A síndrome de Burnout e o estresse ocupacional dos enfermeiros que realizam atendimento na estratégia saúde da família, no Município de Vertente do Lério – PE

Burnout syndrome and occupational stress in nurses who provide care in the family health strategy, in the Municipality of Vertente do Lério - PE

DOI:10.34117/bjdv7n4-173

Recebimento dos originais: 07/03/2021
Aceitação para publicação: 07/04/2021

Camila Teresa de Lima (autora)
Pós-graduada em Saúde Pública
Pós-graduada em unidade de terapia intensia
Pós-graduada em enfermagem do trabalho
*enfermeira intensivista no hospital mestre vitalino/caruaru - PE
Endereço: Rua João Bernardino,106-Bairro: São Sebastião Cidade: Surubim-Pe

Cezarino Manoel de Santana Neto (co-autor)
Pós - Graduado em Saúde Pública
Pós - graudado em enfermagem do trabalho
*Enfermeiro / Atenção Básica no Município de Vertentes - PE
Endereço: Rua João Bernardino,106-Bairro: São Sebastião Cidade: Surubim-PE

RESUMO

Atualmente a atividade laboral nas mais diversas áreas tem sido responsável pelo adoecimento de grande parte da população. Há profissões que pelo contexto que estão inseridas se encontram mais propicias ao adoecimento. A Síndrome de Burnout é um adoecimento relacionado intimamente com a atividade laboral. Essa síndrome acomete grande parte dos profissionais de saúde. Há um esgotamento físico,psíquico e de outras ordens.Infinitos fatores podem contribuir para desencadear esse processo: condições de trabalho precarizadas, equipes reduzidas, sobrecarga de atividades,ou pelo fato dos profissionais estarem inseridos num contexto de vulnerabilidade e pobreza junto a população atendida. É imprescindível que os profissionais da saúde possam ter qualidade de vida e condições adequadras de trabalho, para que possam desenvolver suas funções e atividades de maneira digna,ética e saudável. O trabalhar da rede de saúde tem como um dos seus objetivos dispor de cuidados para com o outro,porém para ofertar serviços de saúde é preciso que o profissional esteja gozando plena saúde.

Palavras-chave: Rede de saúde, Enfermagem, Adoecimento, Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

Currently the work activity in the most diverse areas has been responsible for the illness of great part of the population. There are professions that, due to their context, are more conducive to illness. Burnout Syndrome is a disease closely related to work activity. This syndrome affects most health professionals. There is a physical, psychic and other

exhaustion. Infinite factors can contribute to trigger this process: precarious working conditions, reduced teams, overload of activities, or the fact that professionals are inserted in a context of vulnerability and poverty with the population served. It is imprecise that health professionals can have quality of life and adequate working conditions so that they can perform their functions and activities in a dignified, ethical and healthy manner. The work of the health network has as one of its goals to have care for the other, but to offer health services it is necessary that the professional is enjoying their full health.

Keywords: Healthcare Network, Nursing, Illness, Burnout Syndrome.

1 INTRODUÇÃO

Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que tinha como meta reorganizar a prática de atenção à saúde, substituído, assim, o modelo tradicional que era desenvolvido anteriormente. Com os PSF's a população começou a ter acesso às ofertas do Sistema Único de Saúde (SUS) com ações de: prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de maneira integral e contínua. Segundo Costa (2010) Enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem são profissionais que integram a equipe do programa.

Devido às dimensões do SUS e a fragmentação dos processos de trabalho houve uma ruptura entre os profissionais de saúde e seus usuários. (BRASIL, 2003). Para resolver essa problemática o Ministério da Saúde criou em 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que foi substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) no ano de 2003.

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, chamada Humaniza SUS, foi desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer, na prática, suas diretrizes. Essa política foi uma resposta às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (Brasil, 2006).

A PNH definiu como humanização "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores" (Brasil, 2006 p.10).

O processo de humanização deve ser implementado com base nos seguintes princípios: Transversalidade, qualificando a comunicação no sistema; Indissociabilidade entre atenção e gestão, garantindo a integralidade do cuidado ao identificá-lo com os

processos de trabalho e produção de saúde; Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH e tem se tornado sua face mais visível, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), pelas consequências diretas que pode determinar no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Desse modo, o princípio da universalidade é estabelecido de forma qualitativa, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas pela inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção, aproveitando a capacidade clínica de profissionais que apenas serviam de intermediários para a consulta médica. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma resposta adequada (Brasil, 2006; Silveira, 2004; Malta et al., 1998).

