

Faculdades Integradas de Patos  
 Curso de Medicina  
 v. 4, n. 2, abr/jun 2019, p. 1160-1174.  
 ISSN: 2448-1394



## SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE POMBAL-PB, BRASIL

*BURNOUT SYNDROME IN PROFESSIONALS OF THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY OF POMBAL-PB, BRAZIL*

Simara Zabulon de Albuquerque Bastos  
 Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba – Brasil  
[simarazabulon@gmail.com](mailto:simarazabulon@gmail.com)

Milena Nunes Alves de Sousa  
 Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba – Brasil  
[minualsa@hotmail.com](mailto:minualsa@hotmail.com)

### Resumo

**Objetivo:** avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Pombal-PB. **Métodos:** pesquisa de natureza descritiva, transversal com abordagem quantitativa que foi realizada através da aplicação de questionários aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de Pombal-PB. O critério de seleção considerado foi: carga horária de trabalho de no mínimo trinta horas semanais. Participaram do estudo 126 profissionais de um universo de 145 profissionais que compõem todas as Estratégias de Saúde da Família de Pombal-PB. Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica (Excel 2010) e transportados para análise estatística no programa SPSS for Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. **Resultados:** a prevalência de Síndrome de Burnout encontrada foi de 4,8%. Destes, 2 profissionais (1 dentista, 1 técnico/auxiliar de saúde bucal) apresentam o perfil 1 e 4 (1 dentista, 1 enfermeiro, 1 agente comunitário de saúde, 1 técnico/auxiliar de saúde bucal) apresentam o perfil 2 da síndrome. **Conclusão:** a maioria dos profissionais de saúde das Estratégias Saúde da Família de Pombal-PB não apresentou síndrome de Burnout, porém os resultados evidenciam a necessidade de ações destinadas à Saúde do Trabalhador entre profissionais de saúde da atenção básica, focando na promoção de saúde e vigilância e indo além de apenas ações assistencialistas/diagnósticas. Seria de grande relevância a realização de novas pesquisas com utilização do questionário CESQT em amostras maiores e de diferentes localidades do país.

**Palavras-chave:** Síndrome Burnout. Atenção Primária. Saúde do trabalhador.

### Abstract

**Objective:** to evaluate the prevalence of Burnout Syndrome in professionals working in the Family Health Strategy of the municipality of Pombal-PB. **Methods:** descriptive research, cross-sectional with quantitative approach that was carried out through the application of questionnaires to professionals working in the Pombal-PB Family Health Strategy. The selection criterion considered was: workload of at least thirty hours per week. The study included 126 professionals from a universe of 145 professionals who make up all the Pombal-PB Family Health Strategies. The data were entered into an electronic spreadsheet (Excel 2010) and transported for statistical analysis in the

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0. Descriptive statistical techniques were used for data analysis with absolute and relative frequency measurements for categorical variables. **Results:** the prevalence of Burnout syndrome found was 4.8%. Of these, 2 professionals (1 dentist, 1 oral health technician/auxiliary) present profile 1 and 4 (1 dentist, 1 nurse, 1 community health agent, 1 oral health technician/auxiliary) present profile 2 of the syndrome. **Conclusion:** most health professionals of pombal-PB family health strategies did not present Burnout syndrome, but the results show the need for actions aimed at Workers' Health among health care professionals focusing on health promotion and surveillance and going beyond only care/diagnostic actions. It would be of great relevance to conduct new research using the CESQT questionnaire in larger samples and from different locations in the country.

**Keywords:** Burnout syndrome. Primary Care. Worker's health.

## 1. Introdução

Em relação aos agravos que acometem os trabalhadores, os acidentes de trabalho sempre tiveram maior notoriedade quando comparados às doenças ocupacionais, em especial as doenças mentais relacionadas ao trabalho (ROCHA; BUSSINGUER, 2016). Porém, na Europa, o estresse ocupa a segunda posição entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho, de acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT). No Brasil, entre os anos de 2012 a 2016, transtornos mentais e comportamentais foram a terceira maior causa de incapacidade laboral considerando concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2017). O trabalho pode ser gerador de problemas de insatisfação e exaustão, desta forma, muitas vezes não é considerado como fonte de realização profissional e isto contribui para a diminuição da qualidade do serviço prestado (Lima et al., 2013).

