

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

MÁRCIO LUIZ DA SILVA

**TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA SÍNDROME DE *BURNOUT*  
NOS ENFERMEIROS COORDENADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI – MG**

GOVERNADOR VALADARES

MG- BRASIL

2014

MÁRCIO LUIZ DA SILVA

**TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA SÍNDROME DE *BURNOUT*  
NOS ENFERMEIROS COORDENADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientador: Prof.º Dr. Alexandre Sylvio Vieira da Costa.

GOVERNADOR VALADARES

MG- BRASIL

2014

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**  
**Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale**  
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

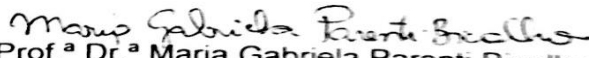
**MÁRCIO LUIZ DA SILVA**

“O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA SÍNDROME DE *BURNOUT*  
NOS ENFERMEIROS COORDENADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI – MG”

Dissertação aprovada em 30 de agosto  
de 2014, pela banca examinadora com  
a seguinte composição:

  
Prof. Dr. Alexandre Sylvio Vieira da Costa - Orientador  
Universidade Federal Vale do Jequitinhonha e Mucuri

  
Prof. Dr. Carlos Alberto Dias  
Universidade Federal Vale Jequitinhonha e Mucuri

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Parenti Bicalho  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## RESUMO

Toda prática laboral é pautada por riscos ambientais e pela possibilidade de surgimento de diversas doenças, entre elas o estresse ocupacional. O território da Atenção Básica tem acumulado situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Nesse sentido, seu reconhecimento é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. O objetivo principal deste estudo foi investigar o nível de desgaste emocional e os indicativos que poderiam estar presentes para caracterizar a Síndrome de Burnout e como objetivos secundários foi a identificação do perfil sócio-demográfico e as condições de infra-estrutura do território de abrangência das unidades de estratégia de saúde da família a qual estão vinculados. A metodologia utilizada para o estudo foi do tipo observacional, transversal descritivo junto a dezenove enfermeiros coordenadores das unidades de Estratégia de Saúde da Família da zona urbana do município de Teófilo Otoni (MG). Os resultados demonstraram que a sobrecarga de trabalho e o sentimento de impotência de resolução das atividades podem influenciar diretamente no desempenho das suas atividades, afetando até mesmo o contato com os pacientes. Quanto às variáveis demográficas, a idade predominante no grupo foi de 30 a 36 anos (80%), quanto ao sexo feminino 84%, dos enfermeiros que são solteiros totalizam 60%, o tempo médio de trabalho nas unidades acima de 06 anos para 47% deles. Quanto à prática de atividades físicas, (68%) afirmam realizar ao menos duas vezes na semana e quanto ao sono, referem boa qualidade (48%). Com relação aos limites estabelecidos pelo NEPASB, no ponto de corte, verificou-se que 17 dos profissionais apresentaram alta classificação para exaustão emocional, alta classificação de despersonalização e baixa classificação para realização profissional. O inventário de Malasch Burnout apresentou percentual de 84,6%, apontando para o risco de desenvolvimento da síndrome de burnout. Concluiu-se que existe a necessidade de implementação pelas autoridades responsáveis de ações voltadas para a promoção de um ambiente de trabalho que diminua os riscos para o adoecimento pela atividade laboral.

**Palavras-Chave:** Território da Atenção Básica, *Burnout*, Enfermeiros, Estratégia de saúde da família.

## ABSTRACT

Every labor practice is guided by environmental risks and the possibility of emergence of various diseases, including occupational stress. The territory of Primary Care has accumulated historical, environmental and social situations that promote conditions for the production of disease. In this sense, their recognition is a prerequisite for the characterization of the population and its health problems step as well as for evaluating the impact of services on the levels of health of this population. The main purpose of this study the level of emotional exhaustion and indicative that could be present investigation was to characterize the Burnout Syndrome and the secondary objective was the identification of the socio-demographic profile and the conditions of infrastructure coverage area of the unit of the family health strategy to which they relate. The methodology used for the study was an observational, cross-sectional beside nineteen nurses (100%) of the coordinators of family units urban area Teofilo Otoni (MG) Health Strategy. The results showed that work overload and powerlessness resolution activities can directly influence the performance of their activities affecting even the contact with patients. Regarding the demographic variables in the predominant age group was 30-36 years (80%), according to sex is 84% female, 60% of nurses are single, the average working time units was up from 06 years to 47% of them, as physical activity 68% reported performing at least twice a week and as to 48% report good sleep quality. With regard to limits established by NEPASB, at a cutoff, it was found that 17 of the subjects reported high rating for emotional exhaustion, high rating of depersonalization and low rating for professional achievement. The inventory presented Malasch Burnout percentage of 84.6%, pointing to the risk of development of burnout. We conclude that there is a need to implement enforcement authorities, actions aimed at promoting a work environment that reduce the risks for illness by work activity.

**Keywords: Territory of Primary Care, Burnout, Nurse, Family Health Strategy.**

## LISTA DE FIGURA

- FIGURA 1: Localização das equipes na zona urbana de Teófilo Otoni/MG **Erro! Indicador não definido.**
- FIGURA 2: Atividades consideradas de maior desgaste pelos enfermeiros **Erro! Indicador não definido.**
- FIGURA 3: Obstáculos considerados pelos enfermeiros na execução das suas atividades .....48
- FIGURA 4: Nível de exaustão emocional ..... **Erro! Indicador não definido.**
- FIGURA 5: Nível de despersonalização ..... **Erro! Indicador não definido.**
- FIGURA 6: Nível de realização profissional.....**Erro! Indicador não definido.**8

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - População residente no município de Teófilo Otoni, ano 2013.....	32
TABELA 2 - Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 01 ano em 2012.....	34
TABELA 3 - Indicadores de fecundidade e esperança de vida ao nascer implícita nas projeções de 2010 .....	34
TABELA 4 - Indicadores de longevidade .....	35
TABELA 5 - Profissionais na Atenção Básica por categor.....	36
TABELA 6 - Valores relacionados ao inventário <i>Burnout de Maslach</i> .....	42
TABELA 7 - Variáveis sócio-demográficas N-19 .....	46
TABELA 8 - Fatores Identificados como facilitadores da prática profissional ( N19).....	50
TABELA 9: Caracterização da Unidade onde trabalham .....	51
TABELA 10 Correlação estatística da primeira dimensão.....	55
TABELA 11 Correlação estatística da segunda dimensão.....	55
TABELA 12 Correlação estatística da terceira dimensão.....	56
TABELA 13 Valores da escala do <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de <i>burnout</i> , 2001.....	56

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 PROBLEMATIZAÇÃO</b> .....	13
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	14
3.1 GERAL.....	14
3.2 ESPECÍFICOS .....	14
<b>4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	15
4.1 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	15
4.2 ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	18
4.3 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO ENTRE PROGRAMA PARA A CONCEITO DE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	18
4.4 TERRITÓRIO DA SAÚDE E O PROCESSO DE GESTÃO.....	20
4.5 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO .....	24
<b>4.5.1 Saúde do enfermeiro</b> .....	26
4.6 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	28
4.7 TEÓFILO OTONI: UM TERRITÓRIO EM ESTUDO.....	31
<b>4.7.1 Localização geográfica e acesso</b> .....	32
<b>4.7.2 Perfil Demográfico</b> .....	32
<b>4.7.3 Perfil epidemiológico</b> .....	33
<b>4.7.4 Atenção Básica em Teófilo Otoni</b> .....	35
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	38
5.1 ABORDAGEM DO ESTUDO .....	38
5.2 TIPO DO ESTUDO.....	38
5.3 UNIVERSO DO ESTUDO .....	38
5.4 ESTUDO PILOTO .....	39



<b>5.4.1</b>	<b>Percurso da coleta de dados.....</b>	<b>40</b>
<b>5.4.2</b>	<b>População de estudo .....</b>	<b>41</b>
<b>5.4.3</b>	<b>Coleta de dados .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>5.5</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO INSTRUMENTOS: DESCRIÇÃO DAS FASES .....</b>	<b>42</b>
<b>5.6</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>5.6.1</b>	<b>Inventário .....</b>	<b>44</b>
<b>5.6.2</b>	<b>Questionário .....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>6.1</b>	<b>VARIÁVEIS SOCIO DEMOGRAFICAS .....</b>	<b>45</b>
<b>6.1.1</b>	<b>INVENTÁRIO MALASCH BURNOUT.....</b>	<b>52</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Primeira dimensão: Exaustão emocional .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>6.1.3</b>	<b>Segunda dimensão: Despersonalização .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>6.1.4</b>	<b>Terceira dimensão: Realização profissional .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>7</b>	<b>CORRELAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES</b>	
	<b>FINAIS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>Inventário de Malsch Burnout .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>Inventário de Malasch Burnout ( versão Português).....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>Questionário Sócio demografico.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO D</b>	<b>Termo de Aprovação da pesquisa pelo comite de ética.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO E</b>	<b>Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO F</b>	<b>Condensado com a pontuação atribuída pelos enfermeiros relacionado as três dimensões do Inventario de Malasch Burnout.....</b>	<b>89</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Os programas de saúde, que aproximam o profissional dos indivíduos e seus grupos, bem como a sua comunidade, têm se tornado um marco no setor saúde, por facilitar ações de promoção da saúde que geram grandes impactos orçamentários no financiamento desse setor. Nesse sentido, os cuidados primários à saúde, através da estratégia de saúde da família, programa de governo criado em 1994, trazem a proposta de desenvolver um modelo de atenção e de vigilância calcado nos princípios de estabelecimento de vínculos e co-responsabilização entre profissionais de saúde e a população. Tendo como objeto-alvo a atenção à família, entender essa família a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive, se responsabilizar por uma população adscrita através de uma intervenção em saúde que extrapole os muros das unidades de saúde, no sentido de desenvolver ações integrais de saúde sobre indivíduos, famílias, meio ambiente e ambiente de trabalho (BRASIL, 1997).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se configurado como um dos mais importantes referenciais da organização da Atenção Básica no Brasil. Para isso, a adscrição da sua clientela tem sido uma grande inovação desse modelo. Baseada no trabalho de equipes multiprofissionais, estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Este programa possui uma hierarquização desde o nível federal ao municipal. Sua área é formada pelo conjunto de microáreas, nem sempre contíguas, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas ou de famílias entre 600 e 1.000 famílias (BRASIL, 1997).

Apesar de não ter delimitação precisa, as Unidades de Saúde em geral conhecem o território onde vive a população que atendem, sendo uma característica importante para o planejamento e a avaliação das ações em saúde. Entretanto, o entendimento de território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa tem ao menos três sentidos diferentes e complementares que são: a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, o reconhecimento do ambiente, sua população e sua dinâmica social e o estabelecimento de relações com outros serviços de referência. O território pode ser visto como produto da apropriação e da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido, mas também no aspecto econômico ele pode assumir o conceito de fonte de recursos entre classes

sociais e de trabalho. Este aspecto nos remete a perspectiva da multiterritorialidade, defendido por Haesbaert (2004), que em linhas gerais pode ser concebida como um processo de reterritorialização constante seja de uma área (território-zona) ou de uma série de áreas (território-rede) que o ser humano e as sociedades vivenciam contínua e simultaneamente, ou ainda como um entendimento mais tradicional defendido por Raffestin (1993), de que o território trata-se de uma instância de poder. Esse poder para Giddens (1989) é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço.

As condições impostas no ambiente de trabalho e a exigência do aumento de produtividade são fatores comuns nos dias atuais em todas as classes profissionais. Em relação ao profissional enfermeiro, essas exigências somadas às relações de poder entre a equipe, além das condições insalubres do seu trabalho, submetem este profissional a situações de contínuo estresse. Soma-se a isso o fato desse grupo ter que lidar com situações inesperadas ou esperadas, mas não aceitas como é o caso da morte, o que na maioria das vezes são sufocadas por não ter as instituições empregatícias uma política voltada para o atendimento dessas situações nesses profissionais. Guimarães e Grubits (1999) revelaram que as condições do ambiente de trabalho, tais como o espaço físico, a ergonomia do local, a pressão psicológica, a falta de equipamentos, escassez de medicamentos e a própria atividade ocupacional podem afetar a qualidade do atendimento no trabalho.

Corroborando com esse pensamento, Stacciarini Tróccoli (2001) demonstrou em estudo que o *estresse* do enfermeiro é uma realidade, contudo, não chegou às respostas quanto à existência ou não de outra função ocupacional mais estressante. Não obstante, esse mesmo autor observou que as fontes de estresse se diferenciam, dependendo da função e ou setor de trabalho.

A enfermagem como profissão traz em sua essência o cuidar que faz parte das necessidades do ser humano em busca de melhor convívio social. A relação de empatia entre enfermeiro e paciente pode ser construída por meio de ações de resolutividade. Contudo, é essencial que o profissional de enfermagem tenha conhecimentos suficientes para alicerçar esse relacionamento. Nesse contexto, buscam-se respostas dos fenômenos de saúde, definidos pelo *Internacional Council of Nurses* como aspectos de saúde relevantes à prática da enfermagem (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009). A esse respeito, Silva *et al.* (2005), através de seus estudos, deixaram a compreensão de que a enfermagem possui no cuidado o seu foco central de ação. Definiu-se esse cuidado como sendo:

A auto-responsabilidade constitui o modo como o ser humano vive a sua totalidade. Dessa forma, percebe-se que o cuidado da enfermagem implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes dêem o sentido do cuidado de si através da compreensão de que a vida é repleta de sentidos (SILVA *et al.*, 2005, p.473).

O profissional enfermeiro no modelo organizacional da ESF assume o papel na maioria das unidades como coordenador do serviço, sendo esse modelo assumido pelo município de Teófilo Otoni/MG. Peduzzi e Anselmi (2002) descrevem esse profissional, como sendo aquele que na maioria das vezes encontra-se comprometido com o gerenciamento do cuidado e da unidade.