Com este programa cria-se uma nova proposta de relação entre os usuários do SUS e os profissionais nele envolvidos.

O objetivo do programa é proporcionar ao paciente um atendimento mais ágil, acolhedor e confortável, considerando a participação de todos os colaboradores do sistema, e respeito à diversidade do povo brasileiro. Mas para alcançar este patamar de qualidade o próprio SUS propõe aos profissionais de saúde, A troca e construção de saberes; O trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; Construção de redes solidárias e interativas; Harmonização entre os diferentes níveis de gestão; Identificação das necessidades, interesses e desejos dos sujeitos do campo da saúde; E o resgate de conceitos básicos que direcionam as práticas de saúde do SUS (BRASIL 2006).

A rede social Humaniza SUS entende que o PNH deve ser encarada como um serviço que atenda transversalmente em todo o Sistema Único de Saúde e que não corra o risco de ser compreendido apenas como “mais um programa”. Quando isso acontece, segundo a rede social, o atendimento é feito de forma burocrática, descontextualizada e dispersiva; e as ações são pautadas em metas a serem alcançadas, independente da resolutividade e qualidade.

Para garantir o atendimento transversal a Humaniza SUS propõe a redução das filas e o tempo de espera, fazer com que os pacientes conheçam os profissionais que cuidam da sua saúde e tenham direito à informação, além de garantias à comunidade e colaboradores do SUS à participação na gestão.

Guerrero, et al, 2013, em artigo publicado à revista de enfermagem, cita que para a (PNH) funcionar é preciso considerar a tríade, acolhimento-diálogo, acolhimento-postura e acolhimento-reorganização dos serviços.

Para elas o acolhimento também se baseia no bom trato, bom relacionamento com a comunidade, vínculo e escuta seguida de orientação.

As autoras também lembram que para política de acolhimento ser bem sucedida deve-se considerar as circunstâncias locais. E o profissional de saúde deve adaptar seu atendimento à necessidade de cada população, e aos recursos disponíveis. Para as autoras, o acolhimento não é uma ação que beneficia apenas os pacientes, mas também ajuda a desencadear, transformações positivas no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de trabalho e também no âmbito organizacional.

Oliveira, et al, 2010, que o acolhimento não deve ser apenas um trabalho feito em "roteiro", mas também na ajuda calorosa, mostrando que "a presença do usuário no serviço é importante e que o profissional de saúde trabalha com o intuito de satisfazer as necessidades físicas, psíquicas e sociais de toda a demanda" (p.47). Ideal semelhante tem Guerrero, et al, 2013, quando afirmam que o acolhimento deve ser uma relação cidadã e humanizada.

Nesse contexto de saúde-doença, SUS, novas formas de gestão e humanização, está inserido o profissional de enfermagem, que é o elo entre os usuários do sistema e os demais profissionais.

O enfermeiro tem como atribuições: Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; Realizar consultas de enfermagem; Solicitar exames complementares; Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar Unidades Saúde da Família; Executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida do paciente; Supervisionar e coordenar ações para a capacitação dos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem; Aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva; Realizar ações de saúde em diferentes ambientes e executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitárias.

Diante desse cenário, este estudo baseou-se na seguinte questão norteadora: Qual sido o impacto da atividade em uma (USF) na saúde mental dos enfermeiros que realizam suas atividades no Municipio de Vertente do Lério.

Outros questionamentos e reflexões abordadas serão: Como o cotidiano profissional está relacionado ao estresse ocupacional e a síndrome de burnout; Quais possíveis meios de prevenir o adoecimento dos profissionais de enfermagem.

Para responder a tais inquietações realizou-se pesquisas bibliográficas,leituras, e discussões sobre o tema proposto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Dimitrov (2002) acolher significa, entre outras coisas, dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em considerações. Na rede de saúde, o acolhimento pode significar,a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde,bem como ofertar assistência adequada a população.

O acolhimento não é um local, nem um espaço, mas uma postura que não exige hora ou profissional, implica saberes, escutar angústias, tomando para si a responsabilidade de abraçar o usuário ou comunidade com resolutividade.