Estudos sobre como o trabalho pode afetar a saúde mental dos profissionais incluindo estresse e Síndrome de Burnout (SB), vem aumentando de forma progressiva desde a década de 90 (KHAMISA; PELTZER; OLDENBURG, 2013).

A Síndrome de Burnout é definida como uma síndrome psicológica, caracterizada por tensão emocional crônica associada à grande estresse ocupacional. É reconhecida mundialmente como um problema psicossocial que afeta a qualidade de vida de inúmeros trabalhadores, principalmente daqueles que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos (COSTA et al., 2012; VIEIRA, 2010). Esta síndrome é caracterizada pela perda de motivação e baixa realização pessoal no trabalho (baixa ilusão pelo trabalho), esgotamento emocional e físico (desgaste psíquico), e desenvolvimento de comportamento de frieza, indiferença e cinismo em relação aos clientes e colegas de trabalho (indolência) (Gil-Monte, 2005; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O sentimento de culpa pode surgir posteriormente em alguns profissionais, caracterizando maior gravidade em relação à síndrome. Portanto, segundo esta definição, a Síndrome de Burnout apresenta dois perfis distintos. O Perfil 1 refere-se ao indivíduo que desenvolve baixos níveis de ilusão pelo trabalho, altos níveis de desgaste psíquico e indolência. O

Perfil 2 refere-se aos casos mais deteriorados e graves da Síndrome de Burnout, pois o indivíduo apresenta as mesmas características do Perfil 1 somado ao sentimento de culpa (GIL-MONTE, 2005; 2011).

A Síndrome de Burnout acomete principalmente os profissionais que estão expostos à tensão e estresse intensos e mantém contato direto com o público, como aqueles envolvidos com serviços humanos, educação e cuidados com saúde, ao exemplo de policiais, corretores de bolsa, contadores, treinadores e desportistas, controladores de tráfego aéreo, diretores ou executivos de empresas, professores, médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, dentre outros (MOREIRA et al., 2009; VIEIRA, 2010).

Desde 1974, quando foi descrita pela primeira vez, a Síndrome de Burnout vem sendo estudada por diversos pesquisadores, principalmente na área da educação (MOREIRA et al., 2009). As investigações crescentes sobre esta síndrome psicológica têm revelado sérias consequências como: atitudes inadequadas (falta de comprometimento organizacional, intenção de abandonar o trabalho), distúrbios individuais (problemas de saúde, queixas psicossomáticas, depressão), e problemas no trabalho (má qualidade dos serviços, alta rotatividade, absenteísmo e licença médica) (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

A maioria dos estudos tem usado como instrumento o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para analisar a prevalência da Síndrome de Burnout, possibilitando mais comparações com outros estudos (SILVEIRA et al., 2014). No entanto, recentemente o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CQUEST) já validado para a realidade brasileira, tem se mostrado mais fidedigno aos fatores analisados e supera o MBI em algumas insuficiências psicométricas apresentadas por este, além de proporcionar a identificação de estágios de adoecimento da Síndrome de Burnout (GIL-MONTE; CARLOTTO; CÂMARA, 2010).

Uma incidência elevada desta síndrome entre os profissionais da saúde tem sido revelada nos estudos (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

A Atenção Básica constitui a principal porta de entrada e mais importante instrumento de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2012). No entanto, o SUS "teórico" tal como formulado, apresenta falhas operacionais e se distancia do SUS "real" tal como vivenciado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estas falhas repercutem numa série de fatores que podem culminar com a insatisfação dos usuários, e estes quando não tem seus objetivos alcançados ao procurar atendimento na atenção básica, culpam, responsabilizam e

despejam críticas nos únicos alvos visíveis que representam o sistema: os profissionais de saúde (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

A imposição de tarefas, exigências, e habilidades específicas com a população, além da alta demanda de trabalho aos profissionais do serviço público de saúde, configuram fatores de risco para as manifestações da SB que se instalam em etapas (SILVA et al., 2015).