Nesse sentido, o *estresse* ocupacional dos profissionais de enfermagem merece atenção, uma vez que vivenciam tanto uma carga emocional diante da relação com o paciente, como as responsabilidades de intensa sobrecarga de trabalho. A palavra tem sido associada a sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem estressadas ou relacionam a outros indivíduos com a mesma situação (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Assim, por acreditar que as variáveis citadas são situações presentes nos ambientes de trabalho desse município, foi proposto esse estudo, tendo como principal objetivo a investigação do nível de desgaste emocional e o risco que possa estar presente para a Síndrome de *Burnout* nos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Teófilo Otoni – MG.

## 2 PROBLEMATIZAÇÃO

É compreensível que toda prática laboral seja pautada por riscos ambientais e pela possibilidade de surgimento dentre outras doenças, o estresse ocupacional, que vem ganhando grande destaque devido ao adoecimento e afastamento do trabalho de vários profissionais. Vale ressaltar que na arena do estresse ocupacional, a Síndrome de *Burnout* é uma doença de quadro evolutivo gerado em consequência do ambiente estressante e que acomete o indivíduo que atendem ao público, o que torna a enfermagem umas das profissões mais atingidas.

Autores, como Pitta (2003), estudaram a respeito da existência de diversos estressores no universo de trabalho do enfermeiro e evidenciou, nesse universo, o sofrimento psíquico, juntamente com a dor pela morte.

Além disso, denotou-se o contato direto com o paciente, por esse ser um motivo estressor que envolve diversas outras situações que podem vir a influenciar diretamente a vida profissional. Loyola (1988) citou como exemplo uma relação de submissão entre o enfermeiro e o médico, atribuída à falta de uma delimitação clara na prática dos enfermeiros e suas reais funções, bem como a uma atitude repressora de alguns docentes de enfermagem.

Respalhada por essas discussões, questionou-se: Qual é o nível de exaustão emocional e quais são os elementos que diferenciam o impacto dos fatores estressores nos enfermeiros coordenadores da Estratégia de Saúde da Família em Teófilo Otoni-MG?

A perspectiva é que cada profissional tenha sua percepção quanto ao ambiente organizacional. Nesse aspecto, o desgaste emocional irá depender dos eventos ocorridos e avaliados como estressores, podendo ser causadores desse conflito. Desse modo, ao se questionar quanto à relação laboral dos enfermeiros coordenadores e a possibilidade de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, o resultado deste estudo poderá subsidiar aos gestores locais de saúde, na implantação de políticas, que visem à prevenção e minimização dos fatores desencadeante para o adoecimento do trabalho.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

- Investigar o nível de desgaste emocional que leve à exaustão, podendo evoluir para a Síndrome de *Burnout*, nos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Teófilo Otoni – MG – Brasil.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sócio-demográfico e profissional dos enfermeiros coordenadores na Estratégia de Saúde da Família.
- Descrever as condições de infraestrutura das unidades onde funcionam as Estratégias de Saúde da Família.
- Fazer uma caracterização sobre as condições sanitárias e de infraestrutura no território em torno das unidades.
- Identificar através da classificação de NEPASB (Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de burnout) 2001, o indicativo de desenvolvimento da síndrome.

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com o Ministério da Saúde, o termo Atenção Básica engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Expressa o que em outros países denomina-se de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2006).

O primeiro contato do usuário com a Atenção Primária, entendido como porta de entrada, é o momento em que o usuário estabelece a relação inicial com a equipe, seja por necessidade de atendimento, participação em grupos operativos ou através da visita domiciliar.

Starfield (2002) descreveu que a Atenção Primária define-se como o primeiro contato que o usuário tem com o sistema de Saúde e que deve proporcionar atenção continuada à saúde das pessoas ao longo do tempo, abordando os problemas mais comuns das comunidades, além de determinar as necessidades de cuidado nos outros níveis de complexidade. Essas ações devem ter como foco principal a saúde das pessoas para além da enfermidade individual e considerar outros determinantes no meio onde as pessoas vivem e trabalham.

Para STARFIELD (2002), fatores que dificultem o acesso livre na porta de entrada da atenção primária impactam diretamente na qualidade da atenção e nos custos. São considerados como tipos de acesso: o sócio-organizacional e o geográfico, (BRASIL, 2011). O primeiro está baseado nas características dos serviços incluindo valores éticos e culturais, econômicos e os que dificultam como preconceito de idade, raça, sexo ou opção sexual. Já o acesso geográfico tem relação com a distância e com o tempo até o acesso ao serviço, sendo fatores importantes para uma assistência integrada.

Com vistas à operacionalização da Atenção Básica, foram definidas como áreas estratégicas para atuação, em todo o território nacional, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).



A Atenção Básica tem como fundamentos, de acordo BRASIL (2006), através da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde:

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e VI - Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p.12).

Os atributos da Atenção Primária em Saúde baseiam-se em três eixos: o da Orientação familiar, Orientação comunitária e Competência cultural. Estes atributos são estruturados e definidos da seguinte forma: **A Orientação familiar** está inserida no contexto de avaliar o indivíduo considerando seu contexto familiar e sua possibilidade de contribuir ou não no cuidado. **A Orientação comunitária** se dá no reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, fomentando o planejamento de forma mais eficiente. Ainda, a **Competência cultural** deve ser percebida e demonstrada através da adaptação da equipe de saúde das características culturais da população para facilitar a relação e a comunicação nesta inter-relação (BRASIL, 2010).

A longitudinalidade é baseada nas relações estabelecidas entre equipe e comunidade, no processo de assistência, sejam eles voltados a questões de saúde ou até mesmo de não ter a presença de problemas de saúde, sendo este uma característica específica dessa rede de atenção em saúde. Essas relações pessoais são estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). A Integralidade está caracterizada em um atendimento amplo, no qual as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas pela equipe, sendo essa assistência voltada não somente para o indivíduo em si, mas também à sua família. (BRASIL, 2011).

No Brasil, a Atenção Básica foi desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe,

dirigidas às populações de territórios bem delimitados que assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Além do mais, a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Nesse âmbito, volta-se à Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Cabe salientar que a Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã, desenhou um estado de bem-estar social para o Brasil, um estado de garantia individual e coletiva para o seu povo, com a premissa de ser a saúde um direito de todo e qualquer cidadão e um dever do estado provê-lo. Ao associar a saúde como direito de todo cidadão, urgiu a necessidade de entender os serviços de saúde oferecidos.

Nesse contexto, Starfield (2002) definiu a Atenção Primária como sendo:

Nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), para todas as condições, exceto as muito raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p.28).

Os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

Quanto ao desafio da Atenção Básica, a ideia é ampliar suas fronteiras de atuação visando a uma maior resolubilidade, sendo a Saúde da Família compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

## 4.2 ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Quanto à estruturação da Atenção Básica, Abrahão (2007) refere-se ao seguimento de um importante cronograma que, partindo do surgimento de programas como o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), concretizou seus processos estruturais. Essas implantações, cronologicamente, aconteceram da seguinte forma: (1982) Ações Integradas à Saúde (AIS), ação importante para a universalização do direito à saúde; (1991) Programa de Saúde da Família (PSF), apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da Atenção Básica; (1991) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado como passo importante para a implantação do PSF e (1994) a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Com essa implantação a ESF, foi reestruturada, a princípio, como um programa, passando em seguida a figurar como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2012).

## 4.3 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO ENTRE PROGRAMA PARA O CONCEITO DE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Para melhor clarear o entendimento acerca da Estratégia da Saúde da Família, tornou-se prudente descrever o Programa de saúde da família (PSF) que se situa no interior do Sistema Público de Saúde (SUS), criado após a Constituição Federal de 1988, caracterizando uma política de saúde do Governo Federal com implantação no país em 1991 e transformado em estratégia em 1994.

O Programa Saúde da Família (PSF), definido como uma estratégia, foi criado no Brasil na década de 90, seguindo modelos e experiências advindas de outros países, sendo eles: Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja Saúde Pública alcançou níveis de qualidade satisfatórios, com investimentos significativos nesta área. Em 1994, foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde, passando portanto a ser chamado de Estratégia de Saúde da família (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1994).

Nesse sentido, a Saúde da Família aparece como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais

em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde desta comunidade.

Sendo assim, o objetivo que permeia a Estratégia de Saúde da Família está situado na reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças, bem como à promoção da saúde e prevenção de doenças, viabilizando acesso a um serviço mais humanizado e contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida, nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. A Estratégia deve ser centrada na família, entendida e percebida a partir do seu meio-ambiente, físico e social, o que possibilita às equipes de Saúde da Família uma ampliação na compreensão do processo saúde/doença, bem como da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A responsabilidade no acompanhamento das famílias vem colocando para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Para Araújo (2001), a proximidade entre as famílias, além de possibilitar uma assistência contínua, evita encaminhamentos desnecessários para especialistas e hospitais, diminuindo assim a sobrecarga nesses níveis de atenção.

Vale destacar que, mesmo com a contextualização histórica de mudança do PSF para ESF, somente em 2006 essa designação estratégica foi mais bem descrita e efetivada. Esta implantação foi consolidada com o lançamento do Pacto pela Saúde (2006), que se direciona em três vertentes: a) pacto pela vida; b) pacto em defesa do SUS e c) o pacto de gestão (DALPIAZ; STEDILE, 2011; BRASIL, 2006). O Programa propõe a organização das práticas nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizando a assistência multiprofissional e interdisciplinar das Equipes de Saúde da Família (ESF), tendo como foco o indivíduo e a família.

Quanto à equipe básica da ESF, ela é composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Vale ressaltar que para a composição do quantitativo atuante de ACS é fundamental o número de habitantes por área e micro área, o que independe para as demais categorias profissionais.

Outros profissionais de saúde como fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico, psicólogo, assistente social e nutricionista poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde local,

como partes de um outro programa chamado: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Um dos requisitos para que estes profissionais atuem nas equipes de estratégias de saúde da família é residir no município onde atuam, trabalhando assim em tempo integral. Quanto aos ACS, é necessário que residam nas micro-áreas para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade. Cada equipe será responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1000 famílias (aproximadamente de 2.400 a 4.500 pessoas). Este critério pode ser alterado em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município (DAL POZ; VIANA, 2001).

Essas equipes, atuando nas unidades espaciais do programa, buscam imergir sobre seu território de atuação a partir da definição da sua área de abrangência, através do conteúdo e a organização dos dados demográficos, epidemiológicos e sociais coletados, estruturando o seu território da saúde.

#### 4.4 TERRITÓRIO DA SAÚDE E O PROCESSO DE GESTÃO

A palavra território está associada a duas importantes origens: a primeira significa “terra pertencente a”, ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertence a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-territor* (aterrorizar- aquele que aterroriza) designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço (HAESBAERT, 2004).

Segundo Mesquita (1995), o termo território foi utilizado inicialmente na Grécia para denominar as cidades-estados, reaparecendo, na Itália, para descrever as jurisdições das cidades medievais italianas. Com relação à saúde, Rojas (1998 *apud* CARVALHO, 2003) afirmou que as relações entre geografia e saúde são conhecidas desde a antiguidade, tornando-se o marco teórico que sustenta os modelos explicativos do estado de saúde da população, apresentando fortes vinculações com o suporte teórico do espaço geográfico.

Para Pereira e Barcellos (2006), a implantação de programas de saúde, que possuem uma hierarquização do nível federal ao nível municipal, tem permitido tanto a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local quanto a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia, com o intuito de produzir conhecimento referente ao número de população e seu estado de saúde.

Em busca de esclarecer o entendimento do que seja o território, como organização de serviços e ações de saúde, Raffestin (1993) o descreveu como uma instância de poder, isto é, as divisões territoriais utilizadas no SUS como o município, o distrito sanitário e área de abrangência de serviços de saúde, denominadas áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político.

A Constituição Federal de 1988 definiu, nos artigos 21, 22 e 30, os municípios como entes federativos dotados de competências tributárias, autonomia política e administrativa. Além disso, deu também as bases para a municipalização do SUS, posteriormente consolidadas pela Lei n 8.080/90 e pela Norma Operacional NOAS/2002, aprovada e posta em vigor pela Portaria 373 de 27 de fevereiro de 2002, editada pelo Ministério da Saúde. Tudo isso resultou em um processo de descentralização dos serviços públicos de saúde, com desconcentração de recursos e devolução de responsabilidade da União para o Estado, principalmente para os Municípios.

A partir desse processo, o fortalecimento diferenciado destes entes passou a retratar a complexidade e a desigualdade das realidades sócio-econômicos num país com grande extensão territorial e diversidade demográfica. Assim, em uma jornada de construção, a norma operacional da Assistência a Saúde (NOAS 01/2002), ciente da fragmentação estabelecida no sistema, redireciona a assistência, criando a regionalização e propõe a articulação entre os municípios, definindo as aglomerações territoriais de referência, garantindo ampliação de escala e escopo.

Segundo a formatação assistencial estabelecida por Pestana e Mendes (2004), a nova estruturação da atenção é uma rede integrada de serviços de saúde horizontalizadas, em que a Atenção Primária de Saúde é o eixo de todo o sistema. O domicílio, suporte diagnóstico, hospital de pequeno porte, hospital de referência e atenção terciária se interligam, tendo sempre como referência a atenção primária. Essa estrutura mapeia a assistência e dá garantia de acesso ao usuário, de acordo com sua necessidade.

Conforme Cecílio e Merhy (2003), essa rede é um Sistema de Saúde, descrito como um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser submissos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Esse contexto faz com que seja necessário pensar o paciente em todo processo para o seu atendimento com o propósito de garantir resolutividade.

Mendes (1993) ressaltou que os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, coesas com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. No território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações. A organização dessas ações segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde (MENDES, 1993).

Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações. No entanto, é importante lembrar que a organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

Segundo Pereira e Barcellos (2006), quando se busca a efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção, na verdade a procura é de melhoria das condições de vida sob um olhar multiterritorial, através do qual se considera a existência de outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Em resumo, parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade, capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local. Portanto, deve-se observar como se dá a relação entre a Estratégia de Saúde da Família e a comunidade como um todo, ou seja, lideranças comunitárias, ONG's, movimentos sociais e outras instituições que possam intervir no local.

Para Silveira (2003), um aspecto é pensar no trabalho em equipe como um processo em que se pode ver o resultado positivo das ações de cada profissional em prol da cura da doença. Um outro, segundo Cecílio e Merhy (2003), é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Ao se referir à gestão, é fundamental entender que as suas competências são

inerentes a qualquer processo produtivo, e que não podem ser excluídas do processo de trabalho em Saúde, onde qualquer profissional deverá ser capaz de gerir o seu próprio processo de trabalho. Além disso, esse processo estabelecido exige, na sua maioria, que seus profissionais desenvolvam competências específicas de gestão, com vistas à administração da própria assistência. Ressalta-se que este deve ser um elemento diferenciador que possibilite ao profissional atendimento dentro das expectativas dos clientes e usuários, mas também da instituição, podendo assim integrar profissionais de diversas áreas a favor da assistência com qualidade ao paciente. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000).

Nesse contexto, o hospital tem como balizador a gestão, tendo em vista o aprimoramento do cuidado, frente ao sistema, procurando alinhar conceitos, definir missões e valores, visando à sustentação, à integração e ao fortalecimento, para enfrentar eventos agudos. Esse processo visa ao funcionamento harmonioso entre as partes, à integralidade e à engenharia institucional.

Nesse sentido, retomando as discussões conceituais acerca de território, muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população/serviços, no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interagem com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (UNGLERT, 1993). Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Ao mesmo tempo, o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Essa afirmativa também é compartilhada por Pereira e Barcellos (2006), em que os autores pressupõem a ocorrência de uma multiterritorialidade, conjugando a territorialidade do setor saúde como gestor de serviços com vistas à atenção, promoção e prevenção, com outras territorialidades locais. Nesse sentido, seu reconhecimento é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde, orientado por categorias de análise de cunho geográfico.

Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das



crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2005). A gestão do território da saúde, principalmente no que diz respeito à dinâmica populacional, torna frágil a relação entre população e área, em virtude das relações estabelecidas entre os moradores e a área, como, por exemplo, as mudanças de bairro ou a chegada de novos moradores, sendo em parte um dos desafios na padronização das ações pelo profissional enfermeiro, a quem é conferido uma maior responsabilidade na gestão desse serviço.

#### 4.5 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Segundo Almeida e Rocha (1997), a enfermagem surgiu no século XIX, na Inglaterra, como prática para possibilitar a recuperação do indivíduo. Institucionalizou-se no movimento do nascimento da clínica, juntamente com a transformação do hospital enquanto instrumento de cura. As autoras revelaram que a função peculiar da enfermagem diz respeito à prestação de assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde.

O trabalho do enfermeiro, segundo Leopardi *et al.* (1999), é realizado por uma equipe ou grupo, constituído por trabalhadores de formação técnica ou superior, tendo o enfermeiro (nível superior) papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho em enfermagem, enquanto aos demais trabalhadores da área (nível técnico) cabe a função de executar tarefas delegadas.

São consideradas atribuições específicas do profissional de enfermagem: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; realizar consulta de enfermagem; solicitar exames complementares; prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida – criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades concernentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias

específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental etc. e supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (FAMEMA, 2001).

No que tange ao estresse ocupacional, um fator importante a ser compreendido, segundo Guimarães e Grubits (1999), a profissão é caracterizada como estressante em função da intensa carga emocional decorrente da relação paciente - enfermeiro, bem como das responsabilidades atribuídas a estes profissionais.

Nesse sentido, Zakabi (2004) revelou que o estresse não é doença, mas uma reação instintiva ao perigo real ou imaginário ou a uma situação de desafio. A relação paciente enfermagem com o estresse emocional é esclarecida através do componente psicológico de resposta ao estresse que envolve emoções como ansiedade e tensão. E em decorrência da natureza desagradável destas emoções, somos motivados a reduzi-las.

A esse respeito, merece destaque especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), na arena dos vários campos de trabalho do enfermeiro. Nesse programa, além do enfermeiro atuar com mais autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em nível institucional e em outros níveis, o seu trabalho tem maior visibilidade, sendo mais valorizado (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Para Araújo e Oliveira (2009), a competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual o instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, mencionada expressamente na Resolução COFEN nº 271/2002, a formação do profissional enfermeiro, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, a habilidade de intervir no processo saúde-doença, com vistas a proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem com as ações multiprofissionais são requisitos fundamentais que o capacitam para a gestão nesses serviços. Assim, torna-se relevante repensar a saúde desse profissional, em virtude das considerações a respeito das suas atividades laborais.

#### 4.5.1 Saúde do enfermeiro

Diante dos movimentos sociais dos anos 60 do Século XX, contrários aos interesses do modelo capitalista, a saúde dos operários destacou-se como sendo um dos marcos reivindicatórios. Com a industrialização do país, a desenfreada urbanização, arrebanhando uma boa parcela de assalariados, promoveu a pressão dos trabalhadores em reivindicar por assistência médica, que por conseguinte desenvolveu a assistência médica previdenciária. Nessa mesma época, observou-se uma incidência relevante de doenças de massa resultantes ou agravadas pelas condições de vida e de trabalho (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

É preciso entender que o setor saúde tenha sido amplamente atingido pelas transformações econômicas e sociais, por que tem passado o país nos últimos anos. Nesse tocante, falar de saúde do trabalhador requer uma atenção especial, visto que este campo tem apresentado uma evolução histórica e por que não dizer moderna do contexto de vida da população. Essa transgressão histórica em torno do campo da saúde merece a atenção sobre as consequências expressivas no setor saúde das pessoas que necessitam de sua atenção.

A política de Saúde do Trabalhador no Brasil acompanhou todo esse processo de reestruturação do sistema de saúde no Brasil. A I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em 1986, discutiu as condições dignas de vida, trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer, organização livre, autônoma e representativa de classe; acesso aos serviços de saúde com qualidade, em todos os níveis; entre outros (SÊCCO, 2006).

Quanto à política relativa à atenção à saúde dos trabalhadores, o texto constitucional de 1988, artigo 200, inciso II, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de: executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador. E, no inciso VIII, a de colaborar na proteção do ambiente, nele compreendido o do trabalho, além de outras competências (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde volta-se à condição do trabalhador na perspectiva da atenção integral à saúde, atribuindo ao Ministério da Saúde à coordenação da política na área. O artigo 6º, parágrafo 3º, da Lei Orgânica da Saúde, assevera que nas ações de Saúde do Trabalhador sejam incluídas obras de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, que abrangem diversos itens, dentre eles, doenças profissionais e do trabalho; participação em estudos e pesquisas na área dos riscos e agravos potenciais à saúde dos trabalhadores

presentes no processo de trabalho; acesso à informação de indicadores estatísticos relacionados ao trabalho, entre outros (BRASIL, 1990a).

Nesse contexto, a saúde do trabalhador, diante de tantas transformações, traz características básicas, por buscar a compreensão da relação existente entre o trabalho e o processo saúde-doença, além das mudanças nas condições de trabalho; bem como a abordagem multidisciplinar e intersetorial da atenção à saúde, com vistas às ações integradas e coordenadas, e, sobretudo, a participação dos trabalhadores como sujeitos de todos os processos (MENDES; WAISSMANN, 2005).

Cada tipo de trabalho interfere condicionalmente na saúde do indivíduo, o que faz seu corpo reagir às agressões a ele impostas. “A depender da forma como o processo de trabalho é organizado, o local de trabalho é configurado por contextos nos quais os modos de se trabalhar, relacionar, lidar com o tempo são danosos à saúde” (SPINK, 1991 *apud* SATO, 2002, p. 1148).

Nessa perspectiva, tornou-se essencial preencher algumas lacunas na saúde, no que diz respeito à atenção a ser dedicada ao cuidador, seja ele profissional ou leigo. Assim, “consideraram-se alguns preditores do impacto no cuidador, tais como: duração dos cuidados, idade, sexo, grau de parentesco e nível de escolaridade e socioeconômico dos cuidadores e pacientes” (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006, p.172).

Tornou-se, portanto, substancial que o profissional de enfermagem seja amparado em suas necessidades. Não há dúvidas quanto à maior eficácia na nobre tarefa de cuidar, se o próprio profissional cuidar de si.

Shiratori *et al.* (2003) descreveram que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, sentem a necessidade de terem atenção cuidadosa, sob acompanhamento e preparação no que diz respeito a lidar com o estresse e a pressão na vida diária.

Existe, portanto, a necessidade de se buscar uma explicação para as causas dos desgastes sofridos pelos trabalhadores. Facchini (1994) descreveu que a busca do conhecimento do grupo de causas das doenças e desgastes variados que acometem os trabalhadores, denominado de inferência causal, data dos mais remotos tempos da história da humanidade, uma vez que amplia a possibilidade do enfrentamento dos referidos problemas de saúde de maneira cuidadosa, por meio de ações, instrumentos, recursos, métodos e técnicas. Diante desse quadro, a ideia é estabelecer estratégias que possibilitem minorar ao máximo os agravos.

Alguns estudos com foco nos profissionais de saúde têm apontado para a associação entre ambiente, atividade laboral, tempo de profissão e qualidade de vida como sendo prevalentes nos profissionais da enfermagem. Trindade e Lautert (2010) apontam para uma associação entre a atividade laboral do enfermeiro e a síndrome de *burnout*. Schmidt *et al*, (2013), avaliando a qualidade de vida de profissionais de enfermagem, encontraram a associação entre estresse e diminuição dessa qualidade de vida. Moreira et al. (2009) também encontraram nos seus estudos prevalência da síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem, principalmente dos atuantes nas unidades de terapia intensiva e com mais de 05 anos de profissão. Cunha *et al*. (2012) referem-se aos fatores que influenciam no desenvolvimento da síndrome de Burnout como: a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho inadequadas, a relação interpessoal conflituosa, a falta de expectativa profissional, pouca autonomia profissional, a ambiguidade de funções e a insatisfação salarial.

A profissão do enfermeiro é uma ocupação com características singulares que possui componentes desgastantes ao seu ambiente ocupacional, entre eles: a dor e a morte; escassez de pessoal, que leva à sobrecarga laboral; trabalho em turnos; relação com pacientes e familiares problemáticos; contato direto com enfermidades; baixo reconhecimento profissional; baixa autonomia e autoridade no trabalho; além de baixos salários. O exercício de profissões, como a enfermagem, implica uma relação permeada de ambiguidades, como conviver com a distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro. A sobrecarga de trabalho é considerada a principal fonte de estresse crônico no enfermeiro, levando a sentimentos de exaustão emocional. Além disso, os serviços de atenção à saúde guardam especificidades relativas ao trato com a dor, ao sofrimento e ao mal-estar orgânico, emocional e social das pessoas. Portanto, estas atividades laborais requerem dos profissionais uma carga adicional de competências interpessoais, além das condições inerentes ao exercício profissional (BORGES; ARGOLO; BAKER, 2006).

Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005) mostraram na sua pesquisa que, nos últimos anos, há uma grande distribuição mundial do Burnout entre enfermeiros, com altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Isso tem impacto direto no absenteísmo, considerado um dos grandes problemas da enfermagem.

Outros estudos têm observado que os sentimentos de exaustão emocional se associam significativamente de maneira positiva com o número de faltas no trabalho dos profissionais de enfermagem (GIL-MONTE, 2002, p.5), sendo também como uma das consequências principais da Síndrome de Burnout, sendo as dimensões associadas com condutas e atitudes de absenteísmo. Apesar de exercerem atividades estafantes, muitas vezes em locais

inadequados, os enfermeiros não recebem a proteção e atenção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes, ainda que o exercício da profissão de enfermagem requeira boa saúde física e mental. (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

#### 4.6 SÍNDROME DE *BURNOUT*

O termo *burn out* ou *burnout*, “queimar até a exaustão”, vem do inglês e indica o colapso que sobrevém após a utilização de toda a energia disponível (SCHAUFELI; EZMANN, 1998 *apud* BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

O termo *burnout* foi inicialmente utilizado por Brandley, em 1969, mas ficou conhecido a partir de 1974, por meio de Freudenberger, psiquiatra que trabalhava com toxicodependentes, em Nova Iorque. Freudenberger observou que alguns voluntários apresentavam uma progressiva perda de energia até chegar ao esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão e descreveu que eram menos sensíveis e compreensivos, desmotivados, e agressivos em relação aos doentes, com um tratamento distanciado e com tendência a culpá-los pelos seus próprios problemas (BORGES *et al.*, 2002; BENEVIDES-PEREIRA, 2003; FARINA, 2004; MULLER, 2004).

Segundo Benevides-Pereira (2003), a síndrome de *Burnout* sobrevém de um processo de estresse ocupacional que rompe o equilíbrio psicofisiológico do indivíduo, obrigando-o a utilizar-se de recursos extras de energia, inibindo as ações desnecessárias ou incompatíveis com as estratégias de enfrentamento desencadeadoras deste contexto. Dependendo da intensidade e do tempo de acontecimento desse processo, o indivíduo pode vir a sofrer consequências graves, tanto em nível físico quanto psicológico.