O acolhimento tem como finalidade, que os profissionais da rede de saúde,escutem, analisem, orientem, identifiquem o problema e realizem encaminhamentos de modo adequados. Para que isso se efetive é preciso que o profissional esteja consciente de suas atribuições e atividades. Agindo com ética no atendimento aos usuários.

É importante destacar que são diversos os significados encontrados para o termo acolhimento. Entre os autores e, ainda, nos diferentes serviços de saúde. Em uma visão mais restrita do tema, o acolhimento é descrito numa dimensão exclusivamente espacial, traduzindo-se em recepção administrativa e ambiente confortável, ou ainda, como uma ação de triagem administrativa e realização de encaminhamentos para serviços especializados (BRASIL, 2008).

Outra distorção do seu significado é considerá-lo como forma de “escolher quem será atendido”. De fato, o acolhimento deve envolver uma recepção administrativa e um ambiente confortável para a realização da avaliação do estado de saúde e classificação de risco.

Entretanto, não deve se configurar como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos das práticas de saúde. De acordo com Silva e Alves (2008) Se estas ações forem tomadas isoladamente, podem resultar numa ação pontual e descomprometida com processo de produção de saúde humanizado, compactuando com a visão limitada de acolhimento, cujo objetivo principal seria o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades.

Para Solla (2005), o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada'; pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, elucidação de problemas e intervenções resolutivas, para seu enfrentamento, otimizando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas da clientela, reduzindo a centralidade das consultas médicas e potencializando o papel dos demais profissionais.

Além disso, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada. Implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada tipo de problema identificado.

Coadunamos com Silva e Alves (2008) que o acolhimento seria, então, uma estratégia para promover reorganização do serviço de saúde, mudança do foco de trabalho da doença para a pessoa, valorização do potencial da equipe multiprofissional, garantia do acesso universal e equânime aos serviços de saúde, alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da humanização na assistência e estímulo à capacitação dos profissionais, fazendo com que estes assumam uma postura acolhedora.

O acolhimento é considerado atualmente um importante dispositivo da (PNH) para promoção da humanização na assistência à saúde. Sabe-se que as primeiras experiências de implantação do acolhimento foram descritas ainda na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde que buscavam introduzir mudanças técnico-assistenciais com base no modelo “em defesa da vida”. (SOUZA et. al., 2008).

Para o Ministério da Saúde, o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão, implicando, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.

Por isso, destaca o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008). Desta forma, entendemos, que por meio dos autores apresentados nesta etapa do estudo, contribuindo sobre processo de trabalho em saúde e os conceitos relacionados à humanização, poderão nos ajudar no aprofundamento das discussões sobre a compreensão da relação existente entre os profissionais e usuários.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizada nas Unidades de Estrategia de Saúde da Família em Vertente do Lério – PE.

O tema norteador será a saúde mental dos enfermeiros.Os dados para análise foram coletados a partir de um questionário estruturado contendo questões inerentes aos objetivos propostos

A coleta de dados foi realizada com 6 enfermeiros que atuam nas UBS, seguindo os seguintes critérios de inclusão: Ser enfermeiro (a); Está em pleno exercício de suas atividades no período de coleta dos dados; Aceitar participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. Assinando devidamente o Termo de Compromisso e Livre e esclarecimento (TCLE).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade ALPHA ,de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizado uma análise das respostas obtidas com a aplicação do questionário, de forma qualitativa e as respostas com a mesma linha pensamento, forão agrupadas em suas respectivas categorias.

Segundo Vergara (2005) a análise do discurso deve ser entendida como um método que não visa somente entender como uma mensagem é transmitida, mas também explorar o sentido.

4 BREVE HISTÓRICO DO SUS E DA ESTRATÉGIA SAÚDE NA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista que se deu durante o período da democratização do Brasil,após o período da ditadura militar que durou entre os anos de 1964 a 1985.

É essencial compreender que para o surgimento do (SUS) houve uma longa trajetória histórica que envolveu profissionais das mais diversas áreas, que tiveram como meta democratizar a saúde. Um importante marco foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal.