Apesar do crescente interesse sobre o assunto, a Síndrome de Burnout ainda é pouco conhecida entre os trabalhadores e a população em geral e são considerados escassos os trabalhos com a população que atua na Atenção Primária, embora haja necessidade de assistência à saúde mental dos que atuam na porta principal do SUS (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Torna-se então cada vez mais necessário avaliar as consequências de estímulos emocionais nocivos à saúde mental destes profissionais devido à interferência na sua qualidade de vida e saúde e também pela interferência na saúde da população, visto que um profissional em processo de adoecimento compromete a qualidade do serviço prestado (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

O presente estudo teve como objetivo primário avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família de Pombal-PB. Os objetivos secundários consistiram em caracterizar a amostra estudada quanto às condições socioeconômicas e demográficas e averiguar os níveis das dimensões Ilusão pelo Trabalho, Desgaste psíquico, Indolência e Culpa, conforme categoria profissional.

## **2. Método**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorreu nas 12 Estratégias de Saúde da Família pertencentes ao município de Pombal-PB. Participaram do estudo 126 profissionais de saúde (12 enfermeiros, 10 médicos, 11 técnicos de enfermagem, 10 dentistas, 11 técnicos de saúde bucal e 72 agentes comunitários de saúde), de um universo de 145 profissionais que compõem todas as Estratégias de Saúde da Família de Pombal-PB, sendo não probabilístico de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A não participação de 19 profissionais ocorreu devido à ausência durante a coleta de dados por motivos de afastamento por doença, férias, licença maternidade ou não aceitação de participação do estudo.

O critério de inclusão consiste em carga horária de trabalho de no mínimo trinta horas semanais. O critério de exclusão considerado foi o afastamento do trabalho dos profissionais por motivos de férias, licença maternidade, entre outros. Os instrumentos para coleta de dados consistem em:

- a. Questionário individual que contém 16 questões objetivas de identificação do perfil sociodemográfico, laboral e de hábitos de vida da amostra;
- b. *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT) - versão brasileira validada que consiste em vinte itens distribuídos em quatro dimensões-Ilusão pelo Trabalho (cinco itens: 01,05,10,15,19), Desgaste Psíquico (quatro itens:08,12,17,18), Indolência(seis itens:02,03,06,07,11,14) e Culpa (cinco itens:04,09,13,16,20). As respostas são apresentadas em escala tipo *likert* de cinco pontos que variam de 0 (nunca) até 4 (muito frequentemente,todos os dias). Cada subescala é calculada pela média da pontuação dos itens que a compõe. Baixas pontuações na Ilusão pelo Trabalho (<2) e altas pontuações em Desgaste Psíquico, Indolência e Culpa (>=2) caracterizam altos níveis de Burnout (Gil-Monte, 2011).

Questionários com envelopes padronizados foram entregues na segunda feira, no horário de funcionamento das ESF e recolhidos na sexta-feira, junto dos envelopes lacrados pelos próprios profissionais possibilitando, assim, que cada profissional responda individualmente e com tempo para analisar as questões, de forma sigilosa. A coleta dos dados foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica (Excel 2010) e transportados para análise estatística no programa SPSS for Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras.

Para análise da confiabilidade do questionário CESQT foi utilizado o cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. Segundo Hair (2013), valores acima de 0,60 indicam confiabilidade nos dados. Esses resultados também foram obtidos no estudo de avaliação da validade fatorial e de construto da versão brasileira do CESQT em uma amostra de docentes da região do Sul do Brasil. (GIL-MONTE, 2010).

Para análise da Síndrome de Burnout na amostra, foram utilizados os 5 níveis propostos por Gil-Monte (2011), de acordo com os percentis 10,33,66 e 90 (P10, P33, P66 e P90): (1) muito baixo – pontuações menores ou iguais ao P10; (2) baixo – pontuações menores ou iguais ao P33; (3) médio – pontuações menores ou iguais ao P66; (4) alto – pontuações menores que P90 e (5) crítico – pontuações maiores ou iguais ao P90.

Para identificar os casos de Perfil 1 e Perfil 2, foram utilizados os critérios do manual CESQT (Gil-Monte, 2011), que considera Perfil 1 os casos que apresentaram pontuações iguais ou superiores ao P90 na pontuação média dos 15 itens que formam as

subescalas de Ilusão pelo trabalho (invertida), Desgaste psíquico e Indolência, mas inferiores ao P67 na subescala de Culpa. No perfil 2, foram considerados os casos com pontuações iguais ou superiores ao P90 na pontuação média dos 15 itens citados acima e também iguais ou superiores ao P67 na subescala de Culpa.