De acordo com Benevides-Pereira (2002), os sintomas dessa síndrome se dividem em quatro grupos: físicos, que envolvem fadiga constante e progressiva, distúrbios de sono, dores musculares, cefaléias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, distúrbios sexuais e alterações menstruais nas mulheres; comportamentais, nos quais há negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de auto-risco e suicídios; psíquicos, que levam à falta de atenção e concentração, alterações de memória, pensamento lento, sentimento de alienação, sentimento

de solidão, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa autoestima, labilidade emocional, dificuldade de auto-aceitação, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranoia e os aspectos defensivos, levando o indivíduo à tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, absenteísmo, ironia e cinismo.

Para Teixeira (2012), a primeira medida para evitar o surgimento da síndrome de *Burnout* é conhecer as suas manifestações, e para tal, é preciso que todos os profissionais de enfermagem absorvam conhecimentos relacionados, sendo também necessário que as organizações de saúde implementem medidas de prevenção e tratamento, em nível individual, grupal e organizacional.

O instrumento de avaliação mais utilizado mundialmente nos estudos sobre *Burnout* tem sido o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que foi publicado por Maslach e Jackson, e teve a sua primeira edição em 1981. Posteriormente, em 1986, após estudos que culminaram na diminuição do número de itens e supressão da escala de intensidade, foi editada a segunda versão. Esse inventário é amplamente difundido em todo o mundo e tem tradução validada para a Língua Portuguesa por Benevides-Pereira (2001), permitindo “identificar *Burnout* em profissionais de saúde a partir da avaliação de sentimentos e comportamentos no trabalho” (ROSA; CARLOTTO, 2005, p.5). Trata-se de um questionário de autoinforme (autopreenchimento), contendo 22 (vinte e duas) afirmações que devem ser respondidas através de uma escala do tipo Likert, indo de “0” como “nunca”, até “6” como “todos os dias”. Possuem duas versões semelhantes, uma para profissionais da saúde (MBI-HSS, *Human Services Survey*) e outra para docentes (MBI-ES, *Educators Survey*), diferindo apenas nos itens relativos aos usuários aos quais as atividades são direcionadas: pacientes ou alunos (BENEVIDES-PEREIRA, 2004).

O trabalho na saúde, segundo Cecagno *et al.* (2003, p.3), está “relacionado ao bem estar e satisfação pessoal e profissional; à maneira pela qual o trabalhador atribui um significado ao trabalho, tendo implicações à sua maneira de viver e de ser saudável”, o que reflete em uma melhor ou pior qualidade de vida.

#### 4.7 TEÓFILO OTONI: UM TERRITÓRIO EM ESTUDO

A cidade de Teófilo Otoni, originalmente chamada *Philadélfia*, foi fundada por Teófilo Benedito Otoni, no dia 7 de setembro de 1853, e está situada no nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Mucuri. A sede do Município encontra-se às margens do rio “Todos os Santos”, afluente da margem direita do rio Mucuri, na desembocadura dos córregos Gangorrinha, São Diogo, Santo Antônio, São Benedito e São Jacinto (ARAÚJO, 2003).

O descobrimento e exploração da região têm origem nas excursões que foram realizadas no intuito de se constatar a existência do ouro e diamante. Teófilo Benedito Otoni, a partir de 1847, no intuito de desbravar e colonizar a região do Mucuri, organizou um projeto para ligar o nordeste mineiro ao litoral do Brasil (CARVALHO, 2000). No ano de 1878, através da Lei nº 2486 de 09 de novembro, o Distrito de *Philadélfia* se desmembrou do Município de Minas Novas, alcançando a sua emancipação política. O novo município criado, em homenagem ao seu fundador, falecido em 17 de outubro de 1869, recebeu o nome de Teófilo Otoni.

O resgate da importância do município de Teófilo Otoni e da região do Mucuri se destacou, no dia 3 de maio de 1898, quando foi inaugurada a estação ferroviária da Estrada de Ferro Bahia e Minas, abrindo definitivamente um caminho para o mar, através do porto de Caravelas, na Bahia. No ano de 1953, o município de Teófilo Otoni completava 100 anos de fundação, sob um momento histórico marcado pelo desenvolvimento vivido no Brasil com os governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek (IPAC, 2005).

A partir da década de 80, com a conclusão da BR 418, conhecida como “Estrada do Boi” que mantém o mesmo sentido do sertão para o mar e com um crescente tráfego rodoviário, através da BR 116 (Rio-Bahia), Teófilo Otoni se tornou uma cidade dormitório. Dentre as atividades econômicas, destaca-se o comércio e em especial o de pedras preciosas e semipreciosas, recebendo a cidade a perífrase de “Capital Mundial das Pedras Preciosas”, sendo região importante na produção e comércio de águas marinhas, turmalina, crisoberilo, ametista, alexandrita, olho de Gato, andaluzita e muitas outras (PMTO, 2012).



#### 4.7.1 Localização geográfica e acesso

A cidade de Teófilo Otoni está situada no nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri. Considerada o centro macrorregional, isto é, o centro econômico de maior importância. Além de Teófilo Otoni, fazem parte do Vale do Mucuri: Águas Formosas, Ataléia, Bertópolis, Carlos Chagas, Catuji, Crisólita, Franciscópolis, Frei Gaspar, Fronteira dos Vales, Itaipé, Ladainha, Machacalis, Malacacheta, Nanuque, Novo Oriente de Minas, Ouro Verde de Minas, Pavão, Pote, Santa Helena de Minas, Serra dos Aimorés, Setubinha e Umburatiba (IBGE, 2013). Suas coordenadas geográficas são 17° 52' 10" de latitude e 41° 29' 59" de longitude, a oeste do meridiano de Greenwich. A área do município está estimada em 3.242 Km<sup>2</sup> e a área urbana em cerca de 80 Km<sup>2</sup>. Dista da capital 446 Km e o percurso é feito pelas BR-381 e BR 116 (DER, 2013). As cidades limítrofes ao município são: ao norte, Catujá, Novo Oriente de Minas e Itaipé; ao sul, Ouro Verde de Minas, Ataleia, Frei Gaspar e Itambacuri; ao leste, Pavão e Carlos Chagas, e a oeste; Poté e Ladainha.

#### 4.7.2 Perfil Demográfico

A população do município de Teófilo Otoni em 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, constituía-se de 135.745 habitantes, possuindo densidade demográfica de 41,87 habitantes/km<sup>2</sup>. A Tabela 1 retrata a população residente do município no ano de 2013:

TABELA 1 - População residente no município de Teófilo Otoni, ano 2013 **Erro!**  
**Indicador não definido..**

Teófilo Otoni	%
Pessoas residentes	135.745
Homens residentes	64.466
Mulheres residentes	70.279
Pessoas residentes - área urbana	110.076
Pessoas residentes - área rural	24.669

Fonte: IBGE, 2013.

A maior parte da população reside na área urbana e é formada por mulheres. Aproximadamente 60,88% da população possuem cor parda, 29,01 % de cor branca, 9% de

cor preta, 0,16% cor amarela, 0,17% são indígenas, e 0,75% da população não declarou a sua cor (IBGE, 2013).

#### **4.7.3 Perfil epidemiológico**

Em 2012, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o município de Teófilo Otoni possuía como principais problemas de saúde: as doenças do aparelho circulatório, digestivo e respiratório. As principais causas de internação, em 2012, na classificação CID-10, foram: gravidez, parto e puerpério (20,32%); doenças do aparelho circulatório (15,84%); lesões, envenenamentos e outras causas externas (13,38%); doenças do aparelho digestivo (11,22%) e doenças do aparelho respiratório (8,74%). As neoplasias representaram 2,77% das internações. Foram descritas 17.058 internações hospitalares, sendo que 5,47% envolveram crianças menores de 1 ano, 9,90% na faixa etária de 1 a 14 anos, 58,68% em pacientes entre 15 e 60 anos e 25,95% em pessoas acima de 60 anos.

O levantamento quanto à proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas 1999-2011 também foi feito, constatando-se que, em 2010, do número de crianças pesadas pelo Programa Saúde da Família, 0,8% estava desnutrida. Dados dos Relatórios Dinâmicos demonstraram que o número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2010, foi 807. A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 14,2 a cada 1.000 crianças menores de um ano (BRASIL, 2012).

Em 2011, 97,4% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia. Dado que se coaduna com as diretrizes do Ministério da Saúde, segundo o qual a prevenção de doenças constitui-se como uma das ações importantes para a redução da mortalidade (BRASIL, 2012). Já em 2012, o número de crianças vacinadas contra poliomielite foi de 9.347 crianças, com o total de 95,58% da cobertura.

A relação da cobertura vacinal em crianças menores de um ano em 2012 demonstrou um alcance favorável, uma vez que atingiu quase em sua totalidade o número de crianças existentes (tabela 2).

TABELA 2 - Cobertura Vacinal em Crianças Menores de 01 ano em 2012

Vacina	Número de crianças vacinadas	Percentual de cobertura
<b>Tetravalente</b>	1.784	89,42%
<b>Tríplice viral (1ª dose)</b>	1.839	92,18%
<b>Hepatite B (3ª dose)</b>	1.709	85,66%

Fonte: DATASUS, 2013.

A taxa de mortalidade infantil para o Brasil, em 2010, foi estimada em 21,64 por mil nascidos vivos, indicando redução de 28,03% ao longo da década. A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano), em Teófilo Otoni, reduziu 44%, passando de 29,4 por mil nascidos vivos em 2000 para 16,2 por mil nascidos vivos em 2010. Como proposto pelas Nações Unidas, através da pactuação chamada de Desenvolvimento do Milênio, a mortalidade infantil para o Brasil em 2015 não deverá ser superior a 17,9 óbitos por cada mil nascidos vivos. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 15,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente (PNUD, 2013), o que mostra o atendimento antecipado a essa meta.

Os indicadores de fecundidade, mortalidade e longevidade, do município podem ser visualizados abaixo nas tabelas 3 e 4, conforme dados do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, censo 2010. A esperança de vida ao nascer no município de Teófilo Otoni é menor que a do Estado de Minas Gerais, que por sua vez está em posição melhor que a média nacional. Quanto à taxa de fecundidade do município, esta é maior que a média do Estado e a nacional, em relação ao número de filhos nas mulheres com idade entre 15 e 19 anos, as médias são maiores, sendo quase o dobro das médias do estado e do país (tabela 3).

TABELA 3 - Indicadores de fecundidade e esperança de vida ao nascer implícita nas projeções de 2010

	Esperança de vida ao nascer	Taxa de fecundidade	% mulheres entre 15 a 19 anos com filhos	% mulheres entre 20 a 24 anos com filhos
Teófilo Otoni	<b>74,5</b>	<b>2,1</b>	0,15	4,73
Minas Gerais	<b>75,3</b>	1,40	0,0653	0,1023
Brasil	<b>73,48</b>	1,76	0,0769	0,1180

Fonte: PNUD, 2013

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Teófilo Otoni, a esperança de vida ao nascer aumentou 9,1 anos nas últimas duas décadas, passando de 65,4 anos em 1991 para 69,8 anos em 2000, e para 74,5 anos em 2010. Quando comparados com

dados referentes ao estado e ao país, em 2010 a média para o estado é de 75,3 anos e, para o país, de 73,9 anos (PNUD, 2013).

Quanto aos indicadores de longevidade, Brasil vem passando por um processo de aumento nessas taxas, o que combinado com a redução do nível geral da fecundidade pode ser um problema para o país no futuro, quando pensado em relação a questões econômicas e de produtividade. Os indicadores de longevidade em Teófilo Otoni são apresentados na tabela 04.

TABELA 04 - Indicadores de longevidade

	2000	2010
Teófilo Otoni	0,742	0,746
Minas Gerais	0,796	0,759
Brasil	0,757	0,638

Fonte: Atlas PNUD/IDH, 2013.

O processo de envelhecimento populacional, somado à redução das taxas de fecundidade, torna-se necessária uma atenção voltada para a adequação e a criação de políticas sociais e econômicas que minimizem os impactos desses indicadores nas condições de vida da população.

#### 4.7.4 Atenção Básica em Teófilo Otoni

No que concerne à saúde, o município é pólo microrregional e sede da macronordeste, sendo referência no atendimento de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar, além de abarcar prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade, como: cirurgias ambulatoriais e especializadas, patologia, hemoterápica, hemodiálise, UTI adulto, UTI neonatal, mamografia, tomografia computadorizada, atendimento em DST/AIDS, dentre outros.

Ainda sobre a saúde, torna-se relevante mencionar que, mesmo diante de tempos em que a política de saúde tem a sua prioridade social, Teófilo Otoni ainda traz problemas de saneamento básico, principalmente na zona rural. Nesse sentido, a população da zona rural, dentre seus 24.669 habitantes, muitos não possuem casa própria e outros tantos moram em condições precárias, sendo comum o relato por parte dos moradores da existência de doenças relacionadas a parasitoses intestinais, dentre elas a esquistossomose, que possui grande relação com a falta de uma educação sanitária adequada. Outras doenças como a hanseníase,

tuberculose e doença de Chagas também são comuns, o que representa grandes desafios para uma política de saúde pública eficaz.

Diante dessa conjuntura, o município de Teófilo Otoni elegeu a estratégia da Saúde da Família para reorganizar a Atenção Básica, para atender as diferentes situações em que pessoas são acometidas por patologias. Contudo, o campo de saúde de Teófilo Otoni vive uma fase de transição, em que as Unidades Básicas passam por um processo de reestruturação no intuito de receber ESF e PACs ( Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

Quanto aos recursos humanos em saúde, no que diz respeito à Atenção Básica no município, as maiorias dos profissionais efetivos com regime estatutário atuam nas UBS convencionais, enquanto que nas ESF o principal vínculo empregatício são os contratos por tempo determinado. A tabela 05 demonstra resumidamente a proporção de profissionais, considerando as modalidades de cobertura por PACS e ESF.