Nesse evento as discussões no contexto da saúde trouxeram para o cenário os seguintes debates : A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; A reformulação do Sistema Nacional de Saúde; E o financiamento setorial (BRAVO, 2012, p. 9)

Para Teixeira (1989) os principais aspectos aprovados na Constituição Federal em relação a politica de saúde, foram: O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral,com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal,conhecida também como Constituição Cidadã. Que no seu artigo 196 afirma que: " A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988)

O SUS é orientado pelos seguintes princípios: Universalidade; Integralidade e Equidade**.** Que são conceituados da seguinte forma:

Universalidade- ter acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Integralidade de assistência- entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral

Igualdade – ter direito a assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

O 5º artigo da referida lei estabelece que alguns dos objetivos do SUS são: Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; Formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social; Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

É baseado do prÍncipio da prevenção,acompanhamento sistemático e proteção que

foi criada a Atenção Primária a Saúde, (APS) que segundo o Ministério da Saúde,

> [...] é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. (BRASIL, 2003)

Dentre os serviços ofertados na atenção primária , ou básica, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Nesse cenário da saúde enquanto direito, no ano 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais (CORNILL, 2008, p. 3).

Neste sentido, aborda-se o contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), por propor uma mudança do modelo assistencial à saúde. A ESF objetiva:

> reduzir a distância entre as equipes de saúde e a população e para tanto exige diferentes habilidades dos trabalhadores desta modalidade de atenção. Os membros da ESF estão em contato diário com a realidade de comunidades, as quais em geral, são carentes em múltiplos aspectos, o que pressupõe diferentes recursos e enfrentamentos dos trabalhadores (LAUTERT; TRINDADE, 2009, p. 275)

Para entender a descentralização do SUS pode-se observar a estrutura abaixo.



Apesar de muitos criticarem o SUS, ele se configura como um sistema bem pensado, estruturado e organizado.

Sem dúvidas há dificuldades de implementa-lo como exatamente está preconizado na lei, mas não há como negarmos que ele tem caráter universal, e sem ele a grande parte

na população teria seu direito a saúde negligenciado ou nem poderiam ter acesso.

5 SINDROME DE BURNOUT

De acordo com Carlotto (2006) a Síndrome de Burnout é um tipo de estresse permanente relacionado às atividades laborais, decorrentes da continua pressão emocional vinculada ao lida constantemente com pessoas

Os desgastes emocionais a que as pessoas estão expostas nos seus locais de trabalho são fatores significativos na determinação de alguns transtornos relacionados ao estresse e ao *burnout* levando a várias consequências como: competição não saudável, politicagem, comportamento hostil, perda de tempo com discussões inúteis, pouca contribuição ao trabalho, trabalho isolado dos membros, não compartilhamento de problemas comuns, alto nível de insegurança, greves, ociosidade, sabotagem,absenteísmo, alta rotatividade dos funcionários, altas taxas de doenças, baixo nível de esforço e relacionamento entre os funcionários caracterizados por rivalidade, desconfiança e desrespeito (KOVALESKI; BRESSAN, 2012 p 27).

Os estudos sobre a Síndrome de Burnout começaram na década de 70, apresentados pelo psicanalista americano Freudenberg que falava do esgotamento físico e mental em trabalho de saúde, e também transtornos de comportamento. Este teria desenvolvido uma concepção clínica. Ainda nesta década as psicólogas Susan Jackson e Christina Maslach, também empreenderam pesquisas em relação à Síndrome de Burnout e desenvolveram uma concepção sócio-psicológica.

Expondo que as relações de trabalho fomentam o desencadeamento dessa patologia que abrange três dimensões, exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Esta é a concepção mais utilizada, em especial devido ao instrumento criado pelas mesmas para avaliar a Síndrome de Burnout, o MBI (Maslach Burnout Inventary ou Inventário de Burnout de Maslach).

Coadunamos com Benevides (2002) quando propõe que, também existe a concepção organizacional, onde o burnout seria um mecanismo de enfrentamento dos agentes estressadores das organizações. E ainda existe a concepção sócio-histórica, que afirma que o ideal capitalista se opõe as premissas das profissões relacionadas ao cuidado, gerando uma incongruência nos profissionais dessas áreas (médicos, enfermeiros, professores, psicólogos, policiais, assistentes sociais) desencadeando o adoecimento.

A Síndrome de Burnout também é nomeada como Síndrome do esgotamento profissional (CID-10, código Z 73.0), no Brasil. (TRIGO ET AL, 2007).

Tal síndrome apresenta uma série de fatores físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos. Os sintomas físicos são: fadiga permanente e crescente, insônia, dores musculares, dores de cabeça, enxaquecas, patologias intestinais, deficiência no sistema imunológico, cardiopatias, problemas respiratórios, disfunções sexuais e menstruais. Sintomas psíquicos são: ausência de atenção e concentração, alterações da memória, bradipsiquismo, sentimento de alienação, solidão, baixa auto-estima, labilidade emocional, fraqueza, humor depressivo, desconfiança e paranóia.

Os sintomas defensivos são: tendência ao isolamento, sentimento de impotência, perda de interesse pelo trabalho e lazer, absenteísmo, ironia e cinismo. E os sintomas comportamentais são: excesso ou ausência de escrúpulos, irritabilidade, aumento da agressividade, manutenção permanente do estado de alerta, dificuldades de adaptação de mudanças, perda da iniciativa, uso de drogas, comportamento de alto risco e até suicídio (BENEVIDES, 2002 p.33).

A mesma autora afirma que a maioria destes sintomas também são típicos do estresse ocupacional, porém este diferencia-se da Síndrome de Burnout, pois esta inclui a dimensão da despersonalização. A despersonalização é caracterizada pela insensibilidade emocional, explicitada pelo trato desumano de clientes e colegas de profissão.

Outra dimensão da Síndrome de Burnout é a baixa realização no trabalho, demonstrada pela insatisfação, infelicidade, sentimento de incompetência e ineficiência em relação ao desempenho profissional, bem como na capacidade de relacionar-se com todos do ambiente laboral pela auto-avaliação negativa por parte do trabalho. E a terceira dimensão é a exaustão emocional, que se apresenta sobre a forma de ausência de entusiasmo e energia, sensação de esgotamento de recursos para enfrentamento de clientes e colegas, por sentimentos de frustração e tensão (CARLOTTO, 2006 p 75).

Quanto aos desencadeadores ou facilitadores da Síndrome de Burnout pode-se citar: características sociais como o prestígio social da profissão, rede de suporte social e as normas e valores da sociedade. Existem também as características organizacionais, que são: normas rígidas, alterações freqüentes, clima organizacional, excesso de burocracia, estilo de comunicação, espaço físico, ausência de autonomia, baixa remuneração, impossibilidade de ascensão na hierarquia da organização, riscos físicos e de morte.

Ainda há características do trabalho, por exemplo: profissões que envolvem cuidado com outras pessoas, quantidade e qualidade excessiva de demandas, clientes multiqueixosos, agressivos, disfóricos, depressivos, que tentaram suicídio, cometeram

incesto ou pedofilia, relações com os colegas de trabalho, conflito entre trabalho prescrito e trabalho real, ausência de suporte organizacional, insatisfação no trabalho, responsabilidade pela vida de outrem, falta de feedback. E as características pessoais que podem ser facilitadoras da Síndrome de Burnout seguem: características da personalidade da pessoa, como lócus de controle externo, competitividade, impaciência, dificuldade em tolerar frustração, baixo auto-estima e autoconfiança, pessoas de personalidade perfeccionista, pessoas muito motivadas e idealistas. (BENEVIDES, 2002, p 35).

Geralmente os profissionais de saúde apresentam-se fisicamente e emocionalmente fadigados, ansiosos ou irritados. Muitos são acometidos por distúrbios do sono, gastrointestinais, cefaléias, hipertensão e tornam-se adictos a substâncias químicas. Sintomatologia que afeta suas relações familiares, sociais e especialmente laborais. Pois o absenteísmo torna-se rotina.

A criatividade e entusiasmo diminuem, bem como a simpatia e as perspectivas otimistas de futuro para si e seus pacientes. Ainda demonstra baixa tolerância a frustração em relação a situações cotidianas de sua profissão, tratando hostilmente usuários , colegas e chefia. Além de depreciar e planejar abandonar a profissão em exercício (CARLOTTO, 2002, p 90).

Para Kovaleski e Bressan, é necessário reconhecer que o *Burnout* é uma forma de tentar compreender o sentimento de vazio muito comum em certas categorias profissionais. Ele vem acometendo os trabalhadores, principalmente dos setores de educação juntamente com o setor saúde,pois cada vez mais estes trabalhadores são pressionados e requisitados pelos seus supervisores em busca de produtividade nos seus afazeres, crescendo assim as dificuldades nas execuções de tarefas e as mesmas parecem insolúveis,gerando assim estressse ocupacional e a síndrome de Burnout.

Profissionais da saúde, estão constatemente em contato interpessoal,existem inúmeras dinâmicas pessoais e familiares, de cada usuário dos serviços de saúde, ou seja, o profissional inserido nesse contexto precisa de uma grande habilidade na forma de se relacionar com seu paciente. É necessário empátia e respeito mútuo.

6 A SÍNDROME DE BURNOUT E O ESTRESSE OCUPACIONAL DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO –PE

Para compreender a historicidade do Município de Vertente do Lério, é importante saber alguns fatos históricos.

Segundo dados retirados do site oficial da prefeitura, esse nome surgiu pois um senhor chamado Lério, residia próximo a vertentes de águas, e em tempos de seca, ajudava ciganos,caravanas e populações próximas. Ficando conhecido o local da sua residência por Vertentes do Senhor Lério.

O distrito criado com a denominação de Vertentes do Lério, ex-povoado, pela lei municipal nº 17, de 22-05-1953, subordinado ao município de Surubim. Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o distrito de Vertente do Lério permanece no município de Surubim. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 17 de janeiro de 1991. Elevado à categoria de município com a denominação de Vertentes do Lério, pela lei estadual nº 10622, de 01-10-1991, desmembrado de Surubim. Sede no antigo distrito de Vertente do Lério. Constituído do distrito sede em 0 de janeiro de 1993. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

De acordo com último censo realizado no ano de 2010 o município tinha 7.873 habitantates. Segundo dados do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde o município possui: (01) Central de abastecimento farmacêutiro; (01) Nasf;(04) UBS;(01) Academia de saúde;(01) Posto de apoio e uma Policlinica.

É nesse contexto da rede municipal de saúde que buscou-se analisar sobre o estresse laboral e a síndrome de Burnout que atinge os profissionais dessa área.

É de extrema importância que os orgãos de saúde possam ofertar serviços de maneira digna e adequadra a população,mas para que isso seja realidade é necessário uma estrutura dos equipamentos e um suporte aos profissionais.

O profissional da área da saúde é um dos mais propícios a sofrerem problemas de ordem psicológica e doenças psicossomáticas.

Segundo publicação da Revista Exame, e entre as 20 profissões que estão expostass a altos níveis de estresse, pressão, ou que trabalham em um ambiente hostil estão: Atendente de Polícia;Bombeiro e de Ambulância, Anestesista,**O**perador de Telemarketing;Dançarino;Obstetra e Ginecologista; **C**irurgião; Piloto, Copiloto de avião e Engenheiro de Aviação; Cuidador; Flebotomista (coleta de sangue); Comentarista e Colunista de TV ou Jornal; Conselheiro de Saúde Mental, Diretor de Creche e de Pré-Escola; Supervisor de Polícia e Detetive; Operador de Processos Industriais;Médico Clínico Geral;Diretor de Empresa; Especialista em Recuperação de Detentos e Oficiais de Liberdade Condicional; Assistente de Figurino; Técnico em Enfermagem; Cirurgião Dentista.

Essa pesquisa revela que de 20 profissões que são estressantes e adoecedoras sete estão relacionadas a área da saúde,isso mostra o quanto os profissionais de saúde precisam de suporte psicológico e adequadras condições de trabalho.

Segundo pesquisas da "Revista Online Cuidado é Fundamental" os profissionais de saúde:

> enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem um grupo com grande predisposição ao desenvolvimento da Sindrome de Burnout, pois passam muito tempo em contato com o paciente e com seus familiares dentro do ambiente de trabalho e em situações de constantes mudanças emocionais. A Sindrome de Burnout é uma resposta emocional a situações de estresse crônico em função dessas relações intensas no local de trabalho.

Ainda de acordo com tal publicação

> As atividades de enfermagem na atenção primária à saúde, o enfermeiro enfrenta um desafio adicional, isso em função da complexidade da dinâmica da vida nas comunidades, onde os enfermeiros acabam se envolvendo com os problemas dos pacientes, já que se trata de um serviço de saúde inserido dentro da comunidade.9 Pode-se perceber que várias situações de estresse e insatisfação quanto ao trabalho, apontam para a pouca atenção às próprias condições de saúde do trabalhador, quanto ao perfil e demanda dos usuários com problemas de diferentes ordens e difícil resolução, a falta de recursos materiais, físicos e humanos e desorganização no processo de trabalho.

A qualidade de vida dos trabalhadores da saúde encontra-se diretamente relacionado aos diferentes estressores ocupacionais. Entre os vários fatores de estresse ocupacionais, podemos citar a carência de profissionais ou indivíduos capacitados, as prolongadas jornadas de trabalho, a exposição do profissional a riscos químicos e físicos, a falta de reconhecimento profissional assim como o contato constante com o sofrimento, a dor e até mesmo a morte. Considerando estes fatores, os trabalhadores da saúde devem-se atentar com sua saúde mental e emocional mais que os profissionais de outras áreas (KOVALESKI; BRESSAN, 2012, p 30).

Os profissionais de enfermagem e da saúde em geral requerem conhecimento técnico cientifico voltado para o cuidado humano e holístico, além dos profissionais necessitarem de várias habilidades: cognitivas, interpessoais e psicomotoras aliadas ao fundamento teórico. Sendo assim, hoje, a enfermagem, por exemplo, é considerado um componente vital e indispensável do serviço de assistência médica (FRANÇA; FERRARI, 2012,p 45).

De acordo com o material Cadernos da Atenção Básica, publicação do Ministério da Saúde .Os pápeis dos enfermeiros na atenção primária são : Executar, no nível de suas

competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso. Organizar as rotinas de trabalho à nível de USF e de comunidade Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Além de discutir, refletir e discorrer sobre o tema proposto,esse artigo também se propôs a realizar uma pesquisa com os enfermeiros inseridos no Estratégia Saúde da Familia no Municipio de Vertente do Lério para obter dados quantitalivos e qualitativos para analisar se tais profissionais estão passando por processos de adoecimento.

6.1 RESULTADOS DA PESQUISA

De acordo com o questionário aplicado com 6 enfermeiros do município chegamos a conclusão dos sequintes dados: fica evidente através das 26 perguntas do questionário fechado que 85% dos entrevistados sentem-se nervosos, irritados, sem autonomia, com falta de confiança, não tem divulgação das informações, nem das tarefas. Relataram excesso de carga horária, precisando ter mais de um vínculo, tendo reflexos negativo na sua vida pessoal. Relataram ainda que frequentemente sentem-se mal humorados, não participam de treinamentos, sente-se pouco valorizados em seus trabalhos, sem perspectiva de crecimento.

Toda essa conjuntura de cenário reflete de forma negativa no profissional acarretando sérios dados a sua saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso debater sobre o estresse ocupacional, o esgotamento fisico, as doenças psicológicas e psiquiátricas que estão relacionadas ao ambiente laboral.

Anualmente há inúmeros profissionais que são afastados de suas atividades para realizar tratamento médico. Dentre as várias doenças que provocam esse afastamento, se insere a Síndrome de Burnout e o Estresse Ocupacional.

A atual conjutura capitalista que torneia a vida e a organização social, se estende também ao ambiente de trabalho.

Equipes insufientes,grande demanda,precarização do trabalho e dos trabalhodores,desvios de recursos públicos, cargas horárias extensas,falta de uma estrutura nos serviços ofertados,baixos salários, dentre outros fatores, são determinantes para descencadear a Sindrome de Burnout.

Por vezes os profissionais de saúde são considerados como “ super heróis”, que por está num ambiente de cuidado,não adoecem,pois tem próximo a eles, outros profissionais que também cuidam da saúde. Por ter acesso a informações,medicações e tratamentos,parte da população não percebe que tais profissionais estão igualmente vulnerais para adoecer.

O processo de adoecimento de profissionais da área da saúde tem se tornado mais visível, e muitas vezes o próprio paciente em atendimento percebe o esgotamente e a fadiga do profissional.

Diante de tais sitações, é vital que os profissionais da rede de saúde possam usufruir de ambientes laborais menos estressante.

Ações como: Ofertar um ambiente digno de trabalho, com uma boa estrutura; Dispor de materiais adequadros; Salários dignos; Ter empatia entre a equipe; Buscar conflitos; Ter equipes completas e bem organizadas, são maneiras que podem evitar o desenvolvimento de doenças ligadas a dinâmica do trabalho.

É importante que o profissional de enfermagem, ou qualquer outra área da saúde,possa reconhecer quando estiver num processo de adoecimento, para que possa realizar tratamentos adequadros. Suporte psicológico e o uso de medições podem minimizar os sintomas da Sindrome de Burnout e dos demais problemas de estresse ligados a profissão.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES,Pereira Ana Maria. T. **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Constituição Federal. (1988) **onstituição da República Federativa do Brasil**. Brasília Senador Federal,1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências.** Brasília 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica .Departamento de Atenção Básica, Brasília 2000.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=11361862000166&VEstado=26&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20SURUBIM . Acesso em 20-11-2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**.Brasília 2003

BRASIL. Prefeitura de Vertente do Lério. **História**. Disponível em www.vertentedolerio.pe.gov.br. Acesso em 20-11-2019

BRASIL.Ministério da Saúde.**Cartilha Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**, Brasília 2006.

BRAVO, Maria Ines Souza, **Saúde e Serviço Social**. São Paulo, Cortez,2012.

CARLOTTO, Mary Sandra & MORAES, Maria da Graça. **Síndrome de Burnout e fatores associados em professores de escolas públicas e privadas.** Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=94615412008>. Acesso 20-11-2109

CONILL. Minho,Eleonor. **Ensaio Histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: Desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. In** Cadernos de Saúde Pública, 2008**.** Disponível em: https://www.scielosp.org/toc/csp/2008.v24suppl1/. Acesso em 18-11-2019

COSTA,Milton Menezes. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Centro Universitário Tabosa de Almeida. 2010.

DIMITROV, Pedro. **A Importância do Acolhimento no Projeto Cabeça Feita. Acolhimento – o Pensar, o Fazer, o Viver.** São Paulo: Sistema único de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde Prefeitura de São Paulo, 2002.

FRANCA. F. M; FERRARI, R. **Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem**. Acta paul. enferm. São Paulo,v.25,n.05,2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500015 Acesso em: 20-11-2019

GASPARINE, Sandra Maria et. al. O **Professor, as Condições de Trabalho e os Efeitos sobre a Saúde.** Educ. Pesquisa. Vol. 31 nº 2 Scielo. São Paulo, may/aug 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ep/v31n2/a03v31n2.pdf>. Acesso em 20-11- 2019

GUERRERO, Patricia; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ANDRADE, Selma Regina de and ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-70720130001000016&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em 20-11-2019

KOVALESKI, Douglas Francisco; Bressan, Adriana. **A síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde. Saúde & Transformação Social** / Health & Social Change, vol. 3, núm. 2, 2012, pp. 107-113 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil .Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670015.pdf . Acesso em 19-11-2019

LAUTERT, Liana; TRINDADE,de Lima Letícia. **Sindrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.** Disponivel em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf. Acesso em 18-11-2019

MALTA, D.C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A.T.; MERHY, E.E. **Acolhimento - Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada**. In: CAMPOS, MALTA D.C.; REIS, AT.; SANTOS,AF; MERHY, E.E.. O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã VM, 1998

OLIVEIRA, E. R. A. et al. **Acolhimento em Saúde e Desafios em sua Implementação: Percepção do Acadêmico de Enfermagem.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v. 12, n. 02, 2010

REVISTA DE PESQUISA CUIDADO É FUNDAMENTAL ON LINE. **Síndrome de Burnout em Enfermeiros na Atenção Básica: Repercussão na Qualidade de Vida.** Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770007. Acesso em 20-11-2109

1. REVISTA EXAME. **Conheça as 20 profissões mais Estressantes.** Disponível em https://exame.abril.com.br/carreira/conheca-as-20-profissoes-mais-estressantes-nos-eua/. Acesso em 19-11-2019

SILVEIRA. Maria de Fátima de Araújo**. Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um Caminho para Humanização da Atenção à Saúde.**Cogitare enfermagem. V. 9, N. 01. (2004)

SOLLA, Jorge José Santos Pereira**. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde.** In Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005, vol.5, n.04

TEIXEIRA Fleury, Sônia. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Reforma Sanitária Itália e Brasil.** Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: HUCITEC – CEBES,1988

TRIGO, T. et al. **Síndrome de Burnout ou Estafa Profissional e os Transtornos Psiquiátricos.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, volume 34, nº 05, 2007.
VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2005