a presença do fenômeno que eles denominaram de *despersonalização*. Consiste no distanciamento do profissional frente aos usuários, moderando a compaixão pelos clientes e fazendo-os agir negativamente e de forma insensível e desumanizada. Este comportamento funcionava como uma

estratégia face ao estresse emocional oriundo do trabalho. (MASLACH ET AL, 2001). A *diminuição da realização profissional* como a terceira dimensão da Síndrome, descrita pelos autores, somente foi incorporada em estudos realizados por eles, posteriormente. A mesma se refere a uma auto avaliação negativa quanto ao desempenho profissional. Estas três dimensões levaram aos autores mais tarde ao desenvolvimento da Escala MBI.

Maslach et al (2001) explica que as primeiras pesquisas possuíam cunho qualitativo, tendo se tornando majoritariamente quantitativas a partir de 1980. Quanto ao público alvo, dedicaram-se primeiramente aos profissionais da área da saúde. Nos anos 80 iniciaram os estudos com professores. Já nos anos 90 a síndrome começa a ser estudada em diversas ocupações (militares, da tecnologia de computação, clericais e gestores).

A partir dos estudos de Maslach e Freudenberg, outros autores começaram a desenvolver pesquisas sobre o tema. Em recente revisão, sobre os trinta e cinco anos de Burnout, Schaufeli et al (2008), traçaram uma linha do tempo na incorporação destas reflexões nos diferentes países. Ressaltam que até os anos de 1970, estavam mais concentradas nos Estados Unidos, tendo se expandido nos anos de 1980, para o Reino Unido, Alemanha, Holanda, Bélgica, Finlândia, Escandinávia e Israel. Nos anos de 1990 surgiram estudos em outros países da Europa, Ásia, Austrália, Nova Zelândia e América Latina. Por fim, no final do século, África, continente indiano e China. Esta diferença no tempo de produção sobre o tema corresponde segundo autores ao período de desenvolvimento econômico dos diferentes dos países.

Em que pesem estas diferenças, consideram que a globalização, privatização e liberalização da economia, podem ser vistos como as possíveis causas para o desenvolvimento de Burnout nas últimas décadas. Estes fenômenos ocasionaram mudanças bruscas no processo de trabalho, gerando cobrança por melhoria na qualidade e produtividade ao mesmo tempo em que reduziram os prazos para a execução dos trabalhos.

Em outra perspectiva, Carlotto e Câmara (2008) apontam que os seguintes aspectos contribuíram para o desenvolvimento dos estudos sobre Burnout: i) modificações realizadas no conceito de Saúde e na melhoria da qualidade de vida

pela OMS; ii) aumento da demanda e exigências da população no tocante aos serviços sociais básicos: saúde, educação e assistência; iii) maior conscientização de pesquisadores e órgãos públicos sobre o fenômeno, o que levou a necessidade de maior conhecimento sobre o tema.

Consideram ainda que a ampliação do interesse do tema é decorrente da melhor qualificação das questões metodológicas e adoção da medida MBI (*Maslach Burnout Inventory*), utilizado nas pesquisas de natureza transnacionais, bem como naqueles destinados a investigar o processo de desenvolvimento da síndrome. Por fim, destacam que a tradução dos instrumentos para medir a presença da Síndrome, que possibilitou seu estudo em outros países. (CARLOTTO&CAMARA, 2008)

Grangeiro, Alencar, e Barreto (2008), ao realizarem uma revisão acerca do tema identificaram algumas nomenclaturas que são utilizadas como sinônimos de Burnout: estresse laboral, estresse profissional, estresse assistencial e estresse ocupacional. Porém estes termos podem não corresponder às características da síndrome, dificultando a identificação da produção na área.

Apesar de esforços dos autores, não há consenso na literatura sobre a definição de Burnout e as características que compõem esta Síndrome.

Trigo (2007) norteado por textos da OMS (1998) e pelo trabalho desenvolvido por Cherniss (1980) ressalta que esta Síndrome envolve tanto sentimentos como desesperança, frustração, depressão, impaciência, raiva, irritabilidade, baixa energia, baixa autoestima e solidão, quanto sintomas físicos como cefaleia, náuseas, mialgia, dor lombar ou cervical e distúrbio do sono.

Para Codo (1999) Burnout é o nome que se encontrou para falar sobre a desistência no trabalho. Segundo o autor, este comportamento seria decorrente do conflito acentuado entre a exigência de um trabalho qualificado e as possibilidades reais de sua execução. Outro aspecto destacado pelo autor, consiste na diferença entre Burnout e Stress. Para ele a Síndrome de Burnout envolve atitudes e condutas negativas com relações aos usuários, clientes, organização de trabalho. Trata-se de uma experiência subjetiva, que envolve atitudes e sentimentos, que levam ao desenvolvimento de problemas de ordem práticas e emocional ao trabalhador e a organização. Por sua vez, assinala o autor, o stress é um esgotamento de natureza pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não necessariamente na sua relação com o trabalho, não envolve atitudes e condutas.

Por fim, diferencia ainda, esta síndrome da alienação. Com base nos estudos de Cherniss (1980), Codo (1999) explica que a alienação diminui a liberdade do sujeito para desempenhar sua tarefa; no caso de Burnout, a situação se inverte um pouco, o sujeito tem liberdade para agir, porém sobre uma tarefa impossível de realizar.

Maslach et al (2001), explicita, também, a diferença entre Burnout e depressão. A autora e seus colaboradores colocam que algumas pesquisas se dispuseram a buscar esta diferenciação. Concluíram que Burnout é uma doença específica do trabalho, enquanto a depressão pode atravessar todos os domínios da vida da pessoa. Outros estudos, ocorridos posteriormente, puderam identificar que pessoas mais susceptíveis à depressão estão mais vulneráveis a sofrer Burnout.

Voltando para a definição da síndrome, para Tamayo e Tróccoli (2002),

Burnout trata-se de uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho (insatisfação, desgaste, perda do comprometimento), minando o seu desempenho profissional e trazendo consequências indesejáveis para a organização (absenteísmo, abandono do emprego, baixa produtividade).

Por sua vez, Maslach e Leiter (1997), consideram que a Síndrome de Burnout ocorre onde há uma situação de “desbalanceamento crônico”, onde as demandas são maiores do que o profissional pode dar e onde se oferece menos do que o mesmo necessita. A síndrome é composta por três dimensões específicas: *exaustão emocional, despersonalização e realização profissional*.

A *exaustão emocional* é, dentre as dimensões, a mais amplamente relatada e estudada, sendo considerada a manifestação mais óbvia da síndrome (MASLACH ET AL, 2001). Considerada a primeira etapa e fator central da Síndrome de Burnout, a mesma envolve fatores organizacionais e individuais (BENEVIDES, 2002). É definida como uma resposta ao estresse crônico provocado pelo trabalho, acompanhada pelo sentimento de não possuir recursos emocionais para lidar com as situações estressoras. A mesma pode comprometer diretamente a qualidade de vida no trabalho e o funcionamento das organizações (TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002).

A *despersonalização*, considerada o segundo fator, está associada ao endurecimento afetivo do profissional, demonstrada através de cinismo, indiferença e ironia frente ao sujeito com ou para quem se atua. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Os profissionais desenvolvem estas características como forma de defesa diante à exaustão. Assim evitam envolvimento com as pessoas, tornando suas demandas mais fáceis de manejar (MASLACH ET AL, 2001).

A última dimensão, diminuição da realização pessoal, está ligada à descrença com relação ao valor de sua atividade laboral, baixa autoestima, insatisfação e desmotivação (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Esta dimensão se refere a uma auto avaliação negativa do profissional quanto à qualidade do trabalho que executa. O sujeito se torna infeliz consigo mesmo e insatisfeito com seus feitos no trabalho (MASLACH&JACKSON, 1981).

Em termos de legislação, em alguns países o diagnóstico de Burnout permite ao trabalhador receber uma compensação financeira, aconselhamento, psicoterapia e reabilitação. Em outros países não há reconhecimento do mesmo como doença provocada pelo trabalho, não trazendo cuidados aos acometidos pela síndrome (SHAUFELI ET AL, 2008). No Brasil, a Previdência Social, através da Lei n. 3048/99, considera a Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout como doença do trabalho (MORENO, 2011).

1.2 Abordagens e fatores de risco (associados)

Para diagnosticar a existência de Burnout, alguns autores (TRIGO, 2007; LEITE, 2007; CODO, 1999; MUROFUSE, 2005) identificam a existência de algumas abordagens.

Abordagem Clínica - tem como base os estudos de Freudenberg. Considera que a síndrome é de natureza individual, decorrente do intenso estresse laboral ao qual o profissional está submetido, levando a um estado mental negativo e à somatização. O indivíduo passa a sofrer de alguns sintomas, como por exemplo, dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, insônias, etc.

Abordagem sociopsicológica – norteada pelos estudos de Maslach e colaboradores. Descreve a síndrome como de natureza multidimensional, sendo uma reação aos estressores, provenientes da relação que o profissional desenvolve com o ambiente de trabalho e com a clientela atendida.

Abordagem organizacional – elaborada a partir dos estudos de Cherniss, considera que Síndrome constitui uma resposta ao trabalho repetitivo, tedioso, e

frustrante. Não há correspondência entre a capacidade do trabalho e o fruto do seu trabalho. A sensação é sempre de que a tarefa é impossível de realizar, trazendo sentimento de fracasso e incompetência.

Abordagem sócio histórica – tem como base os estudos de Sarason, considera que o desenvolvimento da Síndrome é reflexo do perfil da sociedade e não das características individuais do sujeito.

Carlotto e Câmara (2008) ressaltam que a maioria das investigações tem confluído para a compreensão de Burnout como um “fenômeno psicossocial, como uma resposta crônica aos estressores interpessoais”. Ressalta ainda que a perspectiva social-psicológica é aquela com maior aceitação no meio acadêmico.

Apesar destas divergências Maslach e colaboradores (2001) identificaram cinco elementos como consensuais nos estudos sobre Burnout. São eles:

- A ênfase está mais em sintomas mentais ou comportamentais do que nos físicos
- Sintomas são relacionados ao trabalho
- Os sintomas são manifestados em pessoas normais que nunca tiveram doenças psicológicas antes
- A baixa da efetividade e performance no trabalho acontecem por conta de atitudes e comportamentos negativos
- Existe predominância de sintomas como exaustão emocional e mental, fadiga e depressão.

Buscando melhor compreender a dinâmica da Síndrome de Burnout buscamos os fatores que podem estar associados com o seu desenvolvimento. Múltiplas são as variáveis apontadas pelos pesquisadores como relacionadas ao Burnout, porém é reconhecido que estas variam de acordo com a população estudada.

O trabalho de Trigo (2007) apresentou os elementos que compõem os riscos para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, descritos pela OMS (1998), agrupados em quatro fatores:

Um destes fatores refere-se às *características individuais* que podem estar relacionados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout: tipo e padrão de personalidade, locus de controle interno, locus de controle externo, autoestima,

autoconfiança, auto eficácia, “super envolvimento”, pessimismo, perfeccionismo, grande expectativa, idealismo, indivíduos controladores ou passivos, gênero, estado civil, nível educacional.

Outro fator destacado diz respeito aos *aspectos da organização*: excesso de normas/burocracias, falta de autonomia, normas rígidas, falta de confiança, consideração e respeito entre os membros da equipe, comunicação ineficiente, impossibilidade de ascender profissionalmente/ melhorar condições de trabalho ou remuneração, condições ambientais (calor, frio ou barulho excessivos, iluminação insuficiente), risco de vida, condições de higiene, acúmulo de tarefas convívio com colega adoecido com Burnout.

Destaca também *fatores relativos ao trabalho*: A sobrecarga, a baixa participação na tomada de decisões, o baixo nível de controle dos acontecimentos, as expectativas profissionais, o sentimento de injustiça ou iniquidade, trabalho por turno ou noturno, precário suporte organizacional, relacionamento conflituoso com os colegas, conflitos e ambiguidade de papel, relacionamento intenso com as pessoas que deve atender, tipo de ocupação, responsabilidade pela vida de outrem.

Por fim, enumera os *fatores sociais* relacionados: Falta de suporte familiar e social, manutenção do prestígio social, baixos salários de determinada profissão, valores e normas culturais.

Autores como Barbosa (2005), destacam outros aspectos de risco para o desenvolvimento de Burnout, como por exemplo, a avaliação negativa realizada pelos próprios trabalhadores frente à incapacidade de alcançar todos os objetivos traçados para eles.

Quanto aos profissionais mais propensos ao desenvolvimento da Síndrome encontram-se aqueles com contato mais direto com os usuários. Neste grupo podem ser inclusos todos aqueles profissionais das áreas de serviços (educação, saúde, etc). Na visão de Álvares e Fernandes (1991) são mais propensas todas aquelas que são aquelas fundamentadas na filosofia humanista.

Isto ocorre, dado que a Síndrome se constitui em uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, já que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais a cada gesto no trabalho (MALASCH E JACKSON, 1981; CODO, 1999).

Autores como Cordes e Douguerty (1993) e Alvares e Fernandes (1991) pontuam que o descompasso entre a realidade à qual os trabalhadores são submetidos e as expectativas destes profissionais pode contribuir para a ocorrência de mudanças comportamentais nestes indivíduos, o que contribui para aumentar o nível de estresse do trabalhador.

Por sua vez, Moreno (2001) ressalta que a falta de preparo e/ou capacitação, a sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, dificuldade de conciliar trabalho e família e insuficiência de recursos humanos e materiais favorecem o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Em perspectiva semelhante Telles (2009) acrescenta que estes profissionais vivem situações de muito sofrimento o que gera uma relação interpessoal permeada por fortes sentimentos, como frustração, medo e tensão emocional.

Em suma, segundo Harrison (1999), quotidianos carregados de pressões e múltiplos conflitos, associados ao baixo reconhecimento e a baixas recompensas emocionais, pode ter como resultado a cronificação do estresse, levando ao Burnout.

1.3 A Síndrome de Burnout na Atenção Primária

Segundo Gil-Monte (2008) a Síndrome pode ser identificada em diversos países do mundo, não havendo relação com o nível de desenvolvimento ou cultura deste. Dada a sua grande amplitude, considera que ela pode ser definida como uma Síndrome de natureza transcultural.

Na Atenção Primária, destacamos trabalhos realizados em alguns países. O intuito não é o de explorar exaustivamente o tema, mas o de compreender aspectos que contribuem para o desenvolvimento desta síndrome nos profissionais deste nível de atenção à saúde.

No Iran, trabalho realizado por Keshvari (2012) entre profissionais da Atenção Primária à Saúde indicou como problemas passíveis de gerar Síndrome de Burnout: o sentimento de instabilidade, as mudanças frequentes sem propósito, as leis e regras complicadas, a pressão e o estresse associados à carga de trabalho e a mão de obra desequilibradas; a frustração na realização das tarefas, a impossibilidade de desenvolvimento profissional, a sensação de ameaça e a baixa auto compreensão.

Este estudo mostrou ainda que na visão dos trabalhadores o aumento de expectativas da instituição com relação a eles, a alta sobrecarga, a ampla variedade de tarefas, a incapacidade de concluir e conduzir suas atividades, fazendo com que se sintam pressionados e estressados. Outro aspecto citado foi a quantidade de atividades burocráticas sob a responsabilidade destes profissionais, que reduz o tempo dedicado ao cuidado e a qualidade dos serviços prestados, ocasionando o aumento no número de erros, gerando assim, ansiedade severa nos profissionais.

Na Austrália, o trabalho realizado por Weywouth (2007) analisou o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na Atenção Básica. Identificou como fatores positivos: a autonomia trabalho em equipe pequena, atividade intercultural, dentre outros. Quanto aos fatores negativos estão: a baixa orientação, alto estresse, recursos inadequados, sistemas fracos, suporte insuficiente, expectativas irreais a serem preenchidas e alta rotatividade na gestão, gerando excesso de carga de trabalho. Observou ainda, que as enfermeiras demonstram sentimentos dicotômicos em relação ao exercício da profissão na Atenção Básica. Por um lado expressavam forte sensação de prazer com o trabalho de enfermagem neste nível de atenção, por outro, relatavam insatisfação com aspectos como infraestrutura, apoio e práticas de gestão.

Na Grécia, estudo de Anagnostopoulos (2012) buscou compreender se a presença das dimensões do Burnout influenciava a percepção dos usuários quanto ao atendimento prestado. Concluiu que a exaustão emocional e a despersonalização dos médicos influenciam na satisfação dos pacientes. Quanto maior a exaustão emocional e alta despersonalização do médico menor a satisfação do usuário.

Em Israel, trabalho realizado junto aos pediatras apontou que a ausência de características positivas como o reconhecimento, o uso das habilidades e a autonomia tem mais impacto na causa de Síndrome de Burnout do que a presença de fatores negativos como o sobrecarga e clientes exigentes e desagradáveis. A pesquisa concluiu que a existência de fatores positivos auxilia os profissionais a tolerar melhor o estresse laboral. (KUSHNIR & COHEN, 2008)

1.3.1 A Síndrome na APS brasileira

A produção sobre Burnout no país vem crescendo. Em 2008, Carlotto e Camara (2008) identificaram 28 artigos sobre a temática. Em 2015, na base do SCIELO, consultada em 03 de março foi possível identificar 164 artigos publicados no descritor "Burnout". Destes 103 eram na área da saúde, sendo grande parte relativa à Síndrome em profissionais médicos e enfermeiros. Em relação à Atenção Primária foram encontrados 12 estudos, sendo 10 diretamente sobre a Síndrome.

Metade dos estudos referente à APS abordou a Síndrome em Agentes Comunitários de Saúde. Pesquisa realizada por Telles, (2009) em Uberaba, não quantificou a presença da Síndrome, porém observou que estes profissionais sentem-se insatisfeitos e incompetentes para a realização do trabalho. Aparentam estar emocionalmente esgotados e possuídos de sentimentos e atitudes negativas e cinismo para com as pessoas por eles atendidas.