TABELAS 05 - Profissionais na Atenção Básica por categoria

Rede de Atenção Primária no Município de Teófilo Otoni.	Número de Equipes	Equipes atuando na zona urbana	Cobertura populacional da rede (%)	Categoria Profissional	Número de profissionais por categoria	Número de profissionais atuando na zona urbana
PACS	04	04	10,38%	Médico	00	00
				Enfermeiro	04	04
				ACS	57	57
ESF	29	19	64,89%	Médico	29	19
				Enfermeiro	29	19
				ACS	52	

Fonte: SMS/TO, 2014

Dos 29 médicos vinculados a ESF, 88,24% possuem especialização em saúde da família. Dos 29 enfermeiros, 90,24% estão cursando ou já possuem o título de especialista em saúde da família.

As equipes de PACS no município são consideradas como provisórias. À medida que são contratados novos profissionais médicos e são inseridos nesta equipe, ela se transforma em ESF. Vale ressaltar que em virtude da dificuldade na contratação de profissionais médicos, seja por falta de atrativos financeiros ou mesmo pela distância de grandes centros ou pólos de laser, a maioria destes PACS permanece por anos nesta modalidade.

Atualmente, existem 29 Equipes de saúde da Família (ESF), sendo que 10 delas são localizadas na zona rural e 19 na zona urbana. 04 equipes são organizadas na modalidade de PACS e 08 na modalidade de UBS que são identificadas pelos nomes dos bairros.

A cobertura de assistência primária à saúde pelo ESF e pelo PACS é de aproximadamente 75%, com 33 equipes. Embora, o número de agentes comunitários de saúde em Teófilo Otoni esteja dentro do preconizado, quando se considera a relação equipe/população, a zona rural em virtude do distanciamento geográfico entre as micro-áreas ainda tem muito que avançar.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Este estudo teve caráter observacional descritivo, uma vez que se pensou em condições de poder analisar, registrar e interpretar os fatos do mundo físico, sem que esse sofra interveniências do pesquisador. Quanto à natureza da abordagem, foi quantitativa. De acordo com Minayo e Sanches (1993), a pesquisa quantitativa atua em níveis de realidade, o que pode trazer maior clareza dos indicadores.

### 5.2 TIPO DO ESTUDO

Este estudo foi pautado no tipo transversal. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), o modelo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações, em determinadas variáveis e seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em certo momento.

### 5.3 UNIVERSO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Teófilo Otoni, localizado no Vale do Mucuri, na região nordeste de Minas Gerais.

O Município de Teófilo Otoni possui atualmente 33 equipes de saúde, sendo 29 Programas de Estratégia de Saúde da Família e 04 Programas de Agente Comunitário de saúde (PACS).

Todo o espaço urbano do município é subdividido em 04 distritos, que atendem as áreas estratégicas geográficas da população, conforme apresentado na figura abaixo:

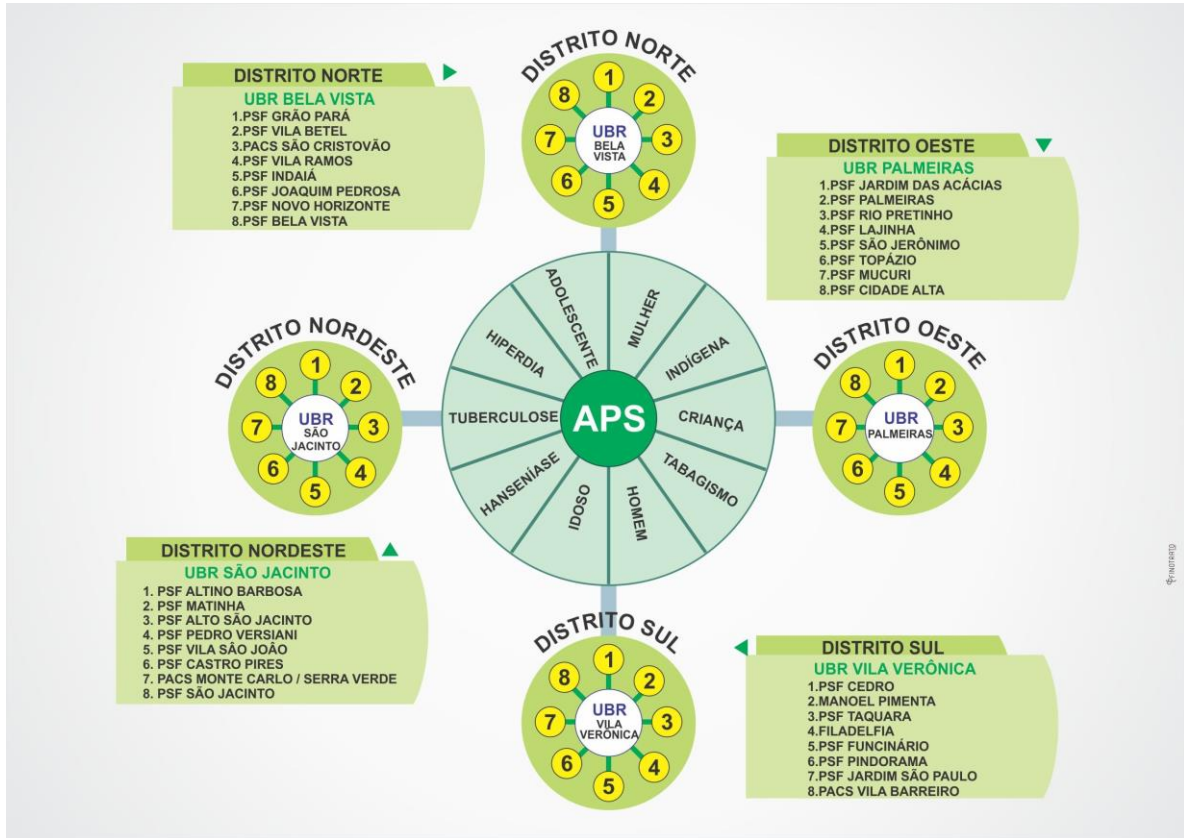


FIGURA 01: Localização das equipes na zona urbana de Teófilo Otoni/MG  
Fonte: SMS/TO, 2013

#### 5.4 ESTUDO PILOTO

Um estudo que tem como instrumento de coleta de dados a aplicação de questionários requer uma avaliação feita por dois ou mais profissionais especialistas da área. Esses profissionais avaliaram de forma crítica o instrumento, bem como os critérios que serviram de orientação para construção do questionário.

Para Connil (2004), validar um instrumento de avaliação leva a uma melhor adequação ao conceito teórico ou objeto que se quer aferir, gerando assim um grau de confiança nas inferências feitas.

Com o objetivo de testar os instrumentos de coleta, clareza e compreensão das questões, além de adequar os procedimentos e condutas às condições reais de pesquisa, foi realizado um estudo piloto com 04 profissionais elegíveis para o estudo. Os quatro questionários foram utilizados para este fim e descartados no processo de análise dos resultados.



Assim, o instrumento de validação serviu de ferramenta principal, com uma escala numérica de 01 a 07, tipo Likert, em que a melhor pontuação caracterizou o melhor julgamento. Itens avaliados: **Clareza**: Se as questões estão devidamente esclarecedoras, **Aplicabilidade**: Se as questões se aplicam adequadamente ao propósito; **Poder discriminativo**: Se as questões conseguem discriminar, separar por categorias os resultados esperados; **Necessidade de decisões subjetivas**: Se as questões podem levar a respostas sem objetividade; **Presença de vieses**: Possibilidade de desvios de respostas; **Redundância**: Se as questões estão se repetindo em relação aos assuntos pesquisados e, enfim, **Capacidade de classificação**: Se as questões têm poder de classificar os resultados.

#### 5.4.1 Percurso para coleta de dados

A coleta de dados durou, aproximadamente, três meses. Alguns procedimentos foram adotados para esclarecer sobre a pesquisa, dentre os quais a garantia do caráter sigilo estabelecida através do compromisso de que as informações destinar-se-iam ao uso exclusivo dos objetivos do estudo. Além disso, foram realizadas reuniões com o Secretário Municipal de Saúde de Teófilo Otoni, no intuito de solicitar anuência para a pesquisa e liberação dos profissionais para participarem de um *workshop* sobre saúde do trabalhador, que precedeu o preenchimento dos instrumentos investigatórios. Nesse evento, houve a participação dos 33 enfermeiros do município, que estão vinculados à atenção básica. Após o evento, foram liberados os profissionais que atuam na zona rural e PACS, por não serem incluídos na investigação.

O motivo da não inclusão dos profissionais da zona rural e do PACS foi em virtude às (aos): diferenças na carga horária, perfil da clientela atendida, número diferenciado de atividades diárias nas unidades e pela grande perda de horas assistência em virtude do trajeto, o que dificultaria a padronização para comparação.

Estabeleceu-se identificação numérica dos questionários, a fim de se evitar ou minimizar qualquer tipo de resistência dos entrevistados não sendo nomeado.

A escolha dos enfermeiros da Estratégia de saúde da Família deve-se pelo fato destes profissionais, além de coordenarem a unidade de trabalho, ficarem diante de situações conflituosas que podem gerar o estresse. A partir destes profissionais pode-se melhor justificar os fatores que poderão culminar numa sobrecarga psíquica e exaustão emocional, tendo em vista que lidam com a coordenação das unidades de saúde, organização e gerenciamento das atividades que são desenvolvidas.

### 5.4.2 População do estudo

Os sujeitos elegíveis para o estudo foram enfermeiros coordenadores atuantes na ESF, localizadas na zona urbana, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Estes profissionais foram abordados coletivamente em reunião após o *workshop* e sem a participação das supervisões. Todos foram orientados sobre o objetivo e a metodologia para o preenchimento do inventário e a evitar o diálogo entre os pares para impedir possíveis induções nas respostas. O número de enfermeiros elegíveis foram 19 (100%), recebendo a pesquisa a participação de todos.

Todos os 19 profissionais preencheram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

### 5.4.3 Coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado: o Inventário de *Malasch* – MBI (ANEXO A) – MBI. Trata-se de um questionário utilizado para estimar a síndrome de Burnout, composto por afirmações sobre sentimentos e atitudes, que engloba os três aspectos fundamentais da síndrome – exaustão emocional, despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho. É composto por 22 questionamentos, sendo 09 para a dimensão de exaustão emocional (EE) (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20), 05 para despersonalização (D) (5, 10, 11, 15 e 22) e 08 para realização pessoal (PA) (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21), para serem respondidas em uma escala do tipo *Likert*, sob a forma de afirmações, de 06 pontos, que varia de 0 “nunca” a 06 “todos os dias”, esta visa identificar os diferentes níveis de exaustão dos profissionais enfermeiros. Eles foram classificados em Esgotados e Não esgotados. Como escore de referência do inventário, têm-se valores superiores ou iguais a 75, nas subescalas de despersonalização e desgaste emocional, como também os que se enquadram no percentil 25 na subescala de realização profissional. Com o intuito de contribuir para o aumento na confiabilidade das respostas, foi aplicado o coeficiente alfa de Cronbach, de acordo com os limites apresentados na tabela 06, é possível considerar como satisfatórios os questionários que apresentem valor de  $\alpha > 0,60$ . Entretanto, valores superiores de alfa poderão indicar Graus de Confiabilidade ainda melhores e a decisão a respeito do valor mínimo de confiabilidade de um questionário fica a critério do pesquisador. O coeficiente Alpha de

Cronbach do Inventário de Malasch Burnout aplicado foi de 0,74 considerado satisfatório com confiabilidade interna moderada, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA 06: Valores relacionados ao inventário *Burnout de Maslach*

Confiabilidade	Muito Baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito Alta
Valor de $\alpha$	$\alpha \leq 0,30$	$0,30 < \alpha \leq 0,60$	$0,60 < \alpha \leq 0,75$	$0,75 < \alpha \leq 0,90$	$\alpha > 0,90$

Em conjunto com o inventário, foi aplicado um questionário sócio-demográfico validado, estruturado (ANEXO C), com perguntas e respostas fechadas, que possui o objetivo de obter informações acerca da caracterização pessoal, profissional e de caracterização do território, que ajudaram a descrever o perfil dos enfermeiros, fatores que levam ao desgaste emocional no seu ambiente de trabalho e perfil de seus territórios de atuação.

## 5.5 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO INSTRUMENTOS: DESCRIÇÃO DAS FASES

### Fase 01: Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) – Governador Valadares, MG, protocolo nº 27598814.8.0000.5157 em 31-03-2014 (ANEXO D)

Para aplicação do Inventário de *Malasch* (MBI) e do questionário, os participantes foram conscientizados quanto aos propósitos da pesquisa. Em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo os preceitos da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Esta etapa foi realizada após autorização do Gestor de saúde e Secretário de Saúde do Município de Teófilo Otoni MG, e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce de Governador Valadares.

### Fase 02: Aplicação do Inventário

Os enfermeiros receberam o Inventário de *Malasch* e o Termo de Consentimento livre e esclarecido, quando foi novamente ressaltado que nenhum dos presentes teria

obrigação em participar da pesquisa, pois seria um ato voluntário. Firmou-se ainda que a participação do profissional nesta pesquisa em nada produziria dano pessoal. Desse modo, foi detalhado aos participantes o objetivo da aplicação do inventário atribuído, bem como o significado de cada sigla, explicou-se que cada afirmativa deveria ser analisada e marcado um “x” para cada item, atentando na respectiva nota que dirigirá para cada um deles, que varia de 0 “nunca” a 06 “todos os dias. Os valores atribuídos para cada resposta foram somados e o resultado comparados seguindo a classificação de NEPASB (2001).

O questionário de Investigação foi realizado em outro momento, seguindo os mesmos critérios durante a aplicação do inventário.

### **Fase 03: Aplicação Questionário de Investigação**

Os participantes da pesquisa foram convidados pela Secretaria de Saúde para responderem sobre o instrumento de levantamento do perfil dos coordenadores e de seus territórios de atuação – unidades de ESF (ANEXO C). Na oportunidade, foi explicado aos participantes o objetivo do questionário, bem como foi explicado cada item, sanando dúvidas que poderiam existir.