Para realização do presente estudo foram observados os pressupostos da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), os quais devem ser aplicados em pesquisas com seres humanos para que haja garantia dos direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa e dos pesquisadores. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos e após aprovação (número do parecer: 2.641.416), os participantes foram devidamente esclarecidos em relação à confiabilidade e não identificação dos mesmos, bem como os objetivos da pesquisa, benefícios que poderá proporcionar e direito de recusa ou saída do presente estudo. Tão somente após orientações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam aos questionários autoaplicáveis.

### **3. Resultados e Discussão**

#### CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Dentre os 145 profissionais, 87% (126/145) responderam adequadamente os questionários. Dentre os participantes, 19,8% (n=25) com idade até 30 anos, 34,1% (n=43) estava na faixa etária entre 31 a 40 anos, 27,8% (n=35) entre 41 e 50 anos e 18,3% (n=23) acima de 50 anos. A prevalência desta síndrome é maior entre os profissionais jovens e é atribuída a pouca experiência do trabalhador (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Dos profissionais, a maioria era agentes comunitários de saúde 57,1% (72/126) e a minoria era médicos 7,9% (10/126) e dentistas 7,9% (10/126). 60,3% (76/126) eram casados, 42,9% (54/126) tinham 2 ou mais filhos, 95,2% (120/126) brasileiros, 57,1% (72/126) não possuem ensino superior completo, 71,4% (90/126) não estudam e 66,7% (84/126) apresentaram renda de 1 salário mínimo. O gênero masculino correspondeu a 82,5% (104/126), sendo quase cinco vezes mais frequente que o feminino, o que caracteriza que a amostra estudada tem aspectos diferentes aos mostrados pela literatura que tem o gênero feminino como a maioria (Tabela 1) (SILVA et al., 2015).

Em relação às características laborais, 69% (87/126) dos profissionais trabalham na zona urbana, 84,9% (107/126) não possui outro emprego, 69,8% (88/126) trabalham na ESF há mais de 3 anos e 88,9% (112/126) são concursados (Tabela 2). O fato de a maioria dos trabalhadores não terem mais de um vínculo empregatício é um

fator de proteção contra a SB, pois o cansaço decorrente da alta carga de trabalho pode afetar o comprometimento das atividades laborais (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A maioria dos participantes 68,3% (86/126) não praticam atividade física e 68,3% (86/126) possuem atividades de lazer. 73% (92/126) relataram possuir apoio emocional no trabalho, 6,7% (21/126) se autodeclararam tensos e 83,3% (105/126) calmos na maior parte do tempo de trabalho. Cabe destacar que a execução de atividades que proporcionam momentos de descontração e prazer podem diminuir o impacto de agentes estressores (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (Patos, 2019)

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	12	9,5
Médico	10	7,9
Auxiliar/técnico de enfermagem	11	8,7
Dentista	10	7,9
Auxiliar/técnico saúde bucal	11	8,7
ACS	72	57,1
<b>Sexo</b>		
Masculino	104	82,5
Feminino	22	17,5
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	37	29,4
Casado	76	60,3
Divorciado / Separado	12	9,5
Viúvo	1	0,8
<b>Filhos</b>		
Nenhum	43	34,1
1 filho	29	23,0
2 ou mais filhos	54	42,9
<b>Nacionalidade</b>		
Brasileira	120	95,2
Outras	6	4,8
<b>Formação</b>		
Ensino superior completo	54	42,9
Não possui ensino superior completo	72	57,1
<b>Trabalha e estuda</b>		
Sim	36	28,6
Não	90	71,4
<b>Renda</b>		
1 salário mínimo	84	66,7
2 a 4 salários mínimos	34	27,0
5 a 10 salários mínimos	3	2,4
Mais de 10 salários mínimos	5	4,0

Tabela 2- Caracterização das condições de trabalho dos participantes da pesquisa (Patos, 2019)

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Local de trabalho</b>		
USF rural	39	31,0
USF urbana	87	69,0
<b>Outro emprego</b>		
Sim	19	15,1
Não	107	84,9
<b>Tempo de trabalho na USF</b>		
Menos de 1 ano	11	8,7
1 a 3 anos	27	21,4
Mais de 3 anos	88	69,8
<b>Vínculo</b>		
Programa mais médico	7	5,6
Residência em saúde da família e comunidade	3	2,4
Concurso	112	88,9
Contrato	4	3,2

#### ANÁLISE DA SÍNDROME DE BURNOUT

A análise da consistência interna da escala resultou em um Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,730. Todos os fatores apresentaram valores acima de 0,70. Ilusão para o trabalho,  $\alpha=0,803$ ; Desgaste psíquico= $0,778$ ; Indolência= $0,778$  e Culpa= $0,734$ . Os resultados demonstram confiabilidade na utilização do instrumento para esta amostra.