No Município de São Paulo, Silva e Menezes (2008) estudaram 86 agentes comunitários de saúde, observaram níveis moderados ou altos de exaustão emocional em 70,9%, de despersonalização em 34% e de decepção em 47,5%. Os autores constataram a presença da Síndrome em 24,1% destes profissionais.

Em revisão bibliográfica realizada no ano de 2011 quanto Burnout em agentes comunitários de saúde, Maia constatou como possíveis fontes de estresse para esses profissionais: o desconhecimento de suas atribuições (pelos próprios, pela equipe e pelos usuários), a falta de qualificação, trabalho fora do horário (nas horas de lazer, durante a noite, finais de semana), desvios de função, baixa possibilidade de resolutividade para diversas questões, falta de privacidade, grande vínculo emocional, pouco controle sobre as decisões tomadas, conflitos entre a equipe e convívio constante com o sofrimento. O estudo concluiu que a maior parte dos estressores dos ACS não são passíveis de intervenção, uma vez que estes são aspectos intrínsecos à ocupação. Porém sugere que mudanças na formação e disponibilização de apoio institucional possam auxiliar na redução dos índices da síndrome neste público.

Outro estudo sobre Burnout em agentes comunitários de saúde, desta vez realizado em Caetanópolis, Minas Gerais, demonstrou que grande parte destes atores refere impaciência, nervosismo, desejo de não comparecer ao trabalho, sensação de não conseguir realizar o serviço e desequilíbrio emocional. Os achados

revelaram alto grau de despersonalização (54,2%) e realização profissional (58,3%), e grau médio de exaustão emocional (58,3%) dentre estes trabalhadores (BARROSO&GUERRA, 2013).

Mota et al (2014), também avaliaram este público. Na cidade de Aracajú, no estado de Sergipe, constaram que 57,7% dos ACS apresentavam níveis moderados ou altos de exaustão emocional, 51,8% obtiveram níveis altos ou moderados de despersonalização e 59% estavam com níveis moderados ou altos em realização no trabalho. Quanto à presença da síndrome, identificaram que 29,3% apresentavam características equivalentes à mesma.

Outros autores buscaram estudar Burnout considerando todas as categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Foi o caso de Trindade (2010) que buscou analisar a presença da Síndrome nos trabalhadores da ESF, na cidade de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul. Encontrou 6,9% de Burnout entre este público. A autora sugere que os profissionais com idade inferior a 40 anos, seriam aqueles com maior propensão a desenvolver a Síndrome. Para a mesma a baixa experiência dos profissionais seria a principal causa para o desenvolvimento da Síndrome, uma vez que os mais jovens tem dificuldade em lidar com o fato do trabalho não atender aos seus anseios e desejos, gerando insegurança.

Haikal et al (2013) analisou a qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho entre 752 trabalhadores da Atenção Primária à Saúde da cidade de Montes Claros. Um achado importante do estudo diz respeito à relação entre o esforço/recompensa no trabalho, onde os autores concluíram que apenas um terço destes profissionais apresentava equilíbrio nesta relação. Concluiu ainda que a maior parte dos profissionais encontrava-se com sua saúde psíquica na categoria limítrofe.

Por sua vez, Martins (2014) estudou a presença de Esgotamento Profissional da Estratégia da Família entre trabalhadores da Atenção Primária, em três pequenos municípios que compõem a Zona da Mata, no estado de Minas Gerais. Foram considerados com níveis baixos de exaustão emocional 21,1% dos profissionais, com níveis médios 52,3% e com níveis altos 20,6%. Com relação à despersonalização 28,0% dos participantes apresentaram níveis baixos, 50,0% níveis médios e 21,1% níveis altos. Por fim, no que tange a realização pessoal

21,5% dos entrevistados obtiveram níveis baixos, 55,4% níveis médios e 20,6% níveis altos.

Na capital paraibana, pesquisa realizada também entre os profissionais da ESF observou que os fatores organizacionais foram os que apresentaram maior associação com a Síndrome. O estudo que encontrou 37,09% dos participantes com combinações de níveis altos e moderados de Burnout, não encontrou associação entre a síndrome e a escolaridade, porém identificou que os sujeitos que possuíam mais de um vínculo empregatício apresentaram menores índices de Burnout (ALBUQUERQUE, 2012).

Com abordagem específica para enfermeiros da Atenção Básica à Saúde, Lorenz e Guirardello (2014) concluíram que quando o trabalhador percebe que não possui controle sobre sua prática e quando não se sente apoiado pela instituição, há diminuição da realização profissional e aumento da despersonalização e da exaustão emocional. Já a baixa autonomia impacta na exaustão emocional e na realização profissional, aumentando a primeira e reduzindo a segunda.

Santos (2013), ao pesquisar a Síndrome de Burnout em médicos de APS no município do Rio de Janeiro, identificou que estes apresentaram níveis moderados de exaustão emocional e desumanização e níveis leves de decepção no trabalho. Concluiu, também, que 12% dos pesquisados apresentavam Burnout.

Outra pesquisa que abordou a SB em médicos foi a realizada por Feliciano, em 2010, na cidade de Recife. O estudo qualitativo encontrou dentre os participantes relatos que indicavam ansiedade, irritabilidade, falta de motivação, baixa satisfação no trabalho, depressão e frustração, assim como sinais e sintomas físicos e mentais. A insatisfação dos participantes quanto à comunicação, apoio institucional e valorização profissional também foi identificada. As consequências diante dos achados seriam absenteísmo, a rotatividade e o desgaste (FELICIANO, 2011).

1.4 Intervenções e cuidados

Diante dos altos índices encontrados envolvendo a Síndrome de Burnout, estudiosos e profissionais vêm buscando possíveis intervenções e formas de prevenção para a mesma. Bock (2006) identificou que o suporte social é de suma

importância para o enfrentamento da SB. Este consiste em dar e receber apoio social e pessoal da equipe com que se trabalha, valorizando o feedback, a colaboração e união entre a equipe, a amizade, o bom relacionamento e a solidariedade. O mesmo estudo demonstrou que a utilização de grupos operativos potencializou os profissionais quanto à maior capacidade de criar estratégias para enfrentamento da síndrome.

Awa (2010) avaliou 25 intervenções para SB encontradas na literatura. Destas 68% tratavam-se de intervenções individuais, 8% intervinham nas organizações e 24% estavam direcionadas tanto para o aspecto individual quanto para o aspecto organizacional. Das intervenções, 80% demonstraram reduzir a SB, sendo as intervenções individuais as que demonstraram maior rapidez na diminuição do Burnout.

Moreno (2011) corrobora com Awa no que diz respeito aos três tipos de intervenções: individual, organizacional e combinadas. A autora as diferencia tratando a abordagem individual como a que atua centrada no apoio frente às emoções e reações pessoais diante de situações estressantes, a organizacional como a que é focada no processo e condições de trabalho e as combinadas como as que possuem foco no indivíduo em seu contexto laboral.

Moreno acredita que ações preventivas para a SB só serão possíveis quando houver menor estigma com relação à mesma e menor culpabilização do trabalhador, reconhecendo-se a síndrome como resultado da interação trabalhador-organização-processo de trabalho.

As estratégias individuais consideram a necessidade de construir planos singulares para cada sujeito, compreendendo as necessidades pessoais do indivíduo diante de seu trabalho, focam-se em respostas comportamentais e cognitivas, como coping, meditação, educação em saúde e atividade física (SANZOVO, 2007). Há também a utilização de métodos que estimulem hábitos de vida saudáveis para redução do estresse, como prática de atividades físicas, alimentação adequada, tempo de sono e lazer. (MORENO, 2011).

Uma estratégia defendida por Sanzovo (2007) é Coping. Este pode ser entendido como conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo, diante de uma situação de stress, emite para modificar o ambiente na tentativa de adaptar-se

da melhor forma possível ao evento estressor, reduzindo ou minimizando seu caráter aversivo. O autor o categoriza da seguinte forma:

Categoria A: Engloba aspectos fisiológicos (prática de exercícios físicos, alimentação saudável e relaxamento);

Categoria B: Sistema de apoio (suporte social da família, amigos, terapia, religião)

Categoria C: Trabalho voluntário, recreação e hobbies,

Categoria D: Habilidades interpessoais e de controle (treinamento, experiências de crescimento pessoal).

Para Maslach et al (2001) as intervenções individuais têm sido as mais utilizadas devido ao seu baixo custo e por acreditarem que sejam de implementação mais fácil. A autora coloca que muitas organizações consideram ser mais viável modificar seus empregados do que mudar a si mesmas. Para a pesquisadora esta escolha é no mínimo paradoxal, uma vez que a maior parte dos fatores associados à Síndrome de Burnout está ligada a questões organizacionais e não às individuais. Além disso, este tipo de intervenção pode auxiliar a reduzir apenas uma das dimensões da SB: a exaustão emocional. Estratégias individuais não têm demonstrado eficácia para melhoria da despersonalização e do aumento da realização profissional. No contexto do trabalho, as mesmas acabam sendo ineficazes, uma vez que o indivíduo possui pouco controle sobre os estressores.

Já no que diz respeito às intervenções focadas na organização, Moreno (2011) explica que estas são planejadas de forma centrada nas mudanças necessárias à instituição. Compreende ações que conduzam para melhores condições de trabalho, incluindo comunicação, processo de trabalho e condições físicas e ambientais. O Burnout mantém uma relação estreita com a percepção de suporte organizacional, demonstrando a importância da mediação institucional para a saúde e o bem-estar no trabalho (FELICIANO, 2011).

É importante que as estratégias para intervir e prevenir a SB contemplem tanto questões individuais quanto questões advindas da organização. Assim, as propostas combinadas configuram uma boa possibilidade diante da síndrome. (MORENO, 2011)

Os estudos recomendam ações preventivas, como reuniões de equipe com problematização das questões estressoras, divulgação de informações com descrição da síndrome e seus riscos para identificação precoce e espaços de

diálogo sobre vivências e sentimentos frente às situações que causem estresse. Essas estratégias fortalecem o sentimento de grupo, reduzindo a tensão e minimizando o sofrimento. (MORENO, 2011)

Sob outra perspectiva, Maslach et al (2001) apresenta um novo olhar para a questão. Segundo a mesma, nos últimos anos diversos pesquisadores têm voltado atenção para aspectos positivos relacionados aos sujeitos e ao funcionamento ideal do organismo. Desta forma, fogem do foco na doença e na deficiência. Em oposição ao Burnout estudam o que seria o seu oposto, o denominaram de *engajamento profissional*.

O *engajamento profissional* foi definido por Schaufeli e seus colegas (2008) como sendo o estado motivacional de satisfação persistente, positivo, afetivo nos trabalhadores. A base para o mesmo está em garantir as seguintes áreas: carga de trabalho suficiente, sentimentos de escolha e controle, reconhecimento e recompensas adequadas, suporte da equipe de trabalho, paridade e justiça e serviço significativo e valioso.

Assim como a Síndrome de Burnout, o engajamento profissional seria composto por três dimensões: *vigor*, *dedicação* e *absorção*. Estas estão descritas da seguinte forma:

Vigor: está relacionado a altos índices de energia e resiliência. Indica disposição para implementar esforços necessários para o trabalho, habilidade para não se fatigar facilmente e persistência diante das dificuldades.

Dedicação: é associada ao forte envolvimento no trabalho acompanhado de sentimentos de entusiasmo e significância e pela sensação de orgulho e inspiração.

Absorção: refere-se a um estado agradável de total imersão no trabalho, que é caracterizado pelo rápido passar do tempo e pela incapacidade de desconectar-se do trabalho.

Estudos demonstraram que nos locais onde há engajamento profissional os índices de Burnout são menores (MASLACH, 2001). Portanto, uma das possíveis formas de prevenir a SB é criar maneiras que estimulem este engajamento.

Além disso, baseado em estudos de Cherniss e Kranz (1983), Schaufeli (2008) relata que em ambientes onde a equipe possui um grande senso de identidade há menores riscos para desenvolvimento de Burnout. O autor descreve que o compromisso social comum o compartilhamento de fortes valores, a sensação

de comunhão e de coletividade podem funcionar como elementos de prevenção para a SB.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo de natureza descritiva, de corte transversal. Estudos descritivos são aqueles que visam observar, registrar e descrever as características de determinado fenômeno ocorrido em determinado grupo de pessoas (FONTELLES, 2009). Estes estudos descrevem a realidade. São fundamentais quando pouco se conhece sobre um determinado assunto. Embora muitas vezes os estudos descritivos sejam considerados de menor valor, os mesmos podem funcionar como importante ferramenta para a gestão de saúde de determinado local (ARAGÃO, 2011).

São considerados estudos transversais, aqueles que acontecem em determinado período do tempo. Podem ser utilizados para avaliar hipóteses de correlações entre exposição, características e evento. “Os estudos transversais descrevem o que ocorre com um determinado grupo e em um determinado momento, eles são importantes guias para tomadas de decisões no setor de planejamento de saúde” (ROCHA, 2008).

2.1 Contexto operacional da pesquisa

A pesquisa foi realizada em todo território do município do Rio de Janeiro. Este é dividido em 10 áreas programáticas, numeradas da seguinte forma: 1.0, 2.1, 2.1, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3.

A Atenção Primária carioca é composta por 3 modalidades de unidades:

- Tipo A: Unidade onde todo território é coberto por equipes de saúde da família. Sua gestão é, normalmente, realizada por gerentes. Em unidades com número de equipes superior a 10 é possível haver 2 gerentes. Podem ser Clínicas da Família ou CMS.
- Tipo B: Unidades tradicionais onde parte do território é coberta pela Estratégia de Saúde da Família e parte do território é coberta pelo antigo modelo “Posto de

saúde”. A gestão é, comumente, realizada por diretores. Em algumas unidades existe gestão compartilhada, existindo 1 gerente e 1 diretor. Sempre são CMS.

- Tipo C: Unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais, sem a presença da ESF. Gestão realizada, em geral, por um diretor. Podem ser CMS ou Policlínicas.

Segundo relatório com a relação de unidades de APS disponível no site da Superintendência de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, em abril de 2014, existiam 194 unidades de Atenção Primária à Saúde. Destas 120 Centros Municipais de Saúde, 70 Clínicas da Família, 3 Centros Saúde Escola e 1 é Posto de Saúde. O território é composto tanto por unidades recém-inauguradas, como por unidades antigas.

Para este estudo abrangemos Clínicas da Família (Tipo A) e CMS (Tipo A e Tipo B). Excluem-se assim, as unidades Tipo C. Esta exclusão deu-se devido às peculiaridades pertencentes a estas e à ausência de ESF.

2.2 Participantes e critérios de seleção

O público alvo foi o universo de gerentes e diretores de Clínicas da Família e CMS tipo A e B do município do Rio de Janeiro. Excluíram-se assim, os gerentes das unidades tipo C. A exclusão deu-se pelos mesmos motivos pelos quais estas unidades não participaram deste estudo.

Tomamos como base para esta pesquisa o número de unidades existentes, considerando que cada unidade possuísse 1 gerente ou diretor. Assim, o universo a ser pesquisado seria de aproximadamente 194. Este número foi retirado de relatório disponibilizado, com base no CNES das unidades, pelo site da Superintendência de Atenção Primária à saúde do município do Rio de Janeiro.

Durante o estudo solicitamos às coordenações de área programáticas que disponibilizassem lista com nome, unidade e contatos dos gerentes. Através destas chegamos a um total 225 gestores locais que se encontravam dentro dos critérios estabelecidos. Este número se explica, pois algumas unidades possuem 2 gerentes ou 1 diretor e 1 gerente. Além disso, houve inauguração de novas unidades que não constavam anteriormente no relatório do CNES.

2.3 Instrumentos de coleta dos dados

Para esta pesquisa foram utilizados questionários individuais (Anexo 3) composto por duas partes: questionário individual e *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

2.3.1 Questionário Individual

Trata-se de um questionário construído com o objetivo de traçar o perfil dos gerentes entrevistados e de identificar possíveis fatores que possam influenciar a presença ou ausência de Síndrome de Burnout nos mesmos. Neste instrumento estão contidas questões que envolvem as características pessoais e profissionais dos participantes. Dentre estas questões estão: idade, sexo, formação, tempo de serviço, tempo no cargo de gerência, realização de cursos voltados para a área, dentre outros. Além das questões pessoais e profissionais o questionário traz perguntas referentes a possíveis agentes causadores ou protetores da SB. Estas questões foram criadas de acordo com o expressado por gerentes cotidianamente e através da literatura disponível quanto aos motivos associados à SB. Estão entre as questões: realização de carga horária além da contratada, presença de apoio institucional, características de personalidade e características do ambiente de trabalho. O instrumento foi submetido a um pré-teste com quatro gerentes para melhor responder às necessidades deste estudo.

2.3.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)

O inventário MBI (*Maslach Burnout Inventory*) já foi validado por outros estudos e é utilizado mundialmente para identificar a presença da Síndrome de Burnout.

Segundo Benevides-Pereira (2002), os questionários auto-informe tem sido o instrumento de maior utilização no mundo quando se trata de Síndrome de Burnout. O MBI foi criado por Maslach e Jackson em 1981 para avaliar a SB, inicialmente foi desenvolvido para ser utilizado em trabalhadores de serviços humanos, devido à grande procura por professores foi criada, depois, uma versão para ocupações

educacionais. Ainda, diante do crescimento de estudos empíricos, novas alternativas foram sendo criadas (MASLACH ET AL, 2001).

Optou-se por esta escala devido ao fato desta ser a mais utilizada em estudos envolvendo o tema em todo o mundo e por tratar-se de uma escala já validada no Brasil. Cerca de 90% dos estudos sobre Síndrome de Burnout utilizaram o MBI ou alguma adaptação do mesmo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). O MBI tem tradução e adaptação para o português realizada por Tamayo (1997).