Tratou-se de um questionário estruturado com questões de múltipla escolha que visam caracterizar o perfil do enfermeiro e caracterizar a unidade de saúde e o território onde ela se situa. Para o seu preenchimento, houve um período reservado de 50 minutos. Esse procedimento foi realizado na Universidade Presidente Antonio Carlos de Teófilo Otoni/MG, com autorização da Coordenadora do Curso de Enfermagem para utilização das salas, e os enfermeiros foram instruídos a não estabelecer discussões, a fim de não sofrerem possíveis influências nas suas respostas.

## **5.6 ANÁLISE DE DADOS**

A análise de dados encontrou respaldo nos procedimentos teórico-metodológicos do inventário, na perspectiva de qualificar os dados coletados. Os procedimentos adotados são detalhados abaixo.

### 5.6.1 Inventário

Primeiramente, os dados foram digitados em uma planilha eletrônica (*Excel*) e, posteriormente, analisados no próprio sistema e no programa estatístico da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Jaboticabal (ESTATJAB) e programa SAEG da Universidade Federal de Viçosa, em sua versão 14, com emprego de análises descritivas, de fiabilidade, de correlação, de comparação de médias (*t de Student* e ANOVA), assim como para o qui-quadrado (VISAUTA VINACUA, 2007). Foi utilizado o valor máximo de 5% ( $P < 0,05$ ) e intervalos de confianças de 95%.

### 5.6.2 Questionário

Para melhor apresentação dos resultados do questionário, foi necessária apresentação em gráficos e tabelas, processo que facilitou o entendimento das variáveis analisadas.

O tratamento dos dados, a inferência e a interpretação têm por finalidade tornar os dados válidos e significativos. Nesses termos, o questionário empregado neste projeto utilizou procedimentos estatísticos que, segundo Gil (2008, p. 152), possibilita “estabelecer quadros, diagramas e figuras que sintetizam e põem em relevo as informações obtidas”. Mediante as informações colhidas, foi feito um confronto de informações teóricas, o que tornou a análise de conteúdo um instrumento fundamental para a análise das comunicações de massa.

O questionário foi um formulário para caracterização do perfil dos profissionais, referentes a variáveis como gênero, estado civil, idade, escolaridade, religião, renda, turno de trabalho, função, outra atividade remunerada e momentos de lazer. Os dados coletados através do questionário foram úteis na identificação de quadros característicos da análise da síndrome de *Burnout*, nos enfermeiros coordenadores da Estratégia da Saúde da Família.

## 6 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três etapas: 01 - os resultados do questionário sócio-demográficos; 02 - os resultados do *Maslach Inventory Burnout* e 03 - os níveis de exaustão de acordo com a classificação de NEPASB(2001).

## 6.1 Variáveis sócio-demográficas

A análise das variáveis sócio-demográfico, apresentadas na tabela 07, nos remete a um grupo jovem com média de idade de 31,7 anos, variando na idade mínima de 24 anos e máxima de 38 anos, com prevalência do sexo feminino, confirmando o perfil nacional nesta profissão composto em sua ampla maioria por mulheres. Os indicadores e dados básicos do Brasil de 2004 têm apontado que há um predomínio do sexo feminino na profissão de enfermagem com prevalência de 92% nesta classe (BRASIL, 2006). Esse domínio feminino na profissão já é fruto de trabalhos nas pesquisas em enfermagem, considerando que este setor é uma das fontes mais importantes de empregos para as mulheres (BRASIL, 2006) . Quanto à situação conjugal, a maioria é composta por solteiros, o que nos chama a atenção em parte considerando a média de idade, era esperado que quanto ao estado civil a maioria fosse casada. O pequeno percentual no grupo com filhos também retrata a redução que vem ocorrendo na taxa de fecundidade brasileira. Em relação aos informantes terem filhos: o número máximo encontrado foi de 03 filhos por família (dados não mostrados).

Quanto ao tabagismo, não houve relato de fumantes, no entanto, 04 dos profissionais entrevistados disseram fazer uso do álcool (21%), porém a quantidade consumida desta bebida não foi considerada relevante para as análises, por se tratar de um consumo moderado (em média de 02 a 04 cervejas nos fins de semana).

A variável cor da pele pelo auto-relato não foi fruto de investigação neste inquérito, uma vez que não existem subsídios na literatura que demonstre associação entre exaustão emocional, ou mesmo prevalência de síndrome de *Burnout* e essa variável. As associações mais comuns que poderiam ser um fator de conflito nas nossas análises estariam relacionadas à renda e à escolaridade, porém nesse grupo essas variáveis são iguais.

Tabela 07: **Variáveis sócio-demográficas N-19**

<b>Sexo</b>	Masculino	03 (16%)
	Feminino	16 (84%)
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	11 (60%)
	Casado	08 (40%)
<b>Idade</b>	20-29	02(10,6%)
	30-39	17(89,4%)

<b>Filhos</b>	Com filhos	05(26,31%)
	Sem filhos	14(73,68%)
<b>Tabagismo</b>	Não fumantes	19(100%)
<b>Especialização *</b>	Sem especialização	06(40%)
	Saúde da Família	06(40%)
	Gestão Pública	03(20%)
	Enfermagem do trabalho	02(13%)
	Outra especialização	04(27%)
<b>Consumo de álcool</b>	Consumia	04(21%)
	Não consumia	15(79%)
<b>Atividade física</b>	Não praticava	06(32%)
	Praticava até duas vezes na semana	13(68%)

---

\*Admitido mais de uma opção na resposta

Ao se questionar sobre a prática de atividade física, em uma abordagem temática, buscando correlacioná-la com a síndrome de *burnout*, tem-se a pretensão de chamar a atenção para a sua importância no contexto da saúde mental e física. À medida que o indivíduo se ajusta ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos hormônios do estresse que incidem durante o exercício físico, o corpo é fortalecido e treinado a reagir de forma mais amena, a situações externas, favorecendo um melhor enfrentamento das condições geradoras de estresse no ambiente de trabalho. A esse respeito, Niemman (1999) descreveu que o cuidado com a saúde mental reflete, consideravelmente, na autoestima e no sono, sendo a atividade física coadjuvante nesse cuidado, em prol da redução da depressão e ansiedade. O exercício físico inclusive pode ser uma sugestão estratégica de enfrentamento ao estresse ocupacional. Nesse grupo, com relação à prática da atividade física, 68% dos entrevistados têm esse hábito, praticando ao menos duas vezes por semana.

Ao serem questionados com relação à qualidade do sono, 09 (48%) dos enfermeiros referiram ter um bom sono, porém os outros 52% do grupo se dividiram entre uma qualidade ótima e razoável (Ótimo 26% / razoável 26%). É fato que existe influência da qualidade e da quantidade do sono, no ambiente de trabalho e na qualidade desse trabalho. Por mais que apenas 26% do grupo tenham relatado um sono razoável, este indicador merece atenção especial em trabalhos futuros. Nossa investigação não foi robusta o suficiente para correlacionar essa informação pesquisada com outras variáveis, por exemplo, nível de exaustão.

Quando investigados sobre a qualidade da alimentação, a maioria referiu ter uma alimentação boa (61%), os demais dividiram suas respostas entre ótima (11%) e regular (28%). Entretanto, vale ressaltar que o entendimento sobre uma alimentação ótima, boa ou razoável está pautada na auto-referência por parte do entrevistado, não foi avaliada a qualidade ou os componentes dessa alimentação para fundamentar o conceito informado.

Sabe-se que a alimentação saudável contribui de forma sistemática para o equilíbrio orgânico do ser humano, e a sua deficiência faz com que surjam transtornos, sejam eles físicos ou psicológicos. Nesse sentido, Lipp (2007) ressaltou que a forma como se alimenta o ser humano repercute consideravelmente na sua saúde. A exemplo disso, ressaltam-se o consumo excessivo de sal, excesso de açúcar, alimentos ricos em gordura e colesterol que contribuem para o aumento do estresse.

No que diz respeito ao tempo de exercício neste trabalho, 47% do grupo têm um tempo de exercício superior a 06 anos, 26% entre 05 e 06 anos, em menores proporções temos 16% com tempo de 01 a 02 anos e 11% de 03 a 04 anos. Fatores que fortalecem o risco do estresse e o desenvolvimento da síndrome estão fortemente associados ao tempo de atividade laboral, ou seja, quanto maior o tempo, maior a exposição, maior é a susceptibilidade.

Quanto ao tempo em exercício nas unidades, a pesquisa esperava encontrar uma maior prevalência de profissionais com baixo tempo (01 a 02 anos), uma vez que os vínculos empregatícios, no município estudado, são os contratos de trabalhos temporários, que tendem a se renovar ou se rescindir na medida em que se renovam as gestões municipais. No entanto, isso não foi encontrado neste inquérito. Profissionais com contratos temporários de serviço tendem a ser mais ansiosos ou se sentirem mais desgastados por terem que apresentar melhores resultados no serviço, como um diferencial que poderia fortalecer a manutenção do seu vínculo. O fato de ser contratado implica em preocupação por assegurar o emprego, para garantir seus compromissos financeiros e a sustentabilidade da família. A condição de estabilidade no trabalho garante ao profissional certa despreocupação com o término do



contrato e com o desemprego.

Quanto à área de especialização na profissão (Tabela 08), uma maior prevalência de especialização na área de saúde da família pode, embora não comprovada por associação, ser um fator protetor na minimização do desgaste profissional, quando considerada que esta formação adicional possa ser um diferencial na execução das atividades laborais .

Ao serem questionados quanto à jornada de trabalho, 17(89,4%) profissionais afirmaram terem uma jornada de 08 horas diárias. Isso corrobora com a idéia de que, neste grupo, um dos fatores que favorece o estresse e a exaustão profissional é a dupla jornada de trabalho. Isso não é evidente, mas o que também chama a atenção é o fato de dois dos entrevistados terem respondido que possuem uma jornada de trabalho com 12 horas diárias. Fato é que na atenção primária à saúde, estruturado no Brasil pela ESF, tem como carga horária definida a de 08 horas/dia. Acreditamos que essa complementação por parte desses dois profissionais esteja ligada à área da docência.

Outro fator, que também está associado ao desgaste dos profissionais, está relacionado ao deslocamento da residência ao local de trabalho. Quanto maior a distância entre um e o outro, maior é o nível de estresse. Neste grupo, 07 (37%) percorrem acima de 02 km para chegar ao local de trabalho, e apenas 02 (10%) percorrem de 1 a 1,5 km. Para a concretização desse percurso, 11 enfermeiros utilizam de veículo próprio, 02 usavam como meio de transporte a moto e os demais disseram utilizar outro recurso para mobilidade.

Quanto ao tempo gasto para chegar ao trabalho, 89,4% dos enfermeiros dizem gastar 17 minutos e os outros disseram gastar aproximadamente 30 minutos. Ao serem questionados se executavam alguma atividade vinculada a outra profissão, que não a enfermagem, 04 profissionais afirmaram que sim, e citaram que na área da docência, comércio e/ou consultoria. Porém, a carga horária direcionada para essas atividades não foi adequadamente informada. Lembrando que esse fator externo pode ser relevante na identificação do estresse no ambiente de trabalho, sendo um contributivo para estresse ocupacional.

O afastamento do trabalho foi um item questionado, na pesquisa. Assim, 09 enfermeiros informaram já terem se afastado do serviço. Destes, 04 ausentaram-se por motivos pessoais e 05 deles não informaram a causa. Quanto ao tempo de afastamento, 47% deles relataram que o tempo de licença foi acima de 15 dias. Não identificamos neste inquérito se estes afastamentos, acima de quinze dias, foram direcionados ou assistidos pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social).

No que diz respeito à unidade de Saúde, onde atua o profissional, o número de pessoas cadastradas foi: 47% das unidades atendiam aproximadamente 2000 pessoas, 16%

atendiam em torno de 5000 pessoas, 21% atendiam em torno de 3500 pessoas e 16% restantes atendiam a 2500 pessoas. Em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, vale a atenção para as equipes que estão atendendo acima do que é estabelecido, que é de máximo de 3000 pessoas. Este percentual a mais pode favorecer uma maior sobrecarga de trabalho, contribuindo para situações de exaustão profissional (BRASIL, 2014).

Quando questionados sobre as atividades que eles consideram como causadora de maior desgaste na sua rotina, a visita domiciliar, seguida da relação com a equipes, foram os mais apontados. Isso é preocupante, em virtude de ser inerente a função deste profissional (Figura 02)

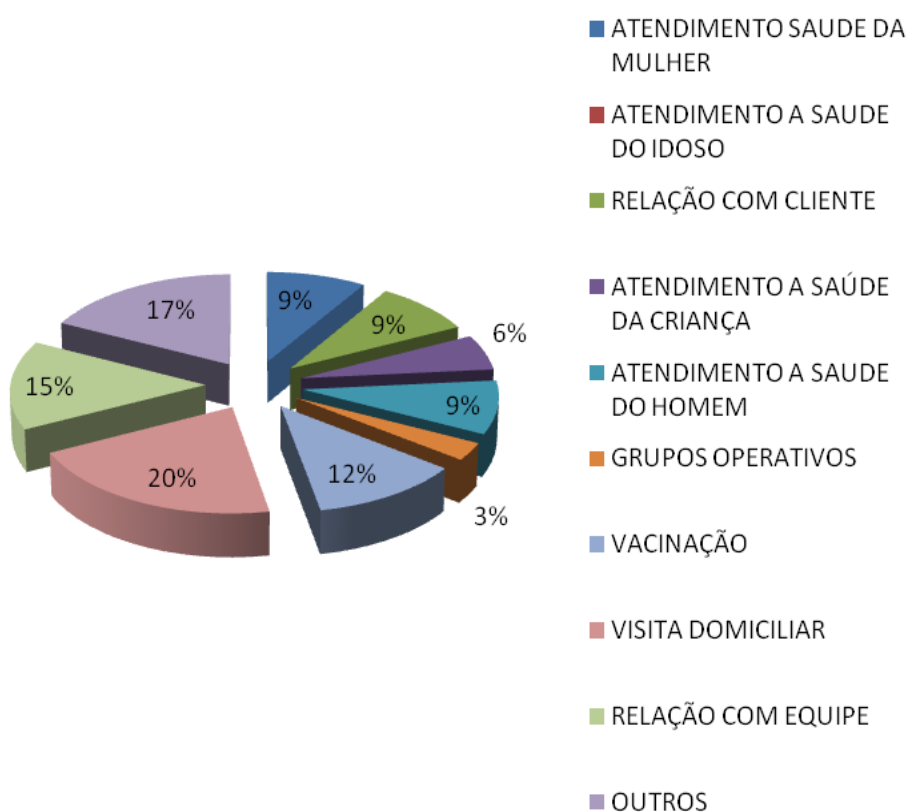


FIGURA 02: Atividades consideradas de maior desgaste pelos enfermeiros.