Sobre as médias das subescalas, o valor mais alto foi obtido para a Ilusão para o trabalho ( $M= 3,25$ ;  $DP=1,07$ ), cujos itens diferentemente dos demais do CESQT, estão formulados em sentido positivo, ou seja, altas pontuações indicam baixos níveis de síndrome de Burnout. O valor mais baixo foi obtido para a subescala de Indolência ( $M=0,38$ ;  $DP=0,77$ ). (Quadro 1)

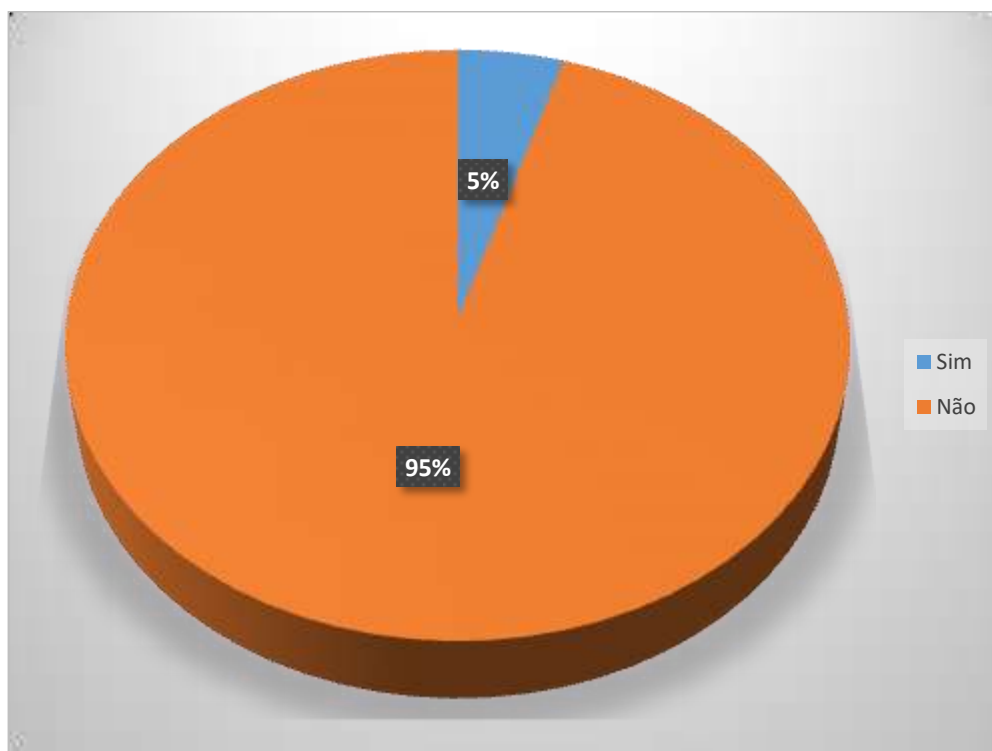


Quadro 1: Estatística descritiva dos itens e consistência interna dos fatores do instrumento CESQT. (Patos, 2019).

<b>Fator/Ítem</b>	<b>Média ± DP</b>
<b>Ilusão para o trabalho (<math>\alpha=0,803</math> )</b>	
Item 1:	3,10±1,15
Item 5:	3,08±1,32
Item 10:	3,25±1,07
Item 15:	3,20±1,18
Item 19:	2,83±1,25
<b>Desgaste Psíquico (<math>\alpha =0,778</math>)</b>	
Item 8:	1,13±1,13
Item 12:	1,16±1,32
Item 17:	1,94±1,20
Item 18:	1,62±1,33
<b>Indolência (<math>\alpha =0,778</math>)</b>	
Item 2:	0,96±1,08
Item 3:	0,93±1,02
Item 6:	0,81±1,01
Item 7:	0,38±0,77
Item 11:	0,39±0,82
Item 14:	0,87±1,11
<b>Culpa (<math>\alpha =0,734</math>)</b>	
Item 4:	1,43±1,44
Item 9:	0,73±0,93
Item 13:	0,48±0,89
Item 16:	1,11±1.16
Item 20:	0,76±1,06

Seguindo os critérios de Gil-Monte (2011) foram aplicados os percentis P10, P33, P66, P90 do manual do CESQT na amostra estudada para cada dimensão. A prevalência de Síndrome de Burnout encontrada foi de 4,8% (6/126). Destes, 2 profissionais (1 dentista, 1 técnico/auxiliar de saúde bucal) apresentam o perfil 1 e 4 (1 dentista, 1 enfermeiro, 1 agente comunitário de saúde, 1 técnico/auxiliar de saúde bucal) apresentam o perfil 2 da síndrome. Houve presença dos profissionais dentista e técnico/auxiliar de saúde bucal em ambos os perfis, bem como configuraram a maioria dos profissionais acometidos. As condições de trabalho/ambiente laboral e atendimento de público semelhantes a estas profissões podem justificar o resultado. Trabalhar em condições, muitas vezes inadequadas, com dificuldades de ambiente e equipamentos podem gerar desgaste emocional e em longo prazo, levar ao adoecimento destes profissionais, principalmente quando estes não estão munidos de um repertório adequado de estratégias de enfrentamento (SILVA et al., 2015). (Figura 1).

Figura 1: Prevalência de Burnout entre os participantes da pesquisa (Patos, 2019).



A prevalência encontrada foi baixa quando comparada a estudo realizado com profissionais de saúde da atenção básica de Porto Alegre/RS, que evidenciou que 18% dos participantes apresentaram Perfil 1 e 11% Perfil 2, e a estudo realizado em João Pessoa-PB que apresentou 42,13% dos profissionais com a síndrome desenvolvida ou em desenvolvimento. (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012; SILVEIRA et al.,2014).

Ações destinadas à Saúde do Trabalhador entre profissionais de saúde da atenção básica, focando na promoção de saúde e vigilância e indo além de apenas ações assistencialistas/diagnósticas se fazem necessárias. (DIAS et al.,2012).

Em relação à dimensão Ilusão pelo Trabalho, 17,5% (22/126) dos profissionais apresentaram nível muito baixo, o que supõe baixa realização pessoal e profissional. Mais especificamente, a classe profissional que apresentou a maioria dos seus trabalhadores inclusos neste nível foram os técnicos de saúde bucal. Nenhum dos profissionais de saúde apresentou níveis críticos na Ilusão pelo Trabalho (esperança de uma pessoa para se alcançar determinadas metas de trabalho), o que pode ser justificado pelo tempo de trabalho da maioria destes profissionais que estão atuando na ESF há mais de 3 anos e já não apresentam mais o entusiasmo de um profissional recém chegado no mercado de trabalho, em que ainda não se deu conta de que a realidade prática é diferente das suas expectativas idealistas (POLETTTO et.al.,2016). (Quadro 2)

Quadro 2: Prevalência de profissionais da saúde com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da **dimensão ilusão pelo trabalho** do instrumento CESQT (Patos, 2019).

Profissão	Muito baixo P ≤ 10 N (%)	Baixo P 11-33 N (%)	Médio P 34-66 N (%)	Alto P 67-89 N (%)	Crítico P ≥ 90 N (%)
Enfermeiro	1(8,3)	3(25,0)	5(41,7)	3(25,0)	-
Médico	1(10,0)	1(10,0)	4(40,0)	4(40,0)	-
Auxiliar/técnico de enfermagem	2(18,2)	2(18,2)	3(27,3)	4(36,4)	-
Dentista	2(20,0)	-	5(30,0)	3(30,0)	-
Auxiliar/técnico saúde bucal	5(45,5)	1(9,1)	3(27,3)	2(18,2)	-
ACS	11(15,3)	10(13,9)	34(47,2)	17(23,6)	-

Já na dimensão Desgaste psíquico, 26,2% (33/126) dos profissionais da saúde apresentaram níveis altos e críticos. Nestes níveis, encontra-se o maior número de dentistas, evidenciando assim esgotamento emocional e físico nesta classe, o que justifica o resultado de 2 destes profissionais acometidos pela Síndrome de Burnout. A literatura aponta o cirurgião-dentista como um profissional vulnerável a riscos ocupacionais, devido às características próprias à sua atuação profissional. A maioria dos estudos realizados evidencia alta prevalência de Burnout entre cirurgiões-dentistas (CAMPOS et al., 2010). É importante ressaltar também que estes profissionais da saúde lidam constantemente com o enfrentamento de variados problemas, ora provenientes de seus superiores, ora provenientes da população assistida, o que exige flexibilidade e capacidade de gerenciar conflitos. (BRASIL, 2012). (Quadro 3)

Quadro 3: Prevalência de profissionais da saúde com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da **dimensão desgaste psíquico** do instrumento CESQT (Patos, 2019).

Profissão	Muito baixo P ≤ 10 N (%)	Baixo P 11-33 N (%)	Médio P 34-66 N (%)	Alto P 67-89 N (%)	Crítico P ≥ 90 N (%)
Enfermeiro	1(8,3)	1(8,3)	2(16,7)	8(66,7)	-
Médico	1(10,0)	1(10,0)	6(60,0)	2(20,0)	-
Auxiliar/técnico de enfermagem	4(36,4)	-	5(45,5)	2(18,2)	-
Dentista	2(20,0)	1(10,0)	1(10,0)	2(20,0)	4(40,0)
Auxiliar/técnico saúde bucal	-	4(36,4)	3(27,3)	2(18,2)	2(18,2)
ACS	21(29,2)	15(20,8)	25(34,7)	7(9,7)	4(5,6)

O nível muito baixo da dimensão Indolência contemplou o maior número de profissionais 31% (39/126), evidenciando que não é comum por parte destes a presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo para com os pacientes. Médicos e dentistas são os que apresentam maior prevalência no nível crítico de Indolência. Atitudes tais como dificuldade de trabalhar em equipe e de atuar de forma empática com

a clientela, podem prejudicar o processo de trabalho, resultando em baixa qualidade do serviço ofertado. (POLETTO et.al.,2016). (Quadro 4)

Quadro 4: Prevalência de profissionais da saúde com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da **dimensão indolência** do instrumento CESQT (Patos, 2019).

Profissão	Muito baixo P≤10 N (%)	Baixo P 11-33 N (%)	Médio P 34-66 N (%)	Alto P 67-89 N (%)	Crítico P≥90 N (%)
Enfermeiro	3(25,0)	2(16,7)	5(41,7)	1(8,3)	1(8,3)
Médico	2(20,0)	4(40,0)	1(10,0)	1(10,0)	2(20,0)
Auxiliar/técnico de enfermagem	4(36,4)	2(18,2)	4(36,4)	-	1(9,1)
Dentista	3(30,0)	1(10,0)	2(20,0)	2(20,0)	2(20,0)
Auxiliar/técnico saúde bucal	4(36,4)	1(9,1)	4(36,4)	2(18,2)	-
ACS	23(31,9)	17(23,6)	21(29,2)	4(5,6)	7(9,7)

Na dimensão culpa, 23,8% (30/126) dos profissionais se distribuíram entre os níveis alto e médio, que são níveis determinantes para classificação da Síndrome de Burnout Tipo 2. Dentre estes, 1 dentista, 1 técnico/auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeiro e 1 agente comunitário de saúde desenvolveram a forma mais grave da Síndrome de Burnout. Na atividade laboral em que impõe exigências, tarefas e habilidades específicas para com os usuários, próprias dos serviços de saúde, atenção especial deve ser dada aos profissionais que apresentam este tipo de Síndrome. (SILVA et al., 2015). (Quadro 5)

Quadro 5: Prevalência de profissionais da saúde com níveis muito baixo, baixo, médio, alto e crítico da **dimensão culpa** do instrumento CESQT (Patos, 2019).

Profissão	Muito baixo P≤10 N (%)	Baixo P 11-33 N (%)	Médio P 34-66 N (%)	Alto P 67-89 N (%)	Crítico P≥90 N (%)
Enfermeiro	1(8,3)	2(16,7)	6(50,0)	1(8,3)	2(16,7)
Médico	4(40,0)	1(10,0)	4(40,0)	1(10,0)	-
Auxiliar/técnico de enfermagem	2(18,2)	2(18,2)	6(54,5)	-	1(9,1)
Dentista	2(20,0)	2(20,0)	4(40,0)	-	2(20,0)
Auxiliar/técnico saúde bucal	3(27,3)	-	5(45,5)	3(27,3)	-
ACS	14(19,4)	13(18,1)	25(34,7)	6(8,3)	14(19,4)

Considera-se que, na medida em que a Síndrome de Burnout é entendida como processo e suas dimensões são identificadas, especificamente a cada classe profissional, podem ser formuladas ações que possam prevenir, diminuir ou até levar à interrupção.(SILVEIRA et al.,2014).

#### 4. Conclusão

A maioria dos profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família de Pombal-PB não apresentou Síndrome de Burnout. Porém, houve casos de Burnout, inclusive com mais características de Perfil 2. Estima-se um maior número de profissionais com esta síndrome no presente estudo, pois alguns trabalhadores estavam afastados ou com atestado médico durante a coleta de dados.

São escassas as pesquisas realizadas em cidades interioranas e os resultados encontrados no presente estudo, não vão ao encontro de estudos realizados na Atenção Básica de capitais e não corrobora a principal hipótese desta pesquisa que considerava alta prevalência da Síndrome de Burnout na Estratégia de Saúde da Família de Pombal-PB com médicos sendo os maiores acometidos. Desta forma, estes resultados podem ser atribuídos às diferenças nos aspectos culturais e organizacionais ou podem ser atribuídos a diferenças na seleção das amostras.

Tendo em vista estes resultados, seria de grande relevância a realização de novas pesquisas com utilização de amostras maiores e de diferentes localidades do país, que utilize o instrumento CESQT, com o objetivo de replicar estes resultados e contribuir no mapeamento da situação da Síndrome de Burnout em profissionais que atuam na Atenção Básica no Brasil. Novos aprofundamentos nas questões por meio de abordagens qualitativas para melhor elucidação dos significados e percepção dos indivíduos, também seriam pertinentes.

Os resultados evidenciam a necessidade de ações voltadas aos cuidados dos profissionais da atenção básica. Sugere-se que sejam implementadas medidas de enfrentamento preventivas e interventivas, tais como: realização de educação permanente, adoção de pausas durante a jornada, melhor aproveitamento de tecnologias, melhoria do clima organizacional pela boa governança de conflitos. Os gestores devem oferecer condições de segurança laboral e fatores de estímulo e realização profissional, de tal forma que garantam um ambiente de trabalho saudável para os profissionais, que estando bem, poderão prestar um serviço de maior qualidade aos usuários que necessitam dos cuidados de saúde.

#### Referências

1. ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO, J. L. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 3, p. 542-550, 2012.
2. BENEVIDES-PEREIRA A.M.T. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. BRASIL. Ministério do Trabalho. Adoecimento Mental e Trabalho: concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. 2017. Disponível em:< <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2018.
5. CAMPOS, J. A. D. B. et al. Burnout em dentistas do serviço público : ter ou não ter, eis a questão! Revista de Odontologia da UNESP, v.39,n.2,p.109-114, 2010.
6. COSTA, E. F. O. et al. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. Clinics, v. 67, n. 6, p. 573-580, 2012.
7. DIAS, E.C. et.al. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. Caderno de Saúde Coletiva, 20(1):15-24,2012.
8. GIL-MONTE, P. R. CESQT- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Madrid: TEA, 2011.
9. GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"): una enfermedad laboral em la sociedad del bienestar. Madrid: Pirâmide, 2005.
10. GIL-MONTE, P. R.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Validação da versão brasileira do " Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" em professores. Revista Saúde Pública, v. 44, n. 1, p. 140-7, 2010.
11. KHAMISA, N.; PELTZER, K.; OLDENBURG, B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 10, n. 6, p. 2214-2240, 2013.
12. LIMA, R. A. S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, 2013.
13. MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Jobburnout. Annual review of Psychology, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.
14. MOREIRA, D. S. et al. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.
15. POLETTTO, N.A. et.al. Síndrome de Burnout em gestores municipais de saúde, Caderno de Saúde Coletiva, v.24,n.2,p.209-215,2016.
16. ROCHA, S. H.; BUSSINGUER, E. C. A. A invisibilidade das doenças mentais ocupacionais no mundo contemporâneo do trabalho. Pensar-Revista de Ciências Jurídicas, v. 21, n. 3, p. 1104-1122, 2016.

17. SILVA, S. C. P. S. et al. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3011-3020, 2015.
18. SILVEIRA, M. et al. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2014.
19. TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*, v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.
20. TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, 2010.
21. VIEIRA, I. Conceito (s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 122, 2010.