A escala avalia a experiência do trabalhador em seu trabalho de acordo as três dimensões: Exaustão Emocional (9 itens), Realização Profissional (8 itens) e Despersonalização (5 itens). O questionário original contém 22 itens com 7 possíveis respostas e com uma escala de pontuação que varia de 1 a 7. Tamayo (1997), ao valida-la para português optou por manter os 22 itens, porém reduziu a possibilidade de respostas para 5, tornando a pontuação variante de 1 a 5.

Neste estudo utilizamos o questionário validado por Tamayo. As propriedades psicométricas do MBI foram comprovadas em vários estudos. A consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, apresentando um alfa de Cronbach que vai de 0,71 a 0,90 (CARLOTTO, 2002).

O instrumento é constituído por 22 itens, configurado em uma escala de 5 pontos. As respostas recebem a pontuação da seguinte forma: “Nunca” – 1 ponto, “Algumas vezes no ano” – 2 pontos, “Algumas vezes no mês” – 3 pontos, “Algumas vezes na semana” – 4 pontos e “Diariamente”- 5 pontos.

Conforme orientam Maslach et al (1996) as dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal devem ser avaliadas separadamente. Estatisticamente, os pontos de corte são determinados como “baixo”, “moderado” e “alto”, baseados nos tercis baixo, médio e alto da distribuição da pontuação, assim como recomenda o manual do MBI (SCHAUFELI ET AL, 2009).

Cada dimensão foi categorizada em baixa, média e alta. Baixa para pessoas com escores até do percentil 33, média para pontuações entre percentil 34 e percentil 67 e alta para pontuações acima do percentil 67. Os pontos de corte utilizados estão disponíveis na tabela 1.

Dimensões	Questões	Nível		
		Baixa	Média	Alta
Exaustão emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14 16 e 20	<24	24-31	>31
Despersonalização	5, 10, 11, 15 e 22	<9	09-12	>12
Realização profissional	4,7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	<32	32-35	>35

Conforme orientam os criadores do inventário, avaliamos cada dimensão individualmente. Os achados estatísticos de média, desvio padrão, escore mínimo, escore máximo, amplitude e coeficiente de Alfa Cronbach estão dispostos na tabela 2. Importante pontuar que os índices de fiabilidade encontrados através do coeficiente de Alfa Cronbach são semelhantes aos encontrados no estudo de criação da escala MBI. Maslach e Jackson (1981) encontraram o componente α para as dimensões nos seguintes valores: 0,86 para exaustão emocional, 0,72 para despersonalização e 0,74 para realização profissional. Segundo Maroco e Marques (2006) a fiabilidade é apropriada quando o índice está acima de 0,7, sendo aceitável quando se encontra acima de 0,6. Assim, os achados neste estudo conferem confiabilidade e validade.

Estatísticas	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Profissional
Média	26,65	10,52	33,01
Desvio padrão	7,854	3,809	4,672
Escore mínimo	9	5	20
Escore máximo	43	21	40
Amplitude	34	16	20
Alfa Cronbach	0,91	0,692	0,783

2.4 Definição de Síndrome de Burnout

Na literatura sobre Burnout existem mais de uma definição quanto à mesma. As principais estão dispostas a seguir:

- Benevides-Pereira (2002)/ Ramirez (1995): Segundo os autores apresentam a síndrome pessoas que apresentem níveis altos nas dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização”, associados a níveis baixos na dimensão “realização profissional”.
- Grunfeld (2000): para o autor a SB é definida por resultados que apresentem alto nível de exaustão emocional ou alto nível de despersonalização ou baixo nível de realização profissional. Ou seja, ao menos 1 dimensão em grau crítico.

Neste estudo optamos por utilizar a definição de Benevides-Pereira (2002). Entendemos, através de amplo estudo quanto ao Burnout, que cada dimensão tem sua importância na consolidação da Síndrome. Se olharmos apenas para uma dimensão é possível que percamos de vista todo o fenômeno (MASLACH ET AL, 2001).

2.5 Procedimentos de coleta dos dados

A proposta inicial era que a pesquisadora aplicasse os questionários nas reuniões que acontecem mensalmente com os gerentes e diretores nas áreas programáticas. Após breve explicação quanto ao estudo, os gestores locais seriam convidados a participar da pesquisa. Aos interessados seriam entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os questionários. Estes seriam auto preenchidos pelos participantes e recolhidos logo após finalização.

A aplicação dos questionários nestas reuniões tinha como objetivo: facilitar o acesso a um maior número de participantes em um menor período de tempo, evitar atrapalhar as atividades laborais dos mesmos e reduzir o número de perdas.

Foi possível participar de uma reunião de gerentes onde houve distribuição de 15 questionários, tendo sido devolvidos à pesquisadora, 12. Os mesmos foram posteriormente digitados no banco de dados.

Durante o trabalho de campo houve dificuldade para que os coordenadores disponibilizassem tempo das reuniões para a atividade. Percebendo que a intervenção poderia importunar as reuniões e diante dos obstáculos encontrados, traçou-se nova estratégia para coleta de dados: o envio dos questionários por via online.

Assim, construiu-se o questionário online, contendo exatamente o mesmo conteúdo disponível no questionário em papel. Utilizou-se o dispositivo *Google drive* para confecção do mesmo.

Buscou-se os contatos dos gestores locais junto às coordenações de área, centros de estudos e profissionais parceiros. Com posse dos endereços de e-mail do público alvo, enviou-se o *link* que levava aos questionários para os mesmos.

Os questionários online foram enviados a 213 gestores locais, incluindo os 3 que não haviam retornado com questionário em papel na reunião onde a pesquisadora esteve. Destes houve retorno de 131 respostas. As mesmas foram migradas para o banco de dados.

A pesquisa abordou um total de 225 pessoas, destas 143 responderam ao questionário, assim chegou-se a um total de 63,5% de respostas recebidas. A proporção de retorno por área programática está disposta no gráfico 1 e na tabela 3.

Gráfico1. Proporção de retorno de questionários por área de planejamento

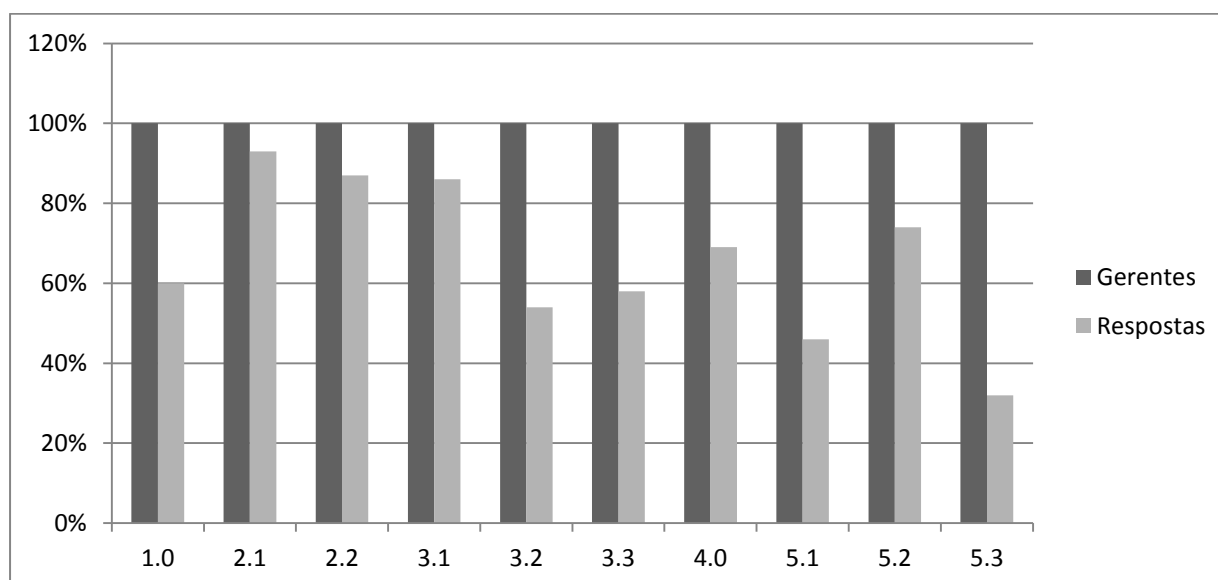


Tabela 3. Respostas aos questionários por Área de Planejamento

	Questionários distribuídos	Respostas	% de retorno
1.0	20	12	60,0%
2.1	15	14	93,3%
2.2	8	7	87,5%
3.1	29	25	86,2%
3.2	26	14	53,8%
3.3	31	18	58,1%
4.0	12	9	75,0%
5.1	25	12	48,0%
5.2	31	23	74,2%
5.3	28	9	32,1%
TOTAL	225	143	63,5%

2.6 Procedimentos de análise dos dados

As respostas aos questionários foram inseridas em banco de dados SPSS.

Os dados foram distribuídos em forma de tabelas utilizando frequências absolutas e relativas e quando necessário através de medidas de resumo (mínima, máxima, média, mediana, desvio padrão, variância e coeficiente de variação).

As associações foram avaliadas através do teste de independência Chi-quadrado (χ^2) e, quando necessário, teste de Fisher.

2.7 Procedimentos éticos

Visando garantir o cumprimento dos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos, este estudo foi submetido aos Conselhos de Ética em Pesquisa da ESNP (Escola Nacional de Saúde Pública) e da Secretaria Municipal de Saúde.

Os participantes foram orientados previamente quanto aos objetivos, procedimentos e benefícios do estudo. Buscou-se a garantia do anonimato de sua colaboração e da confidencialidade de suas respostas. Foi solicitado aos participantes a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4)

para questionários em papel. Nos casos dos questionários enviados por via internet, foi solicitado aos participantes que confirmassem estarem cientes dos objetivos e condições descritas no termo, que estava presente ao fim do instrumento. Para finalização e envio da resposta esta confirmação fazia-se obrigatória, não sendo permitido a emissão do retorno sem a mesma.

3. RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 143 gestores locais, gerentes e diretores. Este número configura 63,5% de retorno dos questionários enviados.

Os resultados encontrados foram descritos a seguir, assim como foram dispostos em tabelas, seguindo temas em comum, a fim de facilitar a visualização dos dados.

3.1 Questionário individual

Perfil Sócio demográfico (Tabela 4)

Inicialmente buscou-se conhecer quem são os gerentes da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Para tanto, o questionário incorporou questões como: idade, sexo, estado civil, se tem filhos, a profissão destes gerentes, bem como se a atividade de gerência é acumulada com outro emprego.

Em relação às características pessoais observamos que em média a idade dos gestores é de 36 anos, sendo que 53,2% (75) dos entrevistados encontram-se na faixa etária entre 30 e 39 anos. A maior parte (76,9%) é formada por mulheres. Em torno de metade (49,7%) são casados. Quanto a ter ou não filhos, 53,8% (77) responderam possuir filhos.

Quanto à profissão os dados mostram que a função de gerência é exercida por profissionais de formação variada. Há um grande predomínio da profissão Enfermeira, 68,6%.

Grande parte dos gerentes (73,4%) trabalha apenas na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, não estabelecendo outro vínculo empregatício.

Tabela 4 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo perfil Socioeconômico

		n	%
Idade	20 a 29 anos	30	21,3
	30 a 39 anos	75	53,2
	40 a 49 anos	23	16,3
	50 ou mais anos	13	9,2
Sexo	Feminino	110	76,9
	Masculino	33	23,1
Estado civil	Casado	71	49,7
	Divorciado	16	11,2
	Solteiro	55	38,4
	Viúvo	1	0,7
Profissão	Enfermeira	94	68,6
	Dentista	16	11,7
	Assistente social	7	5,1
	Nutricionista	6	4,4
	Fisioterapeuta	5	3,6
	Psicólogo	3	2,2
	Farmacêutica	2	1,5
	Médica	2	1,5
	Fonoaudióloga	1	0,7
	Bióloga	1	0,7
Filhos	Sim	77	53,8
	Não	66	46,2
Outro emprego	Não	105	73,4
	Sim	38	26,6

Perfil segundo Experiência profissional (Tabela 5)

Observou-se que a maioria dos 143 gestores locais possui experiência de trabalho na Atenção Primária em Saúde. Destes, 63,6% (91) responderam que trabalham neste nível de Atenção há pelo menos 5 anos. Apenas 3,5% (5) exercem atividades na APS há menos de 2 anos.

Apesar da grande experiência na APS, um quantitativo significativo de entrevistados, 35,2% (50), afirmou atuar como gerente há menos de 2 anos.

Quanto à atuação na UBS atual os resultados demonstraram que os gerentes, em sua maioria, 59,4% (85), responderam realizar a gestão na atual unidade há menos de 2 anos.

Tabela 5 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo Experiência Profissional			
		n	%
Tempo de experiência na APS	<2anos	5	3,5
	2 anos a <5 anos	47	32,9
	5 anos a <10 anos	51	35,7
	10 anos ou mais	40	27,9
Tempo de experiência na gerência/direção	<2anos	50	35,2
	2 anos a <5 anos	71	50,0
	5 anos ou mais	21	14,8
Tempo como gerente na unidade atual	<2anos	85	59,4
	2 anos a <5 anos	52	36,4
	5 anos ou mais	6	4,2

Perfil segundo Qualificação profissional (Tabela 6)

Pôde-se perceber que o oferecimento de cursos ou capacitações específicos para a gerência é raro, o número dos entrevistados que informaram nunca ter recebido esta qualificação foi de 83,2% (119).

Considerando qualificações recebidas e/ou realizadas por meios próprios, os resultados mostraram certa proporcionalidade entre os que realizaram ou não cursos inerentes à gerência em saúde. Negaram ter realizado qualquer curso relacionado à área 53,5% (76) dos entrevistados.

Tabela 6 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo Qualificação Profissional			
		n	%
Enquanto exerce o cargo recebeu oferta de qualificação específica para gerência/gestão em saúde	Não	119	83,2
	Sim	24	16,8
Realizou qualificação em gerência/gestão em saúde	Não	76	53,5
	Sim	66	46,5

Perfil segundo Personalidade (Tabela 7)

Quanto aos perfis de personalidade, foram pesquisados os seguintes: “super envolvido”, idealista, competitivo, controlador, impaciente, perfeccionista, passivo e pessimista. Dentre estes, os que apresentaram maior percentual foram: “super envolvido” (93%) e idealista (62,9).

Tabela 7 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes quanto à Personalidade		
	N	%
Super envolvido	133	93,0
Idealista	90	62,9
Competitivo	49	34,3
Controlador	48	33,6
Impaciente	43	30,0
Perfeccionista	31	21,6
Passivo	12	8,4
Pessimista	5	3,5

Perfil segundo Aparecimento de sinais e sintomas (Tabela 8)

Grande quantidade de gerentes, 64,3% (92), informou ter desenvolvido sinais e sintomas após assumir a função.

Houve grande diversidade quanto aos sinais e sintomas descritos pelos participantes, são eles: ansiedade, insônia, problema com a pressão arterial, estresse, cefaleia, fadiga física e mental, doença gástrica, aumento de peso, irritabilidade, dor, problema respiratório, alteração de humor, depressão, problema dermatológico, problema muscular, alopecia, herpes, alergia, labirintite, tensão, tendinite, taquicardia, problemas com a memória, aumento do uso de tabaco, problema na coluna, aumento de glicose, queda da imunidade, caspa, “divórcio”, fobia, “felicidade”, problema intestinal, problema na tireoide, emagrecimento, bruxismo, problema renal, IAM, dificuldade de concentração, paralisia de Bell, falta de ânimo, insegurança, mania de perseguição e nódulo nas cordas vocais.

Os sintomas que apresentaram maior incidência foram: ansiedade 26,1% (24), insônia 26,1% (24) e problemas com a pressão arterial 25% (23).

Tabela 8 - Distribuição absoluta e proporcional quanto ao Aparecimento de Sinais e Sintomas após assumir cargo de gerente

	n	%
Aparecimento de sinais e sintomas	92	64,3
Ansiedade	24	26,1
Insônia	24	26,1
Problemas com a pressão arterial	23	25,0

Perfil segundo características da unidades de saúde (Tabela 9)

Quanto ao tipo de unidade em que estes gerentes trabalham observou-se que 65,7% (94) responderam atuar em unidade do tipo A, ou seja, unidades compostas exclusivamente por equipes da Estratégia de Saúde da Família. Apenas 34,3% dos entrevistados (49) relataram liderar unidades do tipo B, ou seja, unidades tradicionais onde parte do território é coberta pela Estratégia de Saúde da Família e parte do território é coberta pelo antigo modelo “Posto de saúde”.

No tocante à participação na pesquisa, pôde-se observar que gerentes de todas as áreas programáticas responderam o questionário, ainda que com percentuais diferenciados, como pode ser observado na tabela 9.

Quanto à presença de outro gerente ou diretor no auxílio à gestão da unidade, observou-se que o ato de gerenciar é um processo solitário para a maioria dos gerentes. Relataram serem os únicos gerentes da unidade, não possuindo outro parceiro para a gerência, 67,1% (96).

Os dados mostraram que o número de equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, varia bastante. Encontramos desde unidades que contam com apenas 1 equipe até aquelas aonde que existem 13 equipes. Observou-se, no entanto, que apesar desta variação a média de equipes nas unidades é de 4,7.

Tabela 9 - Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo características da unidade onde atuam

		N	%
Tipo de unidade	Tipo A - Clínica da Família (exclusivamente Estratégia de Saúde da Família em molde de Clínica da Família)	63	44,0
	Tipo A – CMS (exclusivamente Estratégia de Saúde da Família em molde de CMS)	31	21,7
	Tipo B – CMS (atua com profissionais da Estratégia de Saúde da Família e com profissionais de Posto de Saúde nos moldes de CMS)	49	34,3
Área de Planejamento/ Número de gerentes	1.0	12	8,4
	2.1	14	9,8
	2.2	7	4,9
	3.1	25	17,4
	3.2	14	9,8
	3.3	18	12,6
	4.0	9	6,3
	5.1	12	8,4
	5.2	23	16,1
Outro diretor/gerente	Não	96	67,1
	Sim	47	32,9
Número de equipes	1 a 4 equipes	75	52,8
	5 a 8 equipes	59	41,6
	9 ou mais equipes	8	5,6

Perfil segundo Condições Físicas das unidades (Tabela 10)

As condições físicas do ambiente de trabalho podem facilitar ou prejudicar o bom desenvolvimento das ações laborais. Os achados mostraram que estas condições foram avaliadas como adequadas pela maioria dos entrevistados. Os dados estão disponíveis na tabela para melhor visualização.

Ainda que as condições físicas tenham sido, em geral, bem avaliadas, o mesmo não pôde ser visto no que se trata da conclusão de tarefas sem interrupções. As respostas dos participantes mostrou que 95,8% (137) não conseguem concluir suas tarefas sem interrupções.

Tabela 10 - Distribuição absoluta e proporcional da avaliação dos trabalhadores quanto as Condições Físicas da unidade onde atuam

		n	%
Conforto	Sim	74	51,7
	Não	23	16,1
	Parcialmente	46	32,2
Limpeza/condições de higiene	Adequado	110	76,9
	Inadequado	4	2,8
	Parcialmente	29	20,3
Som/ Livre de ruídos perturbadores	Adequado	63	44,0
	Inadequado	37	25,9
	Parcialmente	43	30,1
Espaço	Adequado	65	45,4
	Inadequado	41	28,7
	Parcialmente	37	25,9
Ventilação	Adequado	85	59,4
	Inadequado	17	11,9
	Parcialmente	41	28,7
Iluminação	Adequado	118	82,5
	Inadequado	6	4,2
	Parcialmente	19	13,3
Livre de interrupções	Não	137	95,8
	Sim	6	4,2

Perfil segundo Conflitos e Violência (Tabela 11)

Identificamos que a vivência de situações de conflito é comum no dia a dia dos gestores locais, 100% (143) dos gerentes responderam enfrentar conflitos em seu cotidiano. A frequência desta experiência variou dentre os participantes, sendo a maior parte 66,4% (95) dos gerentes, que informou vivenciá-las sempre ou frequentemente.

Além das experiências conflituosas regulares, existem gerentes que atuam em áreas dominadas pela presença de violência armada, estão neste cenário mais da metade dos entrevistados, 55,9% (80).

Apesar da presença de domínio local por atores armados, dos gerentes que afirmaram atuar nestas áreas, 20% (16) relataram não possuírem a sensação de ameaça relacionadas a este fato.

Tabela 11 - Distribuição absoluta e proporcional quanto à Violência armada e situações de conflito

		n	%
Vivência de situações de conflito	Frequentemente	65	45,4
	Ocasionalmente	38	26,6
	Raramente	10	7,0
	Sempre	30	21,0
Área de violência armada	Não	63	44,1
	Sim	80	55,9
Sensação de ameaça pela violência armada	Não	16	20,0
	Sim, muito	12	15,0
	Sim, razoavelmente	17	21,2
	Sim, um pouco	35	43,8

Perfil segundo Carga Horária (Tabela 12)

Os resultados permitiram que percebêssemos que os gerentes, majoritariamente, trabalham além da carga horária contratada de 40 horas semanais. Um quantitativo soberano dos entrevistados, 83,9% (120), referiu realizar serviços gerenciais por mais horas semanais do que lhe caberia segundo contrato pactuado.

Desta mesma forma, o exercício de atividades gerenciais fora do horário de trabalho também se demonstrou frequente, todos 100% (143) exercem suas funções fora do horário ao menos mensalmente, sendo que 93% (133) disseram fazer isso ao menos algumas vezes na semana.

Tabela 12 - Distribuição absoluta e proporcional quanto a Carga horária de trabalho segundo os gerentes

		n	%
Carga horária semanal trabalhada em média	40h	20	14,0
	Mais que 40h	120	83,9
	Menos de 40h	3	2,1
Trabalho fora do horário	Algumas vezes na semana	64	44,8
	Algumas vezes no mês	10	7,0
	Diariamente	69	48,2

Perfil segundo Percepção quanto à Carga de Trabalho (Tabela 13)

Foi possível perceber que os gestores locais consideram que, em geral, os prazos para realização de tarefas é insuficiente. O número de gerentes que consideraram que os prazos exigidos são suficientes sempre ou frequentemente foi de apenas 20,3% (29).

Com relação ao número de demandas solicitadas, um grupo considerável de gerentes, 44,1% (63), julgou que este está de acordo com sua capacidade de resposta. Um conjunto um pouco maior, 53,1% (76), informou acreditar que este está acima ou muito acima de sua capacidade de resposta.

Já no que se refere à capacidade de resposta dos gerentes diante das expectativas da comunidade atendida, os resultados mostraram que somente 16,1% (23) dos profissionais consideraram que as expectativas da comunidade estão abaixo ou muito abaixo de sua capacidade de resposta.

Quanto ao número de responsabilidades/atribuições pertinentes ao cargo, houve predominância dos gerentes que julgaram que as responsabilidades atribuídas à função gerencial estão acima ou muito acima de suas capacidades de resposta, 51,1% (73).

Tabela 13 - Distribuição absoluta e proporcional da Percepção dos gerentes quanto à carga de trabalho

	Frequência	n	%
Considera suficiente o prazo para execução de tarefas	Sempre	2	1,4
	Frequentemente	27	18,9
	Ocasionalmente	55	38,4
	Raramente	51	35,7
	Nunca	8	5,6
Julga que o número de demandas solicitadas	Está muito acima da sua capacidade de resposta	4	2,8
	Está acima da sua capacidade de resposta	72	50,3
	Está de acordo com sua capacidade de resposta	63	44,1
	Está abaixo da sua capacidade de resposta	3	2,1
	Está muito abaixo da sua capacidade de resposta	1	0,7
Considera que as expectativas da comunidade	Está muito acima da sua capacidade de resposta	11	7,7
	Está acima da sua capacidade de resposta	43	30,1
	Está de acordo com sua capacidade de resposta	66	46,1
	Está abaixo da sua capacidade de resposta	21	14,7
	Está muito abaixo da sua capacidade de resposta	2	1,4
Acredita que o número de responsabilidades	Está muito acima da sua capacidade de resposta	19	13,3
	Está acima da sua capacidade de resposta	54	37,8
	Está de acordo com sua capacidade de resposta	67	46,8
	Está abaixo da sua capacidade de resposta	3	2,1
	Está muito abaixo da sua capacidade de resposta	0	0

Perfil segundo Percepção quanto ao Apoio Institucional (Tabela 14)

De forma geral, houve predomínio de respostas que indicavam sensação de apoio tanto oferecidas pela Organização Social (OS) quanto pela Coordenação de área programática (CAP). No que se refere ao apoio oferecido pela OS, 62,2% (89) declararam sentirem-se apoiados sempre ou frequentemente. Quanto ao apoio oferecido pela Coordenação de área programática (CAP) os dados foram semelhantes, 68,5% (98) reconheceram-se apoiados sempre ou frequentemente.

A confiança nos apoiadores da OS e da CAP também demonstrou resultados similares. No que tange a confiança nos apoiadores da Organização Social 74,8%

(107) referiram confiar sempre ou frequentemente. Tratando-se da confiança nos apoiadores da Coordenação de área programática 71,3% (102) referiram confiar sempre ou frequentemente.

A percepção dos entrevistados no que se refere ao fato de terem sua opinião levada em consideração para a tomada de decisões demonstrou que a maioria dos gestores, 65% (93), consideraram que a gestão superior leva em consideração a sua opinião para a tomada de decisões sempre ou frequentemente.

Tabela 14- Distribuição absoluta e proporcional da Avaliação dos gerentes quanto ao Apoio Institucional

		n	%
Sente-se apoiado pela Organização Social	Sempre	32	22,4
	Frequentemente	57	39,8
	Ocasionalmente	37	25,9
	Raramente	13	9,1
	Nunca	4	2,8
Sente-se apoiado pela Coordenação de área programática	Sempre	41	28,7
	Frequentemente	57	39,8
	Ocasionalmente	34	23,8
	Raramente	9	6,3
	Nunca	2	1,4
Confia nos apoiadores da Organização Social	Sempre	50	35,0
	Frequentemente	57	39,8
	Ocasionalmente	21	14,7
	Raramente	11	7,7
	Nunca	4	2,8
Confia nos apoiadores da Coordenação de área programática	Sempre	42	29,3
	Frequentemente	60	42,0
	Ocasionalmente	24	16,8
	Raramente	14	9,8
	Nunca	3	2,1
Considera que a gestão leva em consideração sua opinião para tomada de decisões	Sempre	26	18,2
	Frequentemente	67	46,8
	Ocasionalmente	42	29,4
	Raramente	7	4,9
	Nunca	1	0,7

Perfil segundo Percepção quanto ao Processo de Trabalho (Tabela 15)

Com relação à autonomia profissional a maior parte dos gerentes demonstrou acreditar possuir grande autonomia (porém não totalmente), 49,7% (71) dos participantes, ou autonomia parcial, 44% (63) dos entrevistados.

Já no que tange os instrumentos de gestão disponíveis, identificou-se que apenas 30,1% (43) os avaliaram como suficientes.

No que se refere à valorização profissional, a maior parte se considerou valorizada apenas ocasionalmente 40,5% (58).

Tabela 15 - Distribuição absoluta e proporcional da Percepção dos gerentes quanto ao Processo de trabalho

		n	%
Autonomia	Não tem nenhuma autonomia	1	0,7
	Possui autonomia parcial	63	44,0
	Possui grande autonomia, porém não totalmente.	71	49,7
	Possui total autonomia	8	5,6
Instrumentos de apoio	Indiferentes	13	9,1
	Insuficientes	84	58,7
	Não estão disponíveis	3	2,1
	Suficientes	43	30,1
Sente-se valorizado	Sempre	13	9,1
	Frequentemente	36	25,2
	Ocasionalmente	58	40,5
	Raramente	31	21,7
	Nunca	5	3,5

Perfil segundo Percepção quanto à Estabilidade, Ascensão profissional e Remuneração (Tabela 16)

A estabilidade profissional foi percebida por somente 21% (30) dos gerentes, que julgaram acreditar que seu emprego é estável/seguro. Já referente à possibilidade de ascensão profissional, somente 22,4% (32) afirmaram acreditar na mesma.

Questionados quanto sua opinião com relação à remuneração recebida pelo trabalho executado, houve predomínio dos que consideraram que a mesma está abaixo ou muito abaixo das expectativas, 79% (113).

Tabela 16 - Distribuição absoluta e proporcional da Percepção dos gerentes quanto a Estabilidade, Ascensão profissional e Remuneração

		n	%
Considera emprego estável/seguro	Não	61	42,7
	Parcialmente	52	36,3
	Sim	30	21,0
Possibilidade de ascensão profissional	Não	45	31,5
	Parcialmente	66	46,1
	Sim	32	22,4
Remuneração	Muito abaixo das expectativas	23	16,1
	Abaixo das expectativas	90	62,9
	De acordo com as expectativas	30	21,0
	Acima das expectativas	0	0
	Muito acima das expectativas	0	0

3.2 Maslach Burnout Inventory

O Maslach Burnout Inventory é o instrumento mais utilizado mundialmente para identificação da Síndrome de Burnout. Percebendo sua relevância para aferição da SB, submetemos os gerentes a essa escala.

As dimensões da Síndrome de Burnout (Tabelas 17)

A primeira dimensão analisada foi a Exaustão emocional. Os resultados identificaram 29,4% (42) dos gerentes com níveis altos nesta dimensão.

A despersonalização foi a segunda a ser avaliada. Dos entrevistados, 25,2% (36) apresentaram nível alto nesta dimensão.

A última dimensão a ser trabalhada foi a realização profissional. Importante ressaltar que esta dimensão possui interpretação no sentido oposto ao das anteriores. Ou seja, são os níveis baixos que indicam a Síndrome de Burnout. Obtiveram grau baixo na dimensão, 32,8% (47).

Tabela 17 - Distribuição absoluta e proporcional quanto as Dimensões da Síndrome de Burnout

		n	%
Exaustão emocional	Baixo	48	33,6
	Moderado	53	37
	Alto	42	29,4
Despersonalização	Baixo	48	33,6
	Moderado	59	41,2
	Alto	36	25,2
Realização Profissional	Baixo	47	32,8
	Moderado	50	35
	Alto	46	32,2

Síndrome de Burnout em gerentes da APS (Tabela 18)

Considerando que não existe consenso com relação ao diagnóstico de Burnout, optou-se por calculá-lo segundo as duas definições mais identificadas na literatura disponível: Grunfeld e Benevides-Pereira.

Grunfeld (2000) considera que um indivíduo tem Burnout quando ao menos uma das dimensões é identificada em nível crítico. Utilizando esta definição encontramos resultados que mostraram que 53,8% (77) dos entrevistados estariam com Burnout positivo.

A Síndrome de Burnout, segundo Benevides-Pereira (2002), é configurada quando o indivíduo apresenta níveis altos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e nível baixo na dimensão realização pessoal, neste estudo denominada realização profissional. Considerando a mesma foi possível identificar como portadores de Síndrome de Burnout 11,2% (16) dos gestores locais.

Tabela 18 - Distribuição absoluta e proporcional quanto à presença Síndrome de Burnout encontrada nos gerentes de APS

		n	%
Grunfeld (2000)*	Negativo	66	46,2
	Positivo	77	53,8
Benevides-Pereira (2002)**	Negativo	127	88,8
	Positivo	16	11,2

* Ao menos 1 dimensão com nível crítico.

**Níveis críticos nas três dimensões.

3.3 Variáveis explicativas

Para fins de combinações de dados a fim de identificar possíveis variáveis explicativas optou-se por utilizar a definição de Benevides-Pereira (2002), uma vez que diversos autores definem a Síndrome como composta por 3 dimensões específicas. Sendo assim, outras definições podem não abranger toda a particularidade pertinente à SB.

Muitos estudos optaram por realizar os cruzamentos de dados entre as variáveis e cada dimensão separadamente. Optamos por uma combinação direta com os resultados quanto à presença ou não de Burnout, uma vez que pretendemos identificar possíveis explicações para a síndrome em seu contexto total.

Optamos por apresentar as variáveis explicativas segundo temas em comum, a fim de facilitar a leitura e compreensão do leitor, tornando a sistematização lógica e simples. São eles: características individuais, características das unidades de saúde e características organizacionais.

Características individuais

Foram submetidas à combinação as variáveis: idade, sexo, estado civil, presença de filhos, profissão, presença de outro emprego, experiência profissional (tempo de atuação na APS, tempo de atuação como gestor local, tempo de atuação como gerente na unidade atual), qualificação específica para a gerência, personalidade (as quatro mais presentes: “super envolvido”, idealista, controlador e competitivo), presença de sintomas após assumir o cargo e os três sintomas mais encontrados (ansiedade, insônia e problemas com a pressão arterial).

Os resultados mostraram que a maior parte das características individuais não apresentou associação com a Síndrome de Burnout. Todos os fatores citados apresentaram $p > 0,05$, com exceção dos itens: idade ($p = 0,043$), personalidade “super envolvido” ($p = 0,05$) e ansiedade ($p = 0,019$).

Quanto à idade os achados possibilitaram que pudéssemos visualizar que houve maior número de gerentes com a Síndrome de Burnout nas idades até 39 anos. Nos participantes com 40 ou mais não houve nenhum caso de Burnout.

Considerando a personalidade “super envolvido”, o cruzamento dos dados indicou que a porcentagem dentre os casos negativos para Síndrome foi menor entre os que se disseram “não super envolvidos”.

Dos três sintomas mais frequentes entre os gerentes apenas a ansiedade foi ligada ao Burnout ($P=0,019$). Dentre os profissionais com Burnout a ansiedade esteve presente em 37,5% destes.

Características das unidades de saúde

As características pertinentes a cada UBS também foram combinadas com os resultados quanto à SB. Foram confrontados: o número de equipes, presença de outro diretor ou gerente, tipo de unidade (se A ou B), área de planejamento, condições físicas (iluminação, som, ventilação, conforto, espaço e limpeza), possibilidade de trabalho sem interrupções, presença de violência armada na área e presença de conflitos.

Foram encontradas relações entre a Síndrome de Burnout apenas para as seguintes variáveis: vivência de conflitos e presença de violência armada.

A existência de conflitos no ambiente de trabalho demonstrou relação com a síndrome ($p=0,014$). Nos casos em que existia a Síndrome de Burnout, a grande maioria, relatou vivenciar situações conflituosas sempre ou frequentemente.

Nesse mesmo sentido a presença de violência armada no território indicou associação com a doença ($p=0,007$). Foi possível perceber que proporcionalmente a incidência da SB foi maior entre os gestores que relataram atuar em área com a presença de violência armada.

Apesar de não ter sido encontrada associação de Burnout com a área de planejamento, acreditamos que exista validade em citar a presença encontrada em cada AP. Não foram encontrados casos positivos nas áreas 1.0, 2.1, 2.2 e 5.3. A tabela a seguir mostra os resultados encontrados.

Tabela 19 - Síndrome de Burnout em gerentes achados absolutos e proporcionais

Área de Planejamento	Total de participantes	Burnout Positivo	%
1.0	12	0	0
2.1	14	0	0
2.2	7	0	0
3.1	25	2	8,0
3.2	14	5	35,7
3.3	18	5	27,8
4.0	9	1	11,1
5.1	12	1	8,3
5.2	23	2	8,7
5.3	9	0	0

Características organizacionais

Por último combinamos as variáveis organizacionais com a presença ou não da Síndrome. Os fatores combinados foram: prazos para cumprimento de tarefas, número de responsabilidades pertinentes ao cargo, expectativas da comunidade, número de demandas solicitadas, carga horária trabalhada, realização de trabalho fora do horário, valorização profissional, estabilidade, possibilidade de ascensão, remuneração, confiança nos serviços de apoio institucional, percepção de receber apoio institucional, autonomia, instrumentos de apoio e sentimento de que sua opinião é levada em consideração para tomada de decisões.

As características organizacionais foram as que apresentaram maior associação com o Burnout. Delas, apenas as expectativas da comunidade, a sensação de que se é ouvido para a tomada de decisões, a carga horária trabalhada, a realização de trabalho fora do horário, a estabilidade e a remuneração não foram associadas à doença.

Conforme combinação de dados foi possível identificar associação entre o número de demandas solicitadas e a SB ($p=0,001$). Os resultados de gestores com Burnout positivo foram maiores entre os que consideram que as demandas estão acima ou muito acima da sua capacidade de resposta. Nesta mesma perspectiva encontrou-se relação entre a síndrome e os prazos estabelecidos para o cumprimento de tarefas ($p=0,032$). Dentre os gerentes que julgaram o prazo suficiente sempre ou frequentemente, nenhum apresentou Burnout.

Outra variável que apresentou ligação com a SB foi o número de responsabilidades pertinentes ao cargo de gerente ($p=0,010$). Os resultados mostraram que entre os entrevistados que apresentaram SB positiva, a maioria, considera que as responsabilidades da gerência estão acima ou muito acima de sua capacidade de resposta.

Outro fator que demonstrou relação com a presença de Burnout foi o que diz respeito aos instrumentos de apoio ($p=0,004$). Foi possível identificar que gerentes com resultado positivo para Burnout, predominantemente, indicaram que os instrumentos de apoio estão indisponíveis ou são insuficientes.

A autonomia foi outro item que se mostrou associado à síndrome ($p=0,002$), os entrevistados que apresentavam a Burnout, em sua maioria, consideraram possuir autonomia parcial ou não possuir autonomia.

O apoio disponibilizado institucionalmente pode estar diretamente associado à proteção quanto à afecção da síndrome. Os gestores que relataram confiar sempre ou frequentemente no apoiador tanto da CAP ($p=0,001$) quanto da OS ($p=0,015$), apresentaram menor índice da doença.

No que tange a sensação de receber apoio, a associação com a SB também foi visualizada. Esta relação foi demonstrada tanto quanto ao apoio oferecido pela CAP ($p<0,001$) quanto pelo apoio oferecido pela OS ($p=0,030$). Proporcionalmente, houve um número menor de indivíduos com Burnout positivo dentre os entrevistados que responderam se sentirem apoiados sempre ou frequentemente.

Grandes impactos associativos foram encontrados no que se refere à valorização ($p=0,002$) e à ascensão profissional ($p=0,023$). Entre aqueles que se consideram valorizados, 100% não apresentaram Burnout. Resultado semelhante foi encontrado em relação a variável possibilidade de crescimento profissional, onde 100% dos gestores que desenvolveram a doença, responderam não acreditar totalmente na possibilidade de ascensão.

4. DISCUSSÃO

A Síndrome de Burnout vem sendo estudada desde os anos 50. Os primeiros estudos quanto a Síndrome se focaram em profissionais da área da saúde e até os dias atuais existe grande interesse por pesquisa-la nestes trabalhadores (CARLOTTO E CAMARA, 2008).

Considerando que a Síndrome acomete principalmente profissionais que atuam diretamente com o atendimento às necessidades das pessoas e que, portanto, precisam dar respostas a estas, o estudo da SB na Atenção Primária à Saúde tornou-se, também, foco de pesquisas em todo o mundo.

Na presente pesquisa analisamos a presença da Síndrome de Burnout em gerentes do município do Rio de Janeiro. Compreendemos que o mesmo está imerso a pressões frequentes, que incluem respostas ágeis e resolutivas a múltiplas questões, e que é possível que sua rotina de trabalho possa facilitar o desenvolvimento de sofrimentos psico-sociais que levem ao desenvolvimento da Síndrome.

Obtivemos um retorno de aproximadamente 64% dos gerentes e diretores que atuam no cenário carioca. A partir de suas respostas ao questionário

estruturado pudemos traçar seu perfil e através do MBI pudemos avaliar a presença da Síndrome de Burnout. As combinações dos dados foram feitas através dos testes de Qui-quadrado e Fisher.

Trigo (2007) realizou estudo de grande importância quanto à Síndrome de Burnout. O autor consolidou diversas variáveis identificadas por vários autores como relacionadas à síndrome. Dada à riqueza de sua pesquisa, a utilizaremos como principal fonte, porém não única, para comparação entre as variáveis explicativas encontradas.

Dimensões da Síndrome

A análise separada das dimensões relativas à síndrome revela a presença de níveis moderados e altos entre os gestores e diretores da Atenção Primária no Rio de Janeiro.

A exaustão emocional é considerada o primeiro e central fator da síndrome por Benevides-Pereira (2011). A mesma representa o componente individual (MASLACH ET AL, 2001). Os dados revelaram que 66,4% dos gerentes apresentaram graus moderados ou altos de exaustão emocional. Este número é próximo ao encontrado por Santos (2013) em médicos da Estratégia de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro (69,3%) e ao identificado por Silva (2008), entre os agentes comunitários de saúde de São Paulo (70,9%). Este dado mostra que é possível que haja comprometimento dos gerentes semelhante aos médicos da APS carioca e aos ACS paulistas no que se refere a esta dimensão

A despersonalização representa a segunda etapa da SB (BENEVIDES-PEREIRA, 2011) e é o componente interpessoal da SB (MASLACH ET AL, 2001). Em relação à mesma, os resultados obtidos foram idênticos a dimensão anterior, 66,4% encontram-se entre os níveis moderado e alto. O estudo de Santos (2013) encontrou um percentual um pouco acima de médicos nesses níveis, 72,7%. Estes resultados preocupam tendo em vista que a despersonalização expressa atitudes de frieza e falta de preocupação diante do sujeito com o qual se atua (BENEVIDES-PEREIRA, 2011). Isto pode impactar na responsabilidade destes líderes em responder ao desafio de contribuir para a transformação da APS no Município do Rio de Janeiro, marcado historicamente por baixa participação da APS na composição da Atenção a Saúde.

Por fim, a dimensão realização profissional, também apresentou percentuais elevados e moderados entre os gestores, 67,8%, montante superior ao encontrado entre os ACS de São Paulo (SILVA, 2008), onde este número foi de 47,5%. Segundo Maslach et al (2001) esta dimensão representa o componente de auto avaliação pessoal, levando ao sentimento de incompetência e à queda da produtividade. O alto percentual encontrado para esta dimensão nos leva a supor que os gestores revelam grande insatisfação com relação ao serviço que executam, o que pode reduzir sua capacidade produtiva, gerando danos à instituição.

Síndrome de Burnout em gerentes da APS

Os resultados quanto à presença da Síndrome de Burnout podem variar de acordo com a metodologia adotada. Considerando a definição de Benevides-Pereira (2002) que define Burnout através da presença de níveis críticos nas três dimensões, identificamos 11,2% de presença da doença entre os gerentes do município do Rio de Janeiro, o que é próximo da média encontrada por autores que estudaram a questão na APS brasileira. No município de Santa Maria/RS, Trindade identificou 6,9% dos profissionais com Burnout. Dentre os entrevistados estavam agentes comunitários de saúde e trabalhadores com nível superior da ESF. Um dos poucos estudos na APS brasileira que demonstrou resultado superior ao que encontramos foi o realizado entre médicos da Estratégia de Saúde da Família do Rio de Janeiro/RJ, onde este número foi de 12%.

Tomando por base a metodologia aplicada por Martins, que utilizou como definição para a SB a presença de ao menos uma dimensão em grau crítico, a presença de Burnout entre os trabalhadores da APS em Municípios de pequeno porte do Estado de Minas Gerais, foi de 41,7%. Utilizando esta definição encontramos 53,8% dos gerentes, o que nos leva a crer que os índices encontrados podem estar acima da média nacional encontrada na Atenção Primária à Saúde.

Apesar destas tentativas de comparar o estudo realizado com a literatura, cabe destacar que a existência de diversas escalas para identificação da síndrome, bem como para a indicação dos pontos de corte, dificultam esta comparação. Além disto, não identificamos estudos realizados com gerentes da APS, o que impossibilita a realização de uma comparação justa entre os dados.

É importante também salientar, que o percentual de 11,2% de gestores da Atenção Primária à Saúde com resultados positivos para Síndrome de Burnout, merece ser melhor compreendido. Qual a relevância destes números?

De acordo com os dados levantados neste estudo cada unidade do município conta em média com 4 equipes de saúde, com 10 profissionais em cada uma. Cada equipe de saúde da família deve ter sob sua responsabilidade até 4 mil habitantes cadastrados. Em outras palavras, destes dados entendemos que:

- Cerca de 640 profissionais estão sendo chefiados por gerentes ou diretores que não possuem energia suficiente para cumprir a tarefa.
- Aproximadamente 256.000 pessoas dependem dos serviços prestados por unidades que possuem líderes adoecidos, incapazes de gerar os resultados necessários.

Cabe ressaltar que os valores encontrados representam o universo de sujeitos que ainda que adoecidos e esgotados, seguem realizando a função. Muitos dos gerentes, dominados pelo Burnout, podem neste momento estarem afastados através de licenças médicas, assim como, é plausível que tenham abandonado o cargo, concluindo o fim da síndrome. É essencial perceber que os resultados indicam que mais que 10% dos líderes das unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, encontram-se completamente esgotados, impedidos de realizar seu exercício profissional com qualidade. Estão emocionalmente exaustos, indiferentes às necessidades das pessoas com quem lidam diariamente e plenamente insatisfeitos com o serviço que exercem. Neste contexto, absenteísmo e grande rotatividade entre os profissionais no cargo de gestão, se tornam situações corriqueiras.

É importante pontuar que com o passar do tempo, os empregados começam a vivenciar o Burnout, perdem a capacidade de gerar contribuições significativas capazes de gerar impacto. Se ele continuar trabalhando, o resultado é mais parecido com chama latente, corriqueira e inconsequente, do que com fogo (SCHAUFELI ET AL, 2008). Além disso, o Burnout pode inclusive ser contagioso, uma vez que a pessoa acometida pela Síndrome pode influenciar negativamente seus colegas de trabalho, causando conflitos e atrapalhando as tarefas (MASLACH ET AL, 2001). Ademais, como possíveis consequências para o resultado encontrado poderemos ter: absenteísmo, desejo de abandonar o emprego, rotatividade, queda

da produtividade e da efetividade, redução da satisfação com o serviço e diminuição do comprometimento com a organização.

Características individuais

O perfil individual do trabalhador pode indicar níveis mais altos ou baixos de SB (TRIGO, 2007). Apesar de alguns estudos concordarem que questões pertinentes especificamente a cada sujeito podem favorecer a presença ou não da Síndrome, neste estudo encontramos poucas características pessoais que indicaram associação com a mesma. Isto corrobora com que é apontado por Maslach et al (2001), que coloca que Burnout é mais um fenômeno social que um fenômeno individual.

Neste sub item estaremos abordando o perfil individual encontrado nos gestores e as relações com a SB encontradas.

A idade média encontrada para estes profissionais foi de 36 anos, estando a maior parte deste entre a faixa etária de 30 a 39 anos, 53,2%. Isso corrobora com o achado de Ximenes Neto (2007) em seu estudo sobre gerentes de unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Sobral no Ceará. O autor identificou que a maioria dos gerentes era jovem, estando 57,2% na faixa entre 25 e 34 anos de idade. Os gerentes dos municípios de pequeno porte do Paraná mostraram-se ainda mais jovens, 50% possuía entre 21 e 30 anos, a média de idade encontrada foi de 30 anos (OHIRA, 2014). Considerando que o Programa de Saúde da Família foi estabelecido em 1994 (ESCOREL, 2007), apenas profissionais mais jovens puderam apropriar-se do mesmo em sua graduação. É provável que este conhecimento adquirido possa facilitar o processo de gestão local. Acredito que a supremacia de gestores com idades inferiores a 40 anos possa se dar devido à época de sua formação e a consolidação da APS no Brasil.

O fator idade apresentou associação ($p=0,043$) com a Síndrome de Burnout em gestores locais da APS carioca. Reforçando o que é trazido por alguns estudos quanto à idade, a maior presença da Síndrome se deu nas idades até 39 anos, não havendo nenhum caso em gerentes com idade acima de 40 anos. Segundo Maslach et al (2001), a variável idade é a que tem sido mais amplamente associada à SB. A associação entre Burnout e pessoas jovens, tem sido atribuída à pouca experiência do trabalhador nesta faixa etária. Além de uma possível insegurança, é comum que os jovens possuam grande idealismo, assim como ansiedades e desejos, gerando

altas expectativas quanto ao trabalho. Esses profissionais muitas vezes têm suas expectativas chocadas com a realidade encontrada no serviço, trazendo frustração, estresse e desânimo (TRINDADE, 2010). Esta situação possivelmente os leva à SB com maior facilidade. Ainda assim, os motivos da associação entre Burnout e idade ainda não estão suficientemente claros (MASLACH ET AL, 2001).

As mulheres têm sido maioria entre os trabalhadores da Atenção Básica brasileira, Tomasi (2008), ao estudar 4749 trabalhadores da APS nas regiões Sul e Nordeste do país identificou que apenas 19% eram do sexo masculino. Na cidade de Sobral, 92,9% dos gerentes de ESF eram mulheres (XIMENES NETO, 2007), dados semelhantes ao encontrados nos pequenos municípios do Paraná onde 91,1% das gestões locais eram realizadas por profissionais do sexo feminino (OHIRA, 2014). Nesta pesquisa encontramos predomínio do sexo feminino, 76,9%, resultado semelhante ao encontrado por Ferreira (2010) em gerentes de APS em Goiânia, 74,4%. O predomínio de gerências chefiadas por mulheres se dá, acredito, devido ao fato da Atenção Primária ser composta majoritariamente por mulheres, assim há um maior número de profissionais do sexo feminino com experiência e qualificação para exercer tal função.

Trigo (2007) aponta que mulheres apresentaram maior nível de exaustão emocional e homens maiores pontuações em despersonalização em estudo realizado por Burke em 1989. Porém, ainda não consenso na literatura quanto à ligação entre Burnout e sexo. Alguns encontram mais frequente em homens outros em mulheres, outros não encontraram diferenças significativas (MASLACH ET AL, 2001). Ao combinar os dados de sexo com os de Síndrome de Burnout em gerentes não encontramos relação entre estes. Trindade (2010), em seu estudo sobre Burnout em trabalhadores da APS também não identificou associação entre a síndrome e esta variável. Isto sugere que para a população pesquisada não há relação entre sexo e Burnout.

No que refere à execução da gerência segundo a formação profissional o município do Rio de Janeiro demonstrou diversidade. A atividade é realizada por diferentes profissões, dentre elas estão: enfermeiras, dentistas, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, médicos, biólogos e fonoaudiólogos. A enfermagem, porém, têm sido soberana na atividade de direção das unidades básicas de saúde, identificamos que 68,6% das gerências são feitas por enfermeiras. Esse predomínio também foi encontrado por OHIRA (2014) 83,3%

e por Ximenes Neto (2007) 100%. A associação com a SB não foi relacionada com a profissão de formação, assim como encontrado por Trindade (2010). Isto pode indicar que a síndrome pode estar mais associada ao serviço executado no cargo de chefia, do que com sua formação.

Ainda tratando-se do perfil dos gerentes, pôde-se perceber que estes, em sua maioria, trabalham exclusivamente neste serviço, não possuindo outro vínculo empregatício, 73,4%. Este fato se opõe ao perfil encontrado por Ximenes Neto no Ceará, onde 82,1% dos profissionais possuíam outra forma de geração de renda além da gerência. É possível que as altas demandas exigidas pela acelerada expansão da APS carioca demandem deveras desses trabalhadores, impossibilitando que haja energia para outras atividades. Outra hipótese é que os gerentes não se vejam obrigados a buscar outras fontes de renda devido à gratificação financeira paga pelo cargo. Diversos autores (CONSTABLE E RUSSELL, 1986; MASLACH E LEITER, 1997; MASLACH ET AL, 2001), segundo Trigo (2007), apontam que a necessidade de manter o prestígio social e boa remuneração faz com que muitos trabalhadores comprometam-se com outros empregos, aumentando assim a carga de trabalho, isso seria um dos fatores facilitadores do aparecimento do Burnout. Ainda assim, no presente estudo esta característica não apresentou ligação com SB.

Outro fator importante a ser considerado é o tempo de experiência na APS. Em sua maioria 63,6%, os gerentes e diretores atuam na Atenção Básica há 5 anos ou mais. Um número bastante superior ao encontrado no Paraná por OHIRA (2014), 43,4%. Já no que se trata da atuação na gerência a experiência demonstrada é bem menor, apenas 14,8% atua no cargo há ao menos 5 anos. Grande parte dos gestores exerce a atividade de gerência de 2 anos a menos que 5 anos, 50%. É possível que esse achado seja explicado pela recente inserção da figura do gerente na Atenção Básica na cidade do Rio de Janeiro. Como já exposto anteriormente, este cargo teve início por volta de 2009, sendo assim, até mesmo os gerentes mais antigos têm cerca de 5 anos de atuação. É provável que os 14,8% representem os diretores de UBS, os quais possuem história na chefia das unidades há um tempo maior. O tempo de atuação na gerência da unidade atual é ainda menor, 69,4% destes trabalhadores lideram as atuais equipes há menos que 2 anos. Analisando o mesmo dado Ohira (2014) encontrou que 67,8% dos gerentes atuavam na presente unidade há mais de 1 ano. Esse achado pode presumir a alta rotatividade desses

profissionais. Apesar não ter sido encontrada associação entre este item e a Síndrome de Burnout, possivelmente a alta rotatividade dos gestores e sua pouca experiência podem influenciar a forma como realizam a gestão, reduzindo a resolutividade e dificultando o alcance de resultados. Maslach e Leiter (1997) e Carlotto (2001) apud Trigo 2007, apontam que mudanças organizacionais frequentes podem gerar insegurança nos profissionais levando-os, muitas vezes, a erros. O fato da maior parte dos gerentes estarem atuando na atual unidade há menos de 2 anos provavelmente provoca descontinuidade de ações e confunde a equipe que fica sujeita frequentemente à mudança de direcionamentos. Trindade (2010), também não identificou relação entre esta característica e a SB.

A qualificação dos profissionais que executam a gerência em saúde é indispensável. Há que inseri-los em um processo de Educação Permanente, capaz de aprofundar temas essenciais como “planejamento, organização de sistemas e serviços, política de pessoal, planejamento e economia da saúde”. Através do aprimoramento desses saberes amplia-se a capacidade de resposta dos gerentes, facilitando a tomada de decisões e contribuindo na melhoria de seu desempenho. (XIMENES NETO, 2007). “Sistemas de Saúde complexos como o SUS necessitam de pessoal qualificado para a gestão” (VICTORA ET AL, 2011). Ainda assim, com relação ao oferecimento de cursos específicos para a área, 83,2% informaram nunca terem recebido esta oferta. O estudo de Ximenes Neto (2007) encontrou resultados semelhantes, dos participantes 96,4% não receberam qualificação no ato da nomeação e 64,3% informaram dificuldades para realizar aprimoramento. Assim como na pesquisa de Ohira (2014), onde 71,1% nunca realizaram capacitações voltadas para a gerência. Tal fato sugere falta de investimento da gestão municipal na qualificação de seus líderes. Reitero que segundo a NOB-RH (2005), devem ser garantidas ações de Educação Permanente voltadas para a gestão do trabalho em saúde. A Norma operacional básica indica que é essencial que se abordem temas como desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informações; a análise de sistemas de relações de trabalho; a análise de sistemas de retribuições e incentivos, dentre outros. Neste estudo, assim como a experiência, a qualificação não se mostrou ligada à SB. Ainda assim, a falta de qualificação, possivelmente, prejudica a efetividade dos profissionais. Maslach et al (2001), refere que a carga de trabalho fica desequilibrada não apenas quando há

muitas tarefas a cumprir, mas também quando o trabalhador não possui as qualidades necessárias para realizar determinado serviço.

Tratando-se da personalidade, as mais frequentes entre os gerentes “super envolvido” e “idealista” demonstram que os líderes das unidades referem perfis de grande implicação e expectativa, características louváveis para papéis de liderança. Segundo o estudo de Trigo (2001) os indivíduos “super envolvidos” são mais empáticos, tendo uma tendência maior a se envolver com as necessidades dos outros. Esta característica está amplamente relacionada com a SB, conforme foi trazido no capítulo 1. Ainda assim, associação encontrada entre os “super envolvidos” e a SB nos gerentes demonstrou que este perfil, possivelmente, funcionou como protetor para a população estudada. Proporcionalmente, a incidência de Burnout em indivíduos que relataram não possuir este perfil foi 3 vezes maior. Isto vai contra o que traz Maslach et al (2001), que coloca que trabalhadores extremamente dedicados, motivados por seus ideais acabam trabalhando em demasia, muitas vezes chegando à exaustão. Segundo a autora, profissionais com esta características se decepcionam quando percebem que seus esforços não conseguem alcançar os objetivos almejados. É possível que no caso dos gerentes da Atenção Primária à Saúde o “super envolvimento” possibilite uma maior possibilidade de alcance dos resultados desejados, protegendo-os do Burnout. Provavelmente esta personalidade tenha apresentado este resultado por justificar os fins. Ou seja, estes sujeitos, apesar de grande envolvimento, sentem-se compensados pelos resultados alcançados, reduzindo as chances de Burnout. Outra hipótese possível é que os gerentes que estão com Síndrome de Burnout diante da despersonalização presente, se auto avaliem como não “super envolvidos”, uma vez que esta dimensão da síndrome traz o afastamento e frieza diante das necessidades presentes em seu trabalho.

Merece destaque ainda a percepção dos profissionais de que os sintomas e sinais tiveram início após terem assumido o cargo de gerência (64,3%). Quadro este que por sua vez, pode prejudicar a produtividade e capacidade resolutiva destes profissionais, gerando absenteísmo e queda na produtividade. Conclusão semelhante foi observada na avaliação realizada por Feliciano (2011) com médicos de Recife, que associaram o desenvolvimento da síndrome ao início da atividade de gestão.

Tal quadro nos parece um contrassenso e merecedor de uma atenção especial. Como profissionais que trabalham em prol da saúde da população, podem ter a sua própria saúde comprometida pelo exercício da profissão?

Por fim, entre as características individuais ressaltamos a associação entre Burnout e ansiedade. Segundo Maslach et al (2001) a síndrome pode levar a problemas relativos à saúde mental como ansiedade. A autora refere ainda, que pessoas com a saúde mental estabelecida conseguem lidar melhor com estressores. Dentre os participantes que informaram o aparecimento da ansiedade após assumir o cargo a porcentagem com Burnout é quatro vezes maior que entre os que não relataram o surgimento dessa doença. Isso nos leva a duas hipóteses: ou a ansiedade pode servir como potencializador quanto à possibilidade de adquirir Burnout ou dentre os sintomas trazidos pela SB, nos gerentes de APS a ansiedade é a mais frequente.

Características das unidades

Conforme visto no capítulo 3, as condições físicas das unidades foram, em geral, bem avaliadas pelos participantes. Cabe lembrar, que muitos entrevistados atuam em Clínicas da Família, que são unidades novas. Da mesma forma, alguns CMS de estrutura antiga foram reformados nos últimos 6 anos. Isto pode justificar a visão positiva dos gerentes.

No que tange características das unidades, encontramos ligação com o Burnout em apenas dois pontos: vivência de conflitos e presença de violência armada. As condições físicas não se mostraram ligadas à SB, assim como o tipo de unidade, número de equipes e presença de outro gerente ou diretor. Não foi possível cruzar os dados com a área programática devido aos baixos valores encontrados.

Referente à experiência diária de situações conflituosas, a combinação dos dados confirmou ligação desta variável com a SB. Através da análise foi possível perceber que a presença da síndrome foi proporcionalmente cerca de sete vezes maior dentre os gerentes que relataram vivenciar conflitos sempre ou frequentemente. A existência de conflitos frequentemente produz sentimentos negativos de frustração e hostilidade, e reduz a possibilidade de suporte social (MASLACH ET AL, 2001). A sensação de insuficiência trazida por esse tipo de evento possivelmente provoca desestabilidade emocional e uma auto percepção de

impotência, fazendo com que estes profissionais minimizem empatia pelos usuários como forma de defesa, assim configurando a Síndrome.

O cruzamento dos resultados indicou, também, a relação entre Burnout e a presença de violência armada no território de atuação. O número de gerentes com Burnout foi proporcionalmente cerca de 5 vezes maior entre os que atuam em áreas com violência armada. Na literatura estudada, não foi possível identificar estudos que abordassem esta relação, possivelmente porque as pesquisas quanto à SB têm maior tempo e número em países que não convivem com esta experiência.

No caso da APS carioca, muitas equipes, atendendo o princípio da equidade, assistem áreas de grande vulnerabilidade social com a presença constante de atores armados. Na visão de Polaro (2013) a violência tem dificultado o trabalho desempenhado pelas equipes de Atenção Primária. O desenvolvimento das atividades no território leva o trabalhador muitas vezes a se expor a violência e a ter que suspender as atividades programadas gerando nos profissionais a sensação de que o serviço não está sendo realizado de modo adequado. Este cenário compromete a saúde física e mental destes trabalhadores, além de levá-los a sentimentos de medo, ansiedade, impotência e frustração. Lancman (2009) acrescenta que diante da violência armada os profissionais sentem-se expostos, temem por sua integridade física, preocupam-se com possíveis represálias e lamentam a invisibilidade dos esforços realizados. Este conjunto de fatores explicita o quanto estes profissionais estão susceptíveis ao adoecimento por Burnout.

Importante ressaltar que apesar de muitas equipes atuarem em território com presença de violência armada no país, ainda são raros os estudos que abordam o tema. O atual estudo demonstra claramente a interferência deste fator para as condições de saúde do trabalhador da APS, devendo ser levado em consideração pelos gestores municipais a fim de refletir e adotar possíveis estratégias de enfrentamento desta situação.

Chamou-nos atenção o fato de que, apesar da violência armada ter sido diretamente associada à Síndrome de Burnout, a sensação de ameaça diante desta circunstância não apresentou o mesmo comportamento, não demonstrando associação com a SB. Acreditamos que possivelmente os gerentes que sentiam-se mais fortemente ameaçados pela violência tenham solicitado desligamento do cargo

ou transferência para outra unidade. Esta condição pode representar um dos fatores responsáveis pela rotatividade de gerentes.

Características organizacionais

As características organizacionais foram as que demonstraram maiores associações com a Síndrome de Burnout, o que corrobora com o que diz Maslach (1997), a SB não é um problema do sujeito, é sim uma doença trazida pelo local aonde este trabalha (CARLOTTO & CÂMARA, 2008). A organização espera que o empregado doe cada vez mais tempo, esforços, talento e flexibilidade, no entanto fornece aos mesmos menos em termos de oportunidades na carreira, estabilidade e segurança, não havendo reciprocidade (MASLACH ET AL, 2001).

Foi identificado que os gerentes, em geral, trabalham mais de 40 horas semanais (83,9%) e comumente exercem atividades gerenciais fora de seu horário pactuado (100%). É possível que a baixa qualificação acrescidos dos curtos prazos estabelecidos, estejam dificultando a conclusão das tarefas no tempo contratado, fazendo com que os trabalhadores dediquem mais horas ao serviço do foi programado. Schaufeli et al, 2008, chama atenção para o fato de que não gozar de tempo suficiente para descansar e regenerar a energia reduzida, agrava o impacto da exaustão gerada pelo desequilíbrio entre demanda e recursos disponíveis. Ainda que esta variável não tenha demonstrado associação direta com a Síndrome, a mesma pode estar exaurindo a energia destes atores, constituindo possível risco para Burnout.

Dos entrevistados, somente 20,3% consideram que o prazo para execução de tarefas sempre ou frequentemente é suficiente. Encontrou-se associação entre este fator e a SB. Todos os gerentes com Burnout avaliaram que os prazos são suficientes apenas ocasionalmente, raramente ou nunca. O achado confirma o que traz Maslach et al (2001), que informa que pressões devido a prazos estão fortemente e consistentemente associadas a SB.

O número de demandas solicitadas e responsabilidades pertinentes ao cargo exigem o máximo do que os gerentes podem fornecer, raros foram os entrevistados que informaram que estas estão abaixo de sua capacidade de resposta. Para as duas questões obteve-se resultado semelhante: por volta de 50% dos gerentes acreditam que tanto o número de demandas quanto o número de responsabilidades estão acima de sua capacidade de resposta. Em seu estudo com gerentes de

Sobral, Mesquita (2013), encontrou insatisfação profissional quanto à variedade de tarefas realizadas. Para alguns autores como Kurowski (1999), Maslach et al. (2001), Schaufeli (1999), Schaufeli e Enzmann (1998) e Vega (1997) há associação entre Burnout e um número de demandas que excede a capacidade do profissional. Com colocação semelhante, Schaufeli (1999), relaciona a SB com o acúmulo de tarefas pelo mesmo profissional (TRIGO, 2007). Importante ressaltar que metade destes profissionais expressa incapacidade de abranger tantas demandas e responsabilidades, o que sugere sobrecarga de tarefas e funções. Encontramos no atual estudo, relação entre a síndrome e ambas características, estando o Burnout mais presente entre os gerentes que julgam que o número de demandas e responsabilidades estão acima de sua capacidade. Isto corrobora com os estudos citados. Maslach et al (2001) reitera serviços onde existem sobrecargas de demanda rotineiramente contribuem para a sensação de incompetência. Para a autora Burnout é uma resposta à sobrecarga. Percebemos que para a população estudada a sensação de que não se consegue abarcar tantas solicitações pode, provavelmente, gerar Burnout.

Quanto aos instrumentos de gestão, são 69,9% os participantes que informaram considerá-los inexistentes, indisponíveis ou indiferentes. O Burnout em gerentes da Atenção Primária também demonstrou associação com esta variável neste estudo. Conforme relata Maslach et al (2001) o Burnout pode vir da sobrecarga provocada por muitas demandas e poucos recursos disponíveis. Diante da ausência dos instrumentos necessários para a gerência, é possível que muitos profissionais estejam realizando esforços em demasia, induzindo-os à exaustão.

Outro fator relevante a ser considerado é o grau de autonomia dos gestores. É o gerente o profissional que induz a consolidação das políticas públicas a nível local, para tal a autonomia é fundamental (VANDERLEI, 2007). Quanto a esta variável parece que o município tem caminhado no fortalecimento da autonomia local, 55,3% dos participantes informaram possuir grande autonomia ou autonomia total. Em contrapartida, um número considerável de gerentes refere autonomia parcial ou não possuir autonomia, 44.7%. Normas e regras muito rígidas cerceiam a autonomia do trabalhador impedindo que o mesmo se sinta no controle de seus atos e que haja de forma livre e independente. (MASLACH&LEITER, 1997; VEGA, 1997; GIL-MONTE, 1997; KUROWSKI, 1999; SCHAUFELI, 1999^a APUD TRIGO, 2007). A associação encontrada entre a autonomia e a Síndrome de Burnout nos gestores

locais da APS no Rio de Janeiro corrobora com Trigo (2007) e Maslach (2001), que a indicaram como um dos possíveis fatores associados a índices altos de Burnout. Quando o trabalhador possui grande sentimento de responsabilidade, porém não possui autoridade para tomar as atitudes que julga que serão mais eficazes. Isso faz com que o trabalhador sinta que não possui capacidade para gerar os resultados que lhe são exigidos, gerando a sensação de incompetência (MASLACH ET AL, 2001).

Dificuldades na comunicação e fraco suporte institucional induzem os profissionais a buscarem individualmente soluções para os problemas encontrados, isto pode gerar baixa realização profissional e esgotamento (FELICIANO, 2011). No que se refere à comunicação, 65% dos entrevistados se sentem ouvidos pela gestão superior para a tomada de decisões. Tal resultado pode indicar uma boa relação entre gestão e gerência local, fortalecendo a sensação de respeito entre ambos. Para esta característica não foram identificadas associações com Burnout em gerentes. Isso contrapõe a colocação Maslach 2001, que afirma associação entre índices de Burnout e baixa participação na tomada de decisões. Para a autora a sensação de não ter controle sobre seu trabalho possivelmente levaria à SB.

Segundo Feliciano (2011), existe uma relação direta entre apoio organizacional e a Síndrome de Burnout. O autor indica a importância da implementação de cuidados por parte da organização em prol do bem estar e saúde do trabalhador. No que tange o apoio institucional, os participantes mostraram que, sua maior parte (mais que 60%), se sente apoiada sempre ou frequentemente tanto pela Coordenação de área programática quanto pela Organização social. Com relação à confiança nos apoiadores os resultados foram ainda mais positivos, mais do que 70% dos entrevistados informaram confiar sempre ou frequentemente em seus apoiadores da CAP e da OS. A existência de pessoas com quem se pode contar, confiar e refletir no ambiente ocupacional tem sido demonstrada por diversos estudos como possível forma de enfrentamento para a Síndrome de Burnout (BENEVIDES-PEREIRA, 2011). Os resultados encontrados podem demonstrar que a estratégia utilizada pela gestão municipal de disponibilizar profissionais com expertises como suporte à gestão local está sendo bem avaliada por esta.

A associação entre Burnout e o apoio institucional foi demonstrada na combinação de dados. Um item que chamou atenção foi que entre os participantes com a SB a maior parte respondeu confiar em seus apoiadores institucionais

ocasionalmente, raramente ou nunca. O achado se repetiu no que diz respeito à sensação de ser apoiado. Os resultados mostram que quando este suporte não é sentido ou quando este não gera confiança pode ter função oposta à qual se propõe, gerando mais exaustão, frieza e insatisfação profissional. Baixo suporte social está ligado a SB, sendo o suporte dos supervisores especialmente importante, mais até mesmo que o apoio da equipe (MASLACH ET AL, 2001). Trigo (2007), citando diversos autores, relata que quando o suporte organizacional é deficiente este provoca sensação de desamparo, desconfiança, desorientação e desrespeito. O mesmo autor considera a falta de confiança como uma das variáveis passíveis de gerar SB.

Em contrapartida nos achados encontrados nos gerentes da APS no município do Rio de Janeiro também foi identificado que a ocorrência de Burnout foi menor entre os profissionais que julgaram receber apoio e confiar nos apoiadores sempre ou frequentemente. Isto indica que o apoio institucional quando acontece com regularidade e é capaz de gerar confiança, possivelmente serve como protetor quanto à SB.

Desta mesma forma, a valorização profissional é parte essencial para o desenvolvimento de um bom trabalho. Em um estudo com médicos na cidade de Recife, estes profissionais associaram a alta rotatividade à falta de valorização e prestígio (FELICIANO, 2011). Ainda que os gerentes tenham mostrado que confiam e se sentem apoiados e ouvidos por sua gestão direta, poucos são os que se sentem valorizados sempre ou frequentemente, somente 34,3%. Isso pode ser um dos motivos para a maior parte dos gerentes atuar na mesma unidade há menos que 2 anos. A sensação de desvalorização possivelmente os induz a buscar novas alternativas, levando-os a trocar de unidade ou função. Esta variável também apresentou associação com a presença da síndrome, sendo esta mais frequente entre os entrevistados que possuem sentimento de valorização ocasionalmente, raramente ou nunca. Este dado nos chamou atenção, pois nenhum dos participantes que responderam sentirem-se valorizados sempre ou frequentemente apresentou Burnout. Há diminuição da realização profissional quando grandes esforços do trabalhador não são reconhecidos ou são ignorados (MASLACH ET AL, 2001). Isto nos leva a crer que a valorização possa ser um dos principais mecanismos de proteção contra o Burnout, sendo essencial para a saúde dos gestores.

Acredito que a possibilidade de crescimento profissional seja um fator que favorece a satisfação com o trabalho. Mesquita et al, em sua pesquisa com gerentes de Sobral encontrou insatisfação quanto aos critérios, periodicidade, quantidade e oportunidades referentes às promoções. No município do Rio de Janeiro encontramos que somente 22,4% dos gerentes considera a ascensão profissional totalmente possível. Isso pode funcionar como um desestímulo aos trabalhadores que podem minimizar o empenho considerando que este não será recompensado. Os profissionais podem ficar desestimulados quando não conseguem perceber formas de receber reconhecimento, de ascender na ocupação e/ou de melhorar seus salários, esses fatores podem estar relacionados à SB (MASLACH E LEITER, 1997; KUROWSKI, 1999 apud TRIGO 2007). A ligação entre esta questão e o Burnout demonstrou mesmo fenômeno apresentado no que se refere à valorização. Entre os gestores com Burnout houve unanimidade dos que acreditam que a possibilidade de ascensão não existe ou é parcial. Assim como, da totalidade dos que consideram o crescimento profissional possível, nenhum apresentou a síndrome. Este achado fomenta a hipótese de que poder crescer no trabalho é vital para o profissional. É importante que a gestão desenvolva formas de promover funcionários destaques e divulgar este feito. Assim, espera-se que os riscos para Burnout diminuam.

Outro ponto importante que pode levar à alta rotatividade é a ausência de estabilidade. Segundo Vitora et al (2011) a existência de “contratos especiais” para o setor público em saúde, em geral, facilita a admissão e demissão de profissionais, assim como possibilita remunerações competitivas frente ao mercado de trabalho. Porém, impossibilita que os trabalhadores sintam-se seguros, uma vez que podem ser demitidos a qualquer momento, esta falta de estabilidade pode gerar alta rotatividade dos profissionais. Dos entrevistados, apenas 21% informaram considerar o emprego seguro. Esta pode ser também uma das justificativas para o pouco tempo de gerência na presente unidade. Alguns dos gerentes podem estar abrindo mão de seus cargos diante de oportunidades de trabalhos que propiciem maior estabilidade. Atualmente o país passa por um período de intensa discussão quanto à terceirização dos serviços públicos, questões referentes ao funcionalismo público vêm sendo regularmente pautas de mobilizações e lutas sindicais de diversos setores, porém apesar de sua grande significância, não encontramos associação entre a mesma e a SB.

A produtividade do trabalhador é maior quando este se sente motivado, esta motivação muitas vezes advém de uma remuneração compatível com as expectativas do profissional. O trabalho da gerência envolve a representação do sistema de saúde a nível local, assim como, inclui atividades de gestão de pessoas, recursos e produção de ações em saúde. O cargo de gestor local é de tamanha complexidade e relevância social e, portanto, deveria possuir remuneração compatível com tal importância. Em geral, no mercado de trabalho há um maior investimento financeiro no pagamento aos profissionais de acordo com sua competência (XIMENES NETO, 2007). Os gerentes e diretores da APS carioca em sua supremacia, 79%, consideram que suas remunerações estão abaixo ou muito abaixo das expectativas. Tal achado pode significar que exista certo grau de desmotivação entre estes profissionais, o que pode trazer prejuízos aos resultados esperados. A sensação de injustiça é um dos pontos passíveis de gerar Burnout. Esta pode acontecer quando a carga de trabalho não é compatível com a remuneração recebida ou quando profissionais que possuem uma carga menor recebem maior reconhecimento financeiro que outros que possuem maior número de demandas e responsabilidades (MASLACH ET AL, 2001). Os ganhos efetivos recebidos pelos gerentes são cerca de 1,6 vezes menor que os recebidos por médicos da ESF, configurando grande desigualdade entre os proventos de ambos. Cabe apontar que mesmo para as gratificações por qualificações a quantia recebida pelos gestores é cerca de metade da que é recebida pelo médico. Levando-se em consideração que o gestor é responsável sanitário por uma área e população muito maiores que a de um médico de equipe, e ainda, que possui responsabilidades superiores e prazos inferiores aos designados aos médicos, esta diferença de valores recebidos pode ocasionar a sensação de que os salários não são justos. Este contexto é plausível de gerar insatisfação, sensação de impotência, de desprestígio e de desvalorização, constituindo-se em um risco para o adoecimento por Burnout. Não foi identificada ligação direta entre remuneração e síndrome de Burnout, provavelmente devido ao fato de ter ocorrido quase uma unanimidade de insatisfação em relação aos ganhos financeiros, dificultando a diferenciação de amostras.

Vale pontuar que duas questões importantes na geração de stress não tenham apresentado associação com a Síndrome de Burnout em gerentes: estabilidade e remuneração. Este comportamento nos faz levantar a hipótese de

que o fato do município do Rio de Janeiro pagar aos gerentes terceirizados um salário superior àqueles verificados entre os gerentes que compõem o quadro de estatutários, acaba por gerar uma compensação pela situação de instabilidade, o que acaba igualando o peso destas variáveis, limitando seus efeitos na explicação dos fatores identificados pelos gerentes para o surgimento da síndrome.

CONCLUSÃO

O perfil dos gerentes da Atenção Básica do município do Rio de Janeiro é constituído, de forma geral, por mulheres, jovens, enfermeiras (ainda que diversas profissões tenham aparecido), “super envolvidas”, idealistas e com um único vínculo empregatício. Aproximadamente metade possui filhos e é casada (o). Demonstram grande experiência na Atenção Básica à Saúde, porém possuem pouco tempo como gestores e como gerentes na unidade presente. A maior parte nunca recebeu oferta de cursos específicos para a gerência, embora metade tenha se qualificado por meios próprios. A maioria atua em unidades do Tipo A (onde há exclusivamente ESF) e exerce a função sozinha, em unidades com uma média de 4 equipes.

Constantemente trabalham além de 40 horas semanais e em horários não pactuados. Consideram as condições físicas das unidades adequadas, porém julgam que as mesmas não permitem que consigam finalizar suas tarefas sem interrupções. Frequentemente vivenciam situações de conflito e aproximadamente metade atua em áreas com violência armada. Consideram que as demandas solicitadas e as expectativas da comunidade assistida estão minimamente dentro de sua capacidade de resposta, porém consideram que os prazos dificilmente são suficientes, que as responsabilidades pertinentes à função muitas vezes estão acima de sua capacidade de resposta.

Avaliam os instrumentos de gestão como insuficientes. Sentem-se apoiados pela CAP e pela OS, assim como, confiam nos apoiadores disponibilizados por estas instituições e sentem que suas opiniões são levadas em consideração por seus superiores para a tomada de decisões. Metade, aproximadamente, acredita possuir grande autonomia. Em geral, não julgam o emprego seguro, não se sentem valorizados e poucos acreditam que haja possibilidades de crescimento profissional. Da mesma forma, raros são os que consideram que a remuneração recebida está de acordo com a expectativa.

Os gerentes, predominantemente, apresentaram índices altos e moderados para todas as três dimensões da SB. Mais da metade dos gerentes 53,8% apresentou ao menos uma dimensão com nível crítico e 11,2% apresentaram as três dimensões com índices críticos, configurando Burnout.

As variáveis associativas, majoritariamente, estavam relacionadas com questões organizacionais, indicando a necessidade de atenção por parte da gestão superior quanto a esses fatores. Corroborando com esta afirmação Schaufeli et al (2008) diz que para lidar com o Burnout o foco no ambiente de trabalho é essencial. Seus estudos sugerem que a forma mais efetiva para lidar com o Burnout é a combinação de modificações na prática da gestão, combinadas com intervenções educacionais que ensinem os trabalhadores a lidar com situações estressoras. As intervenções individuais são necessárias para o desenvolvimento de habilidades e atitudes individuais. Ambas as ações são necessárias. (SCHAUFELI ET AL, 2008)

A Síndrome de Burnout traz prejuízos significantes ao indivíduo e à instituição. É de extrema importância que a gestão municipal mova esforços para enfrentamento da situação, compreendendo melhor o atual contexto e adotando medidas que visem prevenir que novos gerentes adoeçam. Assim como, é indispensável a construção de um plano que inclua intervenções quando a Síndrome já encontra-se instalada.

Maslach et al (2001), reforça que é indispensável que a gestão se submeta a mudanças capazes de promover o engajamento profissional. Para tal, precisa garantir os seguintes itens: carga de trabalho suficiente, sentimentos de escolha e controle, reconhecimento e recompensas adequadas, suporte da equipe de trabalho, paridade, justiça e serviço significativo e valioso.

Os gerentes da Atenção Primária atuam como líderes das equipes e representantes da secretaria de saúde a nível local, sendo essencial que mantenham sua saúde física e mental estabelecida para o bom desenvolvimento de seu serviço e alcance dos resultados esperados.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de melhor compreender o fenômeno causado pela presença de violência armada na saúde dos profissionais da APS. Há também que investir esforços em pesquisas que contribuam para a melhor compreensão da interferência da remuneração e da estabilidade no adoecimento dos trabalhadores da ESF.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, FJB, MELO, CF, ARAUJO NETO, JL. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 25(3), 542-549. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n3/v25n3a14.pdf>>. Acesso em 24 Maio 2014.

ANAGNOSTOPOULOS, F; LIOLIOS, E; PERSEFONIS, G; SLATER, J; KAFETSIOS, K; NIAKAS, D (in press). Physician Burnout and Patient Satisfaction with Consultation in Primary Health Care Settings: Evidence of Relationships from a one-with-many Design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. DOI 10.1007/s10880-011-9278-8.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis. Volta Redonda*. Ano III, n.6. 2011. Disponível em <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em 22 Mar. 2014.

AWA WL, PLAUMANN M, WALTER U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns* . 2009 in press.

BARBOSA, RMSA; GUIMARÃES, TA. Síndrome de Burnout: relações com Comprometimento Afetivo entre Gestores de Organização Estatal. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 2., 2002, Recife. Anais. Recife: Observatório da Realidade Organizacional : PROPAD/UFPE : ANPAD, 2002. 1 CD

BARROSO, SM; GUERRA, ARP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, Set. 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000300016&script=sci_arttext>. Acesso em 05 Abr. 2015.

BERNARDO, MH.; NOGUEIRA, FRC; BULL, S. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 63, n. spe, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2013

BENEVIDES-PEREIRA, AMT. A saúde mental de profissionais de saúde mental: uma investigação da personalidade de psicólogos. *EDUEM*, 2001.

BENEVIDES-PEREIRA, AMT. O Processo de adoecer no trabalho. Em A. M. B. Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 21-91). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2002.

BOCK, VR; SARRIERA, JC. O grupo operativo intervindo na Síndrome de Burnout. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas , v. 10, n. , Junho 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 29 Jun. 2013

CAMPOS, EP. et al. Equipes do Programa Saúde da Família: estresse profissional e dinâmica de trabalho. Revista APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 46-54, 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/386/296>>. Acesso em 24 Nov. 2013.

CARLOTTO MS, CÂMARA SG. Análise fatorial do Malasch Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicol. Estud* 2004.

CARVALHO, L; MALAGRIS, LEN. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, dez.2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 dez. 2013.

CODO, W; VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout. *Educação: carinho e trabalho*, v. 2, p. 237-254, 1999.

CORDES, CL, DOUGHERTY, TW. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*,18(4), 621–656. 1993. Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/258593?uid=3737664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21103386157281>. Acesso em 12 Fev. 2014.

MESQUITA, DT de et al. Satisfação profissional do gerente na Estratégia Saúde da Família. *Rev. adm. saúde*, v. 15, n. 59, p. 63-70, 2013.

FELICIANO, KVO; KOVACS, MH; SARINHO, SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, Ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jan. 2015.

FERREIRA, JS; ROSSO, CFW. Gerenciamento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios vivenciados pelos gestores; Iniciação Científica; (Graduando em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás. 2010. Disponível em <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/JOYCE_SA.PDF>. Acesso em 17 de Fev. de 2015.

FONTELLES, MJ; SIMÕES, MG; FARIAS, SH; FONTELLES, RGS. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. 2009. 8 f. Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém, 2009.

GRANGEIRO MVT, Alencar, D.T, Barreto. J.O.P. A Síndrome de Burnout: Uma Revisão da Literatura. *Saúde Coletiva: Coletânea*. No. 2, Novembro de 2008. 1441-1982 pp.

GRUNFELD, E; et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and satisfaction. *CMAJ*. Canadá. Vol 163, n 2, Jul 2000. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC80206/>>. Acesso em 25 Abril 2013.

HARRISON, BJ. (1999). Are you to burn out? *Fund Raising Management*, 30, 3, 25-28.

HAIKAL DS, TTA SANTA-ROSA, OLIVEIRA PEA, SALES LOS, PEREIRA ACA, MACEDO CCS, FERREIRA RC, MARTINS AMEBL, FERREIRA EF. Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde. Rev. APS, 16 (3), 2013.

HARZHEIN E, LIMA KM, HAUSER L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, 2013. Disponível em <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa%20Avaliativa%20sobre%20aspectos%20de%20implantacao--%20processo%20e%20resultado%20estrutura%20das%20clinicas%20de%20familia%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa%20Avaliativa%20sobre%20aspectos%20de%20implantacao--%20processo%20e%20resultado%20estrutura%20das%20clinicas%20de%20familia%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20(2).pdf)>. Acesso em 24 Mai. 2014.

KESHVARI, M; MOHAMMADI, E; BOROUJENI, AZ; FARAJZADEGAN, Z. Burnout: interpreting the perception of Iranian primary rural health care providers from working and organizational conditions. Int J Prev Med. 2012;3(Suppl 1):S79–88. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399286/#ref30>>. Acesso em 12 Fev. 2014

KUSHNIR, T; COHEN AH. Positive and negative work characteristics associated with burnout among primary care pediatricians. Pediatr Int. 2008; 50(4):546–51. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19143981>>. Acesso em 12 Fev. 2014

LACAZ, FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. 2000. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2013.

LANCMAN, S et al . Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 4, Aug. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Abr. 2015.

LIMA-COSTA, MF; BARRETO, SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e serviços de saúde. Brasília. Vol.12, n.6. 2003. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em 22 Mar. 2014.

LINHART, D. Modernisation et précarisation de l'avié au travail. Papeles del CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva). 2009. Disponível em <<http://www.identidadcolectiva.es/pdf/43.pdf>>. Acesso em 31 Ago. 2013

LORENZ, VR; GUIRARDELLO, EB. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 22, n. 6, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692014000600926&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 05 Abr. 2015.

MAIA, LDG; SILVA, ND; MENDES, PHC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 36, n. 123, Junho 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Abr. 2015.

MARTINS, LF et al . Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204739&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jan. 2015.

MAROCO, J; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006. Disponível em <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>>. Acesso em 02 Abr. 2015.

MASLACH, C; JACKSON, SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior. Vol.2, p 99-113, 1981.

MASLACH, C; LEITER, MP. The truth about burnout. 1997. São Francisco, CA: Jossey-Bass.

MASLACH, C; SCHAUFELI, WB; LEITER, MP. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001; 52: 397-422.

MESQUITA, DT; MOREIRA, ACA; XIMENES NETO, FRG. Satisfação profissional do gerente na estratégia saúde da família. Rev. adm. saúde;15(59):63-70, abr.-jun. 2013

MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA; BUSS, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002>. Acesso em 31 Ago. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em 08 Fev. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 2005.

MOREIRA, DS et al . Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 7, July 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700014&script=sci_arttext>. Acesso 21 Fev. 2015.

MORENO, FN, GIL, GP, HADDAD, MCL, VANNUCHI, MTO. Estratégias e intervenções na Síndrome de Burnout. Rev. Enferm UERJ. 2011; 19(1):140-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a23.pdf>. Acesso em 11 Fev. 2014.

MOTA, CM; DOSEA, GS; NUNES, PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, Dec. 2014. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204719&script=sci_arttext> Acesso em 05 Abr. 2015.

OHIRA, RHF; CORDONI JUNIOR, L; NUNES, EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, Fev. 2014 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200393&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

PAPP, H. Aptação Para O Português Do Maslach Burnout Inventory – General Survey (Inventário Maslach De Burnout– População Geral). Itajaí, 2007.

PASSOS, JP; CIOSAK, SI. A Concepção dos Enfermeiros no Processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. Rev. esc. enferm. USP , São Paulo, v. 40, n. 4, dezembro 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de Fev. de 2015

PASSOS, JP. A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-08052007-092913/>>. Acesso em 17 de Fev. de 2015.

PÊSSOA, L. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. ENSP. Rio de Janeiro, 2011.

POLARO, SHI; GONCALVES, LHT; ALVAREZ, AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 4, Dec. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Mar. 2015.

ROCHA, HAL; CARVALHO, ER. Conceitos Básicos em Epidemiologia e Bioestatística. Ceará: Universidade Federal do Ceará, [S.d.]. 2008. Disponível em . Acesso em 22 Mar. 2014.

SADIR, MA; BIGNOTTO, MM; LIPP, NOVAES ME. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 20, n. 45, Apr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Fev. 2014.

SANTOS, MRS. Síndrome de Burnout entre médicos atuantes da ESF do município do RJ. In: 12º CBMFC - Medicina de Família e Comunidade: acesso com qualidade, 2013, Belém (PA). 12º CBMFC - Medicina de Família e Comunidade: acesso com qualidade, 2013. v. 12. p. 164.

SANZOVO CE, COELHO MEC. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007, 24:227-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a09.pdf>>. Acesso em 17 Fev. 2014

SCHAUFELI WB, LEITER MP, MASLACH C. "Burnout: 35 years of research and practice", *Career Development International*, Vol. 14 Iss: 3, pp.204 – 220, 2008.

SILVA, ATC; MENEZES, PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 jan. 2015.

SMSDC/RJ. Carteira de Serviços – Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Comunicação e educação em Saúde. Série F. Rio de Janeiro, 2011.

SMSDC/RJ. Regimento Interno da Clínica da Família David Capistrano Filho. 2011. Disponível em: <<http://smsdc-cfdavidcapistranofilho.blogspot.com.br/p/nosso-regimento-interno.html>>. Acesso em 04 Mar. 2014.

SMSDC/RJ. Regimento Interno da Clínica da Família Dr. Dalmir de Abreu Salgado. 2014. Disponível em:

<<http://smsdc-clinicadafamiliamagarca.blogspot.com.br/2014/02/regimento-interno-2014.html>>. Acesso em 04 Mar. 2014.

SORANZ, D. Seminários de Inovação da Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2012/12/SIAP-2013-meso-Soranz.pdf>>. Acesso em 04 Mar. 2014

TAMAYO, MR.; TRÓCCOLI, BT. Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 37-42. 2002.

TELLES, H; PIMENTA, AMC. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude soc., São Paulo*, v.18, n.3, Sept. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2015.

TRIGO, TR; TENG, CT; HALLAR JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiqu. Clin.* 34 (5); 223-233. 2007.

TRINDADE, LL et al . Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta paul. enferm., São Paulo*, v. 23, n. 5, Oct. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Maio 2014.

VANDERLEI, MIG; ALMEIDA, MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Fev. 2015.

WEYMOUTH, S; DAVEY, JC; WRIGHT, JL; NIEUWOUNDT, LA; BARCLAY, L; BELTON, S; SVENSON, S; BOWELL, L. What are the effects of distance management on the retention of remote area nurses in Australia? *Rural and Remote Health*, vol. 7, no. 652 (online), 2007. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17665965>. Acesso em 12 Fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization, pp. 91-110, 1998.

XIMENES NETO, FRG; SAMPAIO, JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Fev. 2015.

ANEXO 1 - Atribuições dos gerentes segundo Carteira de Serviços disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro

Na Carteira de Serviços disponibilizada pela Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil (SUBPAV) (2011) são definidas as seguintes atribuições do gerente/diretor da unidade com apoio das Coordenações de Áreas Programáticas (CAP) e das Organizações Sociais de Saúde (OSS):

- Proceder com a atualização dos dados de movimentação de pessoal dos profissionais das equipes de saúde da família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ainda no mês corrente da mesma; e verificar mensalmente a situação a unidade no CNES pela internet.
- Informar mensalmente os dados cadastrais e de produção do Gerenciador de Informações Locais que alimentam os seguintes bancos de dados nacionais – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL);
- Informar mensalmente às CAPs e a SUBPAV e ao Serviço de Vigilância em Saúde através do preenchimento em ficha física (papel) para a alimentação dos sistemas: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-API) – mapas de aplicação de vacinas, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – fichas de notificação compulsória de todos os agravos de notificação compulsória nacional, estadual e municipal, CNES sempre que houver novo componente na equipe de Saúde da Família;
- Enviar relatórios gerenciais de produção dos registros apontados no item (b) para a SUBPAV e Superintendência de Atenção Primária mensalmente através de e-mail;
- Garantir importação e exportação dos dados cadastrais e de produção para outros formatos de leitura. Estes dados devem obrigatoriamente reportar ao Cartão Nacional de Usuários do SUS (CADSUS) quando devidamente implantado;
- Utilizar software com prontuário eletrônico em todas as unidades, desde que garanta a exportação dos dados para os sistemas oficiais do Ministério da Saúde

(CNES, SISHIPERDIA, SISPRENATAL, SIA, SIAB) e compatível com a estrutura de base de dados do integrador do GIL;

- Consolidar, mensalmente, todos os indicadores presente no contrato de gestão a partir das bases de dados informadas, exceto os dados referentes ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) que deverão ser consultados junto a Divisão de Vigilância em Saúde da Área Programática;
- Garantir o sigilo e confidencialidade de todas as informações individuais, coletadas ou consultadas;
- Enviar as informações de faturamento até o quarto dia útil de cada mês
- Enviar as informações de produção até o quarto dia útil de cada mês
- Realizar treinamento para todos os profissionais de saúde da atenção primária para operarem os sistemas de informação (CNES, Sistema Nacional de Regulação, GIL) e prontuário eletrônico (se for o caso).

ANEXO 2 - Atribuições dos gerentes segundo Regimentos Internos das unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

As funções aparecem de maneiras semelhantes nos diferentes regimentos internos. Abaixo segue uma reunião dessas:

- Garantir a Gestão da Clínica de Saúde da Família, conforme a diretriz e princípios do SUS (equidade, integralidade, humanização do atendimento) e diretrizes e atributos da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família;
- Informar a OSS Viva Comunidade, sempre que necessário, sobre problemas identificados no desenvolvimento das ações e sobre os encaminhamentos demandados;
- Integrar as equipes de Saúde da Família e demais profissionais de saúde da Clínica Saúde da Família com a comunidade;
- Garantir que as equipes desenvolvam suas ações, conforme as diretrizes da Estratégia Saúde da Família;
- Cumprir com as atribuições delegadas e/ou as determinações propostas e pactuadas pela direção e coordenação da OSS;
- Repassar as informações de interesse do serviço, oriundas da direção e coordenação da OSS Viva Comunidade, para todos os profissionais de saúde lotados na Clínica de Saúde da Família;
- Avaliar e monitorar as ações das equipes SF e dos demais profissionais de saúde da Clínica de Saúde da Família, mantendo atualizadas as informações contidas no painel de monitoramento para ampla divulgação;
- Assegurar que o conjunto dos indicadores e metas assistenciais, pactuadas entre a OSS e a SMSDC, seja alcançado;
- Elaborar os relatórios técnicos mensais e/ou outros necessários, descrevendo as principais atividades realizadas, identificando obstáculos e apontando recomendações;
- Utilizar os Sistemas de Informação de Saúde disponíveis para monitoramento/avaliação e planejamento das ações das equipes;

- Atuar para garantir e melhorar a qualidade das informações de saúde;
- Implantar as estratégias e protocolos assistenciais, de encaminhamento, entre outros, da SMSDC;
- Garantir que as equipes desenvolvam ações de promoção à saúde, prevenção específica e de cidadania;
- Representar a unidade em reuniões administrativas e técnicas, junto à OSS, à SMSDC, ao Conselho Gestor e/ou outras reuniões técnico-científicas;
- Incentivar e colaborar com a pesquisa e produção de trabalhos científicos;
- Garantir a participação das Equipes SF nas reuniões mensais com a comunidade;
- Garantir o acolhimento da demanda espontânea e o maior grau de resolubilidade possível, entendendo que a Unidade Básica de Saúde é a porta preferencial de entrada do SUS;
- Avaliar as necessidades de capacitações e treinamentos, apontando para maior grau de resolubilidade, para os perfis profissionais exigidos para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica à Saúde;
- Garantir que os auxiliares administrativos mantenham atualizadas todas as rotinas administrativas, bem como a alimentação de todos os Sistemas afeitos à Atenção Básica à Saúde;
- Indicar responsáveis na unidade, para a fiscalização de contratos e emissão mensal de relatórios-padrão, tais como limpeza, vigilância, manutenção de equipamentos, entre outros;
- Monitorar e otimizar o tempo de agendamento para as diferentes atividades ofertadas pela Unidade;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar o funcionamento da USF;
- Desenvolver outras atividades, conforme for determinado e acordado;

- Realizar escala de serviços e de profissionais;
- Responder ouvidorias e realizar conversas com a população, a fim de esclarecer dúvidas e adequar o serviço aos anseios Secretaria Municipal de Saúde X profissionais X comunidade;
- Ter atitude acolhedora ao usuário, orientando, informando sempre que necessário;
- Fiscalizar o cumprimento da carga horária semanal dos funcionários da unidade;
- Manter contato constante com RH da OSS a fim de solucionar demandas;
- Fiscalizar, advertir e fazer relatórios de funcionários que não venham realizando atividades corretamente, conforme pactuado;
- Realizar planejamento das atividades a serem realizadas;
- Solicitar consertos e reparos;
- Ser um facilitador, articulador, líder;
- Ter conhecimento técnico científico e conhecer as diretrizes e normas existentes.

ANEXO 3 - Questionário individual para gerentes de APS do município do Rio de Janeiro

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde
com ênfase na Estratégia de Saúde da Família

SÍNDROME DE BURNOUT EM GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA GERENTES DE APS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre Burnout em gerentes de Atenção Primária à Saúde. Contém duas partes: 1) Dados sobre seu perfil e sua percepção sobre o seu trabalho; 2) Aplicação da Escala de Identificação de Burnout. Sua participação é muito importante para aumentar o conhecimento quanto a Síndrome de Burnout em Gerentes de APS, assim como para viabilização de estratégias para o enfrentamento da mesma. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Solicito a gentileza de certificar-se de ter respondido **todas** as questões. Agradeço sua disponibilidade e colaboração.

PARTE I

Esta parte do questionário pretende conhecer o seu perfil e sua percepção quanto ao seu trabalho. Não existem respostas certas ou erradas, sendo assim, escolha aquela que melhor corresponde às suas características e opinião sobre o seu trabalho.

Você deve assinalar apenas 1 resposta por pergunta, com exceção da questão 39 que possibilita que mais de uma opção seja assinalada.

PERFIL DO GESTOR

1- Idade:

2- Sexo: masculino feminino

3- Estado civil: solteiro casado divorciado viúvo

4- Profissão: _____

5- Filhos: sim não

6- Você possui outro emprego? sim não Quantos? _____

7- Tipo de unidade:

Tipo A - Clínica da Família (exclusivamente Estratégia de Saúde da Família em molde de Clínica da Família)

Tipo A – CMS (exclusivamente Estratégia de Saúde da Família em molde de CMS)

Tipo B – CMS (atua com profissionais da Estratégia de Saúde da Família e com profissionais de Posto de Saúde nos moldes de CMS)

8- Área de planejamento:

1.0 2.1 2.2 3.1 3.2 3.3 4.0 5.1 5.2 5.3

9- A unidade em que você atua, possui outro gerente ou diretor? sim não

10- Quantas equipes há na unidade onde você atua? _____ equipes

11- Há quanto tempo você trabalha com Atenção Primária/Básica à Saúde? _____

12- Há quanto tempo você trabalha como gerente? _____

13- Há quanto tempo você trabalha como gerente nesta unidade? _____

14- Desde que exerce este cargo já lhe foi oferecido pela gestão algum curso ou capacitação específicos para gerência? sim não
Qual? _____

15- Você já realizou algum curso de gestão/gerência em saúde? não sim
Qual? _____

16- Quantas horas semanais você trabalha em média? menos de 40h 40h mais que 40h

17- Com que frequência você costuma trabalhar fora do seu horário?

diariamente

algumas vezes na semana

algumas vezes no mês

algumas vezes no ano

nunca

18- O seu local de trabalho é confortável? sim não parcialmente

19- Quanto ao seu espaço de trabalho avalie sua adequação para os seguintes itens:

19.1- Limpeza/condições de higiene

adequado inadequado parcialmente

19.2- Som (livre de ruídos perturbadores)

adequado inadequado parcialmente

19.3- Espaço

adequado inadequado parcialmente

19.4- Ventilação

adequado inadequado parcialmente

19.5- Iluminação

adequado inadequado parcialmente

20- O seu local de trabalho permite que você conclua suas tarefas sem interrupções?

sim não

21- Com que frequência você vivencia situações de conflito em seu trabalho?

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

22- Você trabalha em área de violência armada? sim não

22.1- Em caso afirmativo, você se sente ameaçado pela violência?

não sim, um pouco sim, razoavelmente. sim, muito.

23- Considera que, em geral, o prazo exigido para a execução das atividades solicitadas é suficiente para o seu cumprimento?

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Sempre

24- Quanto ao número de demandas solicitadas, você julga:

- Estão muito abaixo da sua capacidade de resposta
- Estão abaixo da sua capacidade de resposta
- Estão de acordo com sua capacidade de resposta
- Estão acima da sua capacidade de resposta
- Estão muito acima da sua capacidade de resposta

25- Quanto às expectativas da comunidade atendida pela unidade aonde atua com relação ao serviço prestado por esta, você julga que:

- Estão muito abaixo da sua capacidade de resposta
- Estão abaixo da sua capacidade de resposta
- Estão de acordo com sua capacidade de resposta
- Estão acima da sua capacidade de resposta
- Estão muito acima da sua capacidade de resposta

26- Quanto à sua autonomia para tomada de decisões, você sente que:

- Não tem nenhuma autonomia
- Possui autonomia parcial
- Possui grande autonomia, porém não totalmente
- Possui total autonomia

27- Quanto ao número de responsabilidades/atribuições pertinentes ao cargo que exerce, você acredita que:

- Estão muito abaixo da sua capacidade de resposta
- Estão abaixo da sua capacidade de resposta
- Estão de acordo com sua capacidade de resposta
- Estão acima da sua capacidade de resposta
- Estão muito acima da sua capacidade de resposta

28- Você considera os instrumentos de apoio para a gestão:

- Suficientes
- Insuficientes
- Indiferentes
- Não estão disponíveis

29- Você se sente apoiado pela gestão superior a você, considerando a OS?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

30- Você se sente apoiado pela gestão superior a você, considerando a CAP?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

31- A gestão superior a você leva em consideração sua opinião para tomada de decisões?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

32- Você confia em seus apoiadores da OS?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

33- Você confia em seus apoiadores da CAP?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

34- Você se sente valorizado pelo seu trabalho?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

35- Você considera o seu emprego estável/seguro?

- Sim
- Parcialmente
- Não

36- Seu trabalho lhe possibilita ascensão profissional? sim não parcialmente

37- Como você julga a remuneração para seu cargo?

- Muito abaixo das expectativas
- Abaixo das expectativas
- De acordo com as expectativas
- Acima das expectativas
- Muito acima das expectativas

38- Após assumir este cargo você desenvolveu algum sinal/sintoma ou alguma doença?

- sim não

38.1- Se sim. Quais?

39- Assinale as características que, na sua opinião, você apresenta (permitido assinalar mais de 1 item):

- | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Idealista | <input type="checkbox"/> Super envolvido | <input type="checkbox"/> Impaciente | <input type="checkbox"/> Competitivo |
| <input type="checkbox"/> Controlador | <input type="checkbox"/> Perfeccionista | <input type="checkbox"/> Pessimista | <input type="checkbox"/> Passivo |

PARTE II

Nesta parte constam 22 afirmações sobre sentimentos em relação ao trabalho.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e pense se você se sente deste modo em seu emprego.

Instruções:

Se você nunca teve estes sentimentos, marque na coluna “nunca”. Se você já teve este sentimento, indique com que frequência você o sente, marcando na coluna que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira (algumas vezes no ano, algumas vezes no mês, algumas vezes na semana ou diariamente).

Não se esqueça de que **todas as questões devem ser respondidas** e de que **cada uma pode ser assinalada em apenas uma opção**.

MASLACH BURNOUT INVENTORY

N	Perguntas	Nunca	Algumas vezes no Ano	Algumas vezes no Mês	Algumas vezes na Semana	Diariamente
1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.					
2	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.					
3	Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me esgotado.					
4	Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.					
5	Sinto que estou tratando alguns receptores do meu trabalho como se fossem objetos impessoais.					
6	Sinto que trabalhar todo o dia com gente me cansa.					
7	Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.					
8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.					
9	Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.					
10	Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.					
11	Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.					
12	Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho					
13	Sinto-me frustrado por meu trabalho.					
14	Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.					
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.					
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.					
17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.					

N	Perguntas	Nunca	Algumas vezes no Ano	Algumas vezes no Mês	Algumas vezes na Semana	Diariamente
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.					
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.					
20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.					
21	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
22	Parece-me que os receptores do meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.					

ANEXO 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **SÍNDROME DE BURNOUT EM GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** desenvolvida por **ALICE MARIZ PORCIUNCULA**, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde com ênfase em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr. SANDRA APARECIDA VENÂNCIO DE SIQUEIRA.

O objetivo central do estudo é Identificar a presença de Síndrome de Burnout em gerentes atuantes nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve ao fato de você trabalhar na gerência de uma unidade de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário que deve durar em torno de 15 minutos.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ampliar a compreensão de profissionais, gestores e estudantes sobre a Síndrome de Burnout em gerentes da Atenção Primária à Saúde, possibilitando a adoção de estratégias de prevenção e tratamento para a mesma.

Embora esse estudo não implique em nenhum risco direto a sua saúde, existe a possibilidade de você se sentir constrangido durante a realização do questionário. Caso isso ocorra, sinalize à pesquisadora para que ela possa minimizá-lo. Ressalta-se que, caso o Sr (a) sofra qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados serão divulgados através de artigos científicos e na dissertação.

Finalizando, o presente termo terá todas as suas páginas assinadas, sendo emitido em duas vias, sendo uma para o participante e uma para o pesquisador.

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Alice Mariz Porciuncula

Telefone: (21) 98606- 0887

E-mail: alicemariz@atencaobasica.org.br

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da SMS/RJ. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.”:

CEP ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

CEP SMS/RJ

Tel e Fax - (0XX) 21- 39711463

E-Mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

Rio de Janeiro, _____, _____, _____.

Alice Mariz Porciuncula

Mestranda na ENSP/FIOCRUZ

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

A primeira página deverá ser rubricada e a assinatura será posta na última página.