Com relação ao empenho das atividades, os profissionais entenderam existir um fator que os impede de executar com primazia suas responsabilidades relacionadas à área de atuação. Dentre os fatores difíceis, os profissionais entrevistados descreveram: a falta de material, falta de profissionais, falta de sala para atendimento. O que é possível inferir que a infraestrutura das unidades tem relação com a insatisfação desses profissionais (Figura 03)

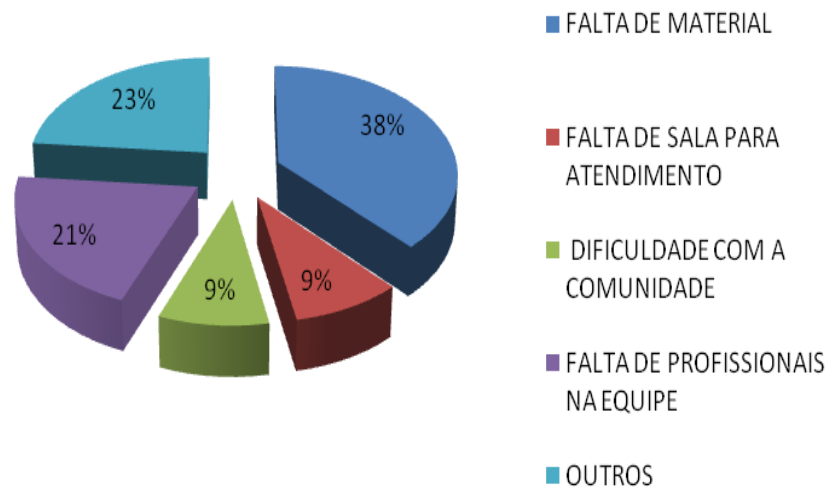


FIGURA 03: Obstáculos considerados pelos enfermeiros na execução das suas atividades.

Como investigamos quais eram os dificultadores na atividade laboral destes profissionais, investigamos também quais seriam os facilitadores deste processo. Dos 19 entrevistados, 16 deles informaram o relacionamento da equipe como um facilitador, o que nos parece interessante uma vez que essa variável foi apontada como um dos obstáculos para esses profissionais. O que nos faz crer que mesmo que em diversos momentos ela tenha sido um entrave, a consciência de que a resolução desse problema poderia melhorar a qualidade do ambiente de trabalho. Foram apontados também como facilitadores: a relação com a gestão do serviço, a relação com a comunidade, a disposição da sala para o atendimento da clientela, o acesso a unidade e o reconhecimento do profissional por parte da população.

Tabela 08: Fatores Identificados como facilitadores da prática profissional (N19)

<b>Ítems avaliados</b>	<b>Facilitador</b>	<b>Dificultador</b>	<b>Sem respostas</b>
Relacionamento com equipe	16	1	2
Relação com Gestores	14	3	2
Relação com Comunidade	16	1	2
Disposição da Sala P/ Atendimento	12	5	2
Acesso da Unidade	12	5	2
Reconhecimento da			

População da Função Exercida	13	4	2
Disposição de Materiais Para Trabalho	6	11	2

Quanto às considerações a respeito da estrutura da unidade onde trabalham, 48% consideram que o ambiente é adequado ou bom, 26% acham razoável, 21% dizem ser ótimo e apenas 5% a consideram péssimo. Entretanto, quando foram questionados quanto à adequação da sala de atendimento, 10 (52%) dos enfermeiros entenderam que não é adequada a estrutura, o que parece haver uma divergência nas considerações, pois apontaram em alguns momentos diversos entraves da estrutura física, que mereciam atenção para que o serviço fosse mais bem desenvolvido (tabela 08).

Tabela 09: Caracterização da Unidade onde trabalham.

Setores	Possui		Não possui	
	Frequência	%	Frequência	%
Sala de reunião	11	58	08	42
Salas de espera	16	84	03	16
Salas de Vacina	10	52	09	48
Cozinha	18	95	01	05
Banheiros	19	100	00	00

Na oportunidade, também foi questionado se a sua unidade de saúde possuía um mapa epidemiológico, a resposta foi unânime em dizer que possuía, porém as informações que deveriam ser contempladas no mapa são diferentes em cada unidade. O mapeamento do território, ao qual a unidade de saúde se localiza, é necessário para o conhecimento da população adscrita, bem como para a criação de estratégias de promoção de saúde de acordo com perfil da comunidade e os indicadores de saúde.

Em relação à infraestrutura do bairro, foi questionado se esse era atendido pelo transporte público. 78,9% enfermeiros disseram que sim, inclusive circulando próximo à unidade, o que facilita o acesso dos munícipes, porém para 21,1% dos profissionais, que responderam o questionário, o serviço de transporte público não é satisfatório ou não atende à unidade a qual eles estão vinculados. Quanto à coleta de lixo, essa é feita pelo serviço público, para 95% das unidades, uma única unidade não é atendida, realizada a queima do lixo produzido.

Quando questionados sobre o tratamento de esgoto no bairro a qual a unidade está localizada, 10 (53%) dos entrevistados responderam como razoável, 06 (32%) como boa, as demais respostas variaram entre ótima, péssima e sem resposta. Vale a ressalva que o município estudado não possui ainda tratamento de esgoto implantado. O objetivo ao se fazer esta investigação era de buscar alguma associação entre possíveis fontes de adoecimento por causas relacionadas à falta ou inadequação do saneamento básico. Entretanto, nossos resultados neste quesito mostraram-se frágeis ao permitir que houvesse um fator de confundimento entre o que é esgoto canalizado, esgoto tratado ou falta de esgotamento sanitário.

Em relação aos principais problemas vivenciados no bairro, os deslizamentos para 63% são os piores problemas. Os alagamentos também são causas de transtornos para 26% desses profissionais. Ainda, sobre o bairro à qual a unidade está vinculada, foi perguntado sobre as opções de lazer que existiam. 42% informaram que os eventos comunitários como as festas religiosas e datas comemorativas são as principais atrações, para 21% os principais eventos são os *shows* culturais e os esportes nas praças.

## 6.2 INVENTÁRIO DE MALASCH BURNOUT

Para estimar a síndrome de *burnout*, foi aplicado o Maslach Burnout Inventory (MBI). Este questionário é composto por 22 questões, em sua versão adaptada e validada para a Língua Portuguesa por Tamayo (1997), contemplando afirmações sobre sentimentos e atitudes, que englobam os três aspectos fundamentais da síndrome: a exaustão emocional, a despersonalização e envolvimento pessoal no trabalho. O condensado com a pontuação atribuída para cada questão está detalhado no apêndice B.

## 6.3 PRIMEIRA DIMENSÃO: EXAUSTÃO EMOCIONAL

A primeira questão com o objetivo de avaliar a exaustão emocional foi se, ao final de um dia de trabalho, o profissional se sentia esgotado. A maioria parte dos enfermeiros (52%) manifestou ter algumas vezes, ao decorrer do mês, a sensação de esgotamento ao final de um dia de trabalho. Ainda, os demais, mesmo que em proporções menores, também se queixaram

desse esgotamento.

A exaustão emocional é caracterizada por fadiga intensa, falta de força para enfrentar o dia de trabalho e a sensação de estar sendo exigido além de seus limites emocionais. Esta dimensão está contemplada em nove questões do inventário de Malasch, sendo as seguintes afirmativas: sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho; sinto como se estivesse no meu limite; Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho; Sinto estar trabalhando demais no emprego; trabalhar o dia todo com pessoas exige um grande esforço; sinto que influencio positivamente a vida dos outros com meu trabalho; lido de forma adequada com os problemas do paciente; sinto que posso tratar de forma tranquila os problemas emocionais do trabalho e tenho me tornado mais insensível com as pessoas, desde que exerço este trabalho.

Para cada questão, as opções de resposta foram em *likert*, indo de 0 a 06 onde: 0(zero) refere-se a Nunca, 01 refere-se uma vez por ano ou menos, 02 uma vez por mês menos, 03 algumas vezes por mês, 04 uma vez por semana, 05 várias vezes por semana e 06 diariamente.

Os resultados deste inquérito para as novas questões tiveram, como pontuação máxima, o percentual de 52% para o item algumas vezes ao mês, 21% uma vez por semana, 11% várias vezes por semana e de 05% para os itens uma vez ao ano ou menos, uma vez ao mês e diariamente.

#### **6.4 SEGUNDA DIMENSÃO: DESPERSONALIZAÇÃO**

A segunda dimensão caracteriza a despersonalização, sendo avaliados o distanciamento emocional e a indiferença em relação ao trabalho ou aos seus clientes. Normalmente, esse nível expressa por um cinismo ou agressão. Essa diminuição do envolvimento pessoal no trabalho também é caracterizada como falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso. As questões no inventário, que contemplam esta dimensão, totalizam cinco, são elas: sinto que estou esgotado com o trabalho; sensação de estar cheio de energia; sensação de estar estimulado depois de trabalhar com os pacientes; Entendo com facilidade o que sentem os pacientes; preocupa-me que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

O critério para marcação das respostas é o mesmo utilizado na EE. Os resultados foram de 71% para a opção nunca. As opções, uma vez ao ano ou menos e várias vezes por

semana, totalizaram 05%; a opção uma vez ao mês ou menos totalizou 10% e algumas vezes ao mês 09%. Esses valores foram iguais em todas as perguntas desta dimensão.

### **6.5 TERCEIRA DIMENSÃO: REALIZAÇÃO PESSOAL**

A realização profissional, caracterizada como a terceira dimensão da síndrome de *burnout*, é composta de oito perguntas, que seguem o mesmo padrão de resposta das dimensões anteriores. As questões do inventário que contemplam essa dimensão são as seguintes: sensação de estar frustrado com o trabalho; o trabalho direto com pessoas me deixa muito estressado(a); sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho; sinto poder criar um ambiente tranquilo para os pacientes; tenho conseguido muitas realizações com minha profissão; sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas; sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos e não me preocupo realmente com o que ocorre com meus pacientes.

Assim como nas EE e DP, os resultados obtidos nesta dimensão de realização profissional foram iguais em todas as oito perguntas. As respostas totalizaram: 71% para nunca, 10% para uma vez ao mês ou menos e 09% algumas vezes ao mês ou menos, 05% para uma vez ao ano ou menos e várias vezes por semana. As opções, uma vez por semana e diariamente, não foram sinalizadas.

## 7 CORRELAÇÃO DOS RESULTADOS

O teste qui-quadrado de Pearson, teste Exato de Fisher, coeficiente Alfa de Cronbach e correlação linear de Pearson foram aplicados neste estudo. O nível de significância ( $\alpha$ ) adotado foi de 1%, sendo considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

Houve significância estatística na primeira dimensão, quando se buscava correlacionar o nível de esgotamento com as variáveis de exaustão e limite do trabalho. Também foi encontrada correlação significativa para exaustão no trabalho e influência na vida das pessoas.

Tabela 10: Correlação estatística na primeira dimensão

PRIMEIRA DIMENSÃO: EXAUSTÃO EMOCIONAL		Significância a 1%
	Sinto-me como se estivesse no meu limite	0,5371
Sinto-me esgotado (a) ao final de um dia de trabalho	Sinto-me emocionalmente exausto com meu trabalho	0,6716
	Sinto que estou trabalhando demais neste emprego	0,6082
Sinto-me como se estivesse no meu limite	Sinto-me emocionalmente exausto com meu trabalho	0,5613
Sinto-me emocionalmente exausto com meu trabalho	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com meu trabalho	-0,5353

Ao se buscar correlação estatística na segunda dimensão, apenas foi encontrada em uma única questão. “Sinto me cheio de energia” foi estatisticamente significativa com a questão que se refere ao sentimento de estar estimulado depois de trabalhar em contato com os pacientes.

Tabela 11: Correlação estatística na segunda dimensão

SEGUNDA DIMENSÃO: DESPERSONALIZAÇÃO		Significância a 1%
Sinto me cheio(a) de energia	Sinto me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os pacientes	0,71448198



Na terceira dimensão, que trata da realização profissional, também houve significância estatística em relação ao sentimento de trabalhar com pessoas e com a sensação de ser culpado pelos pacientes em virtude dos seus problemas.

Tabela 12: Correlação estatística na terceira dimensão

TERCEIRA DIMENSÃO: REALIZAÇÃO PROFISSIONAL		Significância a 1%
Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	Sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas	0,5662
Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos	Não me preocupo realmente com o que ocorre com meus pacientes	0,5669

Ao separarmos as questões que direcionam para cada dimensão e somarmos os valores atribuídos em cada resposta, esses valores são comparados com a escala de NEPASB, para a partir daí identificar quais os níveis de comprometimento que os profissionais estão submetidos.

O manual do MBI apresenta-se como base para o diagnóstico de *burnout*, a obtenção de nível alto para exaustão emocional e despersonalização e nível baixo para realização profissional. Desse modo, a inserção do profissional nessas três dimensões demonstrará a revelação de *burnout*.

TABELA 13: Valores da escala do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *burnout*, 2001

Pontos de corte	Baixo	Médio	Alto
<b>DIMENSÕES</b>			
Exaustão emocional	0 – 15	16 – 25	26 - 54
Despersonalização	0 - 02	03- 08	09 A 30
Realização Profissional	0 - 33	34 – 42	43 – 48

Fonte: Fonte: Benevides-Pereira, 2001

Com relação aos limites estabelecidos pelo NEPASB (2001), no ponto de corte, verificou-se que 17 (dezesete) dos profissionais pesquisados apresentaram alta classificação para exaustão emocional, e em demonstração sumária, alta classificação de despersonalização e baixa classificação para realização profissional. São características que estabelecem

diagnóstico para manifestação de *burnout*. (Figuras 04,05 e 06)



Figura 04: Nível de exaustão emocional.

Segundo Zanela, Migliorini (2008), a síndrome de *Burnout* ocorre quando o indivíduo percebe não possuir mais condições de despendar a energia que o seu trabalho requer. Nesse estado, os profissionais costumam ficar pouco tolerantes e, facilmente, irritáveis no ambiente de trabalho. A despersonalização é considerada uma dimensão típica da síndrome de *Burnout* e um elemento no qual se distingue esta síndrome do *estresse*. Originalmente, apresenta-se como uma maneira do profissional se defender da carga emocional, derivada do contato direto com o outro. Devido a isso, desencadeiam-se atitudes insensíveis em relação às pessoas nas funções que desempenha.

## Despersonalização

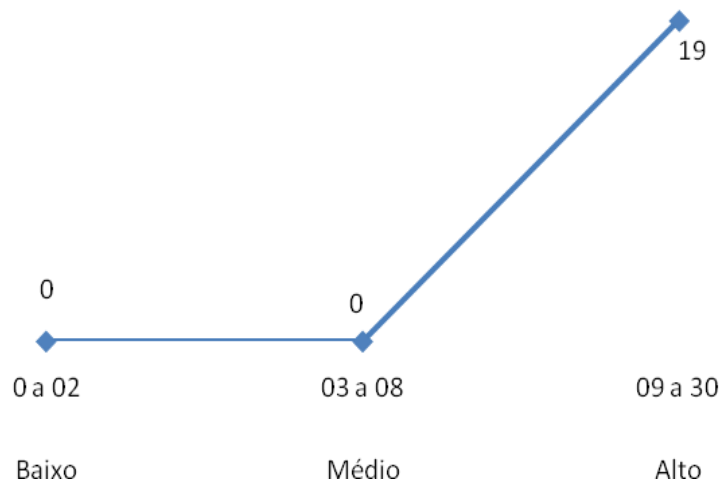


Figura 05: Nível de Despersonalização

Quanto à redução na realização profissional (rRP), este aspecto pode originar-se diante da insatisfação consigo e com o seu trabalho, o que faz surgir sentimentos de incompetência e baixa autoestima.

## Realização Profissional

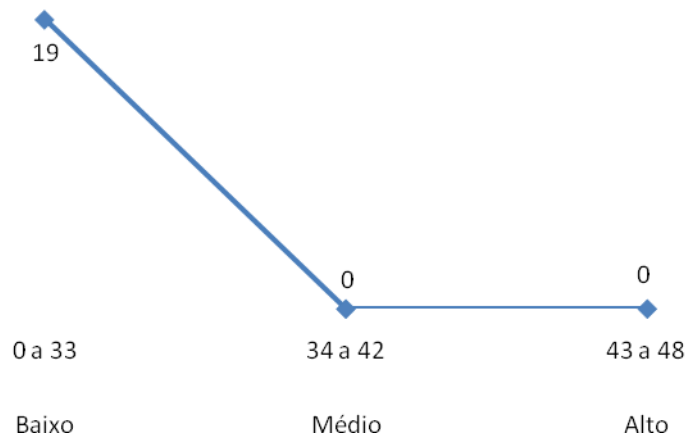


Figura 06: Nível de Realização Emocional.

Os nossos resultados demonstraram percentuais preocupantes, apontando para um número elevado de profissionais enfermeiros, na fase inicial da Síndrome de *Burnout*, e outros com fortes indícios da possibilidade do adoecimento por esta síndrome. Ainda nesse contexto,

foram verificados, através dos dados, altos níveis de exaustão emocional, com apresentação de esgotamento físico e mental; com altos níveis de despersonalização, os enfermeiros revelaram sentimentos de impassibilidade com os pacientes. Esse resultado coaduna com a descrição textual de Tibúrcio e Moreno (2009, p.9), que afirmaram serem os fatores citados, a “representatividade de uma séria ameaça à saúde do profissional e comprometimento de seu trabalho, exigindo intervenção imediata”.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

García e Guinjoan (2003) entenderam que deve haver o refinamento de estratégias de enfrentamento diante das situações adversas de Síndrome de *burnout*, vivenciadas pelos profissionais, com o intuito que se tornem menos vulneráveis. Fundamental enfatizar que o é decorrência de reações orgânicas advindas de origens agressivas diversas que possam perturbar o equilíbrio interno humano (FERREIRA, 1998). Por outro lado, a Síndrome de *Burnout* é a resposta desse estresse, que pode estar ligado ao excesso de trabalho, desencadeando alterações comportamentais negativas, que podem afetar consideravelmente pacientes, organização e trabalho (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Ainda de acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), a profissão de enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão que produz maior estresse.

Estudos como o de Campos (2005) comprovaram que pessoas com maior nível educacional são mais aptas ao *burnout*. No presente estudo, com enfermeiros na cidade de Teófilo Otoni/MG, todos têm um grau educacional elevado. Ainda, todos os 19 enfermeiros apresentaram manifestação de *burnout*. Outro importante fator a ser destacado: as mulheres têm apresentado maior evidência nas taxas de exaustão emocional.

É importante a referência dada por Costa, Lima e Almeida (2003), em seu estudo, que apresentou maior número de *estresse* por mulheres, o que pode expressar uma característica emocional relacionada ao gênero feminino.

Quanto à sobrecarga de trabalho, o sentimento de impotência de resolução das atividades pode influenciar, diretamente, no desempenho da prática laboral, até mesmo o contato com os pacientes, como é o caso dos entrevistados deste trabalho. Além disso, no

município de Teófilo Otoni, outro ponto, que favorece o desgaste e a exaustão na profissão, está no fato de que a maioria das unidades de saúde assumiu o formato de unidade compartilhada, tendo mais de uma equipe no mesmo espaço. Neste processo, sempre que há uma rotatividade interna ou uma substituição de um profissional enfermeiro, para que as atividades não sejam suspensas. Essa atribuição é assumida pelo profissional da equipe que permaneceu no quadro. Este fato aumenta em muito as atribuições do profissional, impactando diretamente na qualidade da assistência e na sobrecarga de trabalho.

Outros estudos, como o de Menegaz (2004), descreveram que o excesso de trabalho pode gerar gradualmente a exaustão emocional, reduzir a potencialidade física e mental do trabalhador, minando sua saúde e bem-estar.

## 9. CONCLUSÃO

De acordo com a classificação do MBI e a classificação do NEPASB, os 19 (dezenove) profissionais pesquisados apresentam evidências para a Síndrome de *Burnout*, constatada pela alta prevalência de exaustão emocional (89,4%), alto grau para despersonalização (100%) e baixo nível de realização profissional (100%). Esses resultados estão associados ao alto índice da potencialização para a exaustão emocional, insatisfações em relação às condições de trabalho, potencializadas pela falta de material, pela falta de profissionais e sala de atendimento nas unidades, dificultando assim a realização das atividades.

Os nossos resultados sinalizam para a necessidade de implementação, pelas autoridades responsáveis, de medidas urgentes de ações voltadas à saúde desses profissionais. Os desafios para a questão do *estresse* ocupacional e da Síndrome de *Burnout* não se resumem às condições de trabalho precárias ou ausência de ações voltadas a este campo da saúde do trabalhador. Em verdade é uma realidade mais ampla e abrangente que coloca os enfermeiros numa condição de não conformidade, em relação ao salário, à exigência de intensa produtividade e não oferecimento de políticas públicas destinadas a essa parcela da população trabalhadora, em todos os campos.

## REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, C.M.M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, p.228-234, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>> Acesso em: 23 out. 2012.

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Revista Informe-se em promoção da saúde**, São Paulo, v.3, n.1, p.1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promo-caodasaude/ana.pdf>>

ALENCAR, R.C.V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2006. 120f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2006.

ALMEIDA CAMPOS, M. L.; SOUZA, R.F.; CAMPOS, M.L.M. Organização de unidades de conhecimento em hiperdocumentos: o modelo conceitual como espaço comunicacional para a realização da autoria. **Revista Ciência da informação**, Brasília, v.32, n.2, p.7-16, mai./ago 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/civ32n217029>> Acesso em: 02 nov. 2012.

ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A.L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. 1.ed. São Paulo: USP/FSP, 1998.

ALMEIDA, A.L.; ROCHA, D. **Saúde do trabalhador**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

AMORIM, A.C.C. **Legislação básica: saúde da família**. 1.ed. Montes Claros: UNIMONTES, 2004.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

ARAÚJO, M.F.S.; OLIVEIRA, F.M.C. A atuação do enfermeiro da equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Brasília, n.14, p.03-14, 2009. Disponível em: <[http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%20C3%9ADE\\_TEXTO%20I\\_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%20C3%9ADE_TEXTO%20I_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf)> Acesso em: 16 nov. 2012.

ARAÚJO, V.L. **A Filadélfia de Theophilo Ottoni uma aventura cidadã**. 1.ed. Belo Horizonte: Afato, 2003.

Araújo MRN. **Organização da atenção básica pelas estratégias Saúde da Família e agentes comunitários de saúde**. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. 2001.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BALDUINO, A.F.A.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA, M.R. O processo de cuidar da enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.342-351, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>> Acesso em: 23 nov. 2012.

BARBOSA, M.A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v.6, n.1, p.9-15, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> Acesso em: 15 dez.2012.

BARCELLOS, C.C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Revista Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.129-138, 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>> Acesso em: 16 out.2012.

BARCHFONTEINE, C.P. **O agente de pastoral e a saúde do povo**. São Paulo: Loyola, 1993.

BARLOW, D.H.; DURAND, V.M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 4.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BARRÊTO, A.J.R. et al. Experiências dos Enfermeiros com o trabalho de Gestão em Saúde no Estado da Paraíba. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.2, p.300-308, abr./ jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/11.pdf>> Acesso em: 26 out. 2012.

BARROSO, M.G.T. **Saúde da Família—abordagem multirreferencial em pesquisa**. 1.ed. Sobral: UVA, 2002

BATTISON, T. **Vença o stress: o homem moderno**. 1.ed. São Paulo: Manole, 1948.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. 1.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

BENCHIMOL, J.L. (Coord.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 410 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **A saúde mental de profissionais de saúde mental**. 1.ed. Maringá: EDUEM, 2001.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. A síndrome de burnout. In: CONFERÊNCIA PROFERIDA NO I CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO. **Anais....** Goiânia, maio de 2004. Disponível em: <[http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude\\_mental/anais/artigos/2.pdf](http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos/2.pdf)>

\_\_\_\_\_. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Interação Psy**, São Paulo, v.1, n.1, p.4-11, 2003. Disponível em: <[http://www.sau.deetrabalho.com.br/download\\_2/burnout-benevides.pdf](http://www.sau.deetrabalho.com.br/download_2/burnout-benevides.pdf)> Acesso em: 20 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. O processo de adoecer pelo trabalho. In: \_\_\_\_\_ **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2002. cap.2. p.21-92.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4.ed. São Paulo: Ática, 2001.

BERTUSSI, D.C.; ALMEIDA, M.J. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: Projeto Gerus. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório**



**de recursos humanos ou saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. Cap. 5. p.105-136.

BERVIQUE, J. A.; MEDEIROS, E. P. G. **Paciente educado, cliente assegurado:** uma proposta de educação odontológica do paciente. 1.ed. Bauru: Santos, 1980.

BORGES, L. et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.15, n.1, p.189-200, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a20v15n1.pdf>> Acesso em: 23 nov. 2012.

BORGES, L.O.; ARGOLO, J.C.T.; BAKER, M.C.S. **Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública.** Revista Psicologia: Reflexão & Crítica, v.19, n.01, p. 34-43, 2006.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** Portaria n. 2.027 de agosto de 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027\\_25\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html)> Acesso em 26 de abr. 2014

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primarycareassessment tool pcatool- Brasil . – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: MS. 1997.

\_\_\_\_\_, **Departamento de Atenção Básica (DAS) Atenção Básica.** Equipe de saúde disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php#diretriz>> Acesso em 25 de abr. 2014

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Indicadores e dados básicos.** Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2006. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>>. Acesso em: agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e **Regulação do Trabalho em Saúde.** Programa Nacional de Desprecarização do SUS: DesprecarizaSUS – perguntas e respostas. Brasília: Editora do MS, 2006.

BRAVERMANN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRAVO, M.I.S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: \_\_\_\_\_ **Capacitação para Conselheiros de Saúde.** 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Cap.3.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política social e Democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez. Cap.9. p.197-215.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de *stress* nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12 n.1, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/r/rlae/v12n1/v12n1a03.pdf>> Acesso em: 09 mar.2013.

CAMPOS, A.L.V. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, A.C. (Org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV/USF, 2000. Cap.12. p. 195-220.

CAMPOS, RG. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

CAPISTRANO FILHO, D. **Inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul**. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. Nov.2004. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/saude\\_bucal/documentos/inclusao\\_sb\\_no\\_psf.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/saude_bucal/documentos/inclusao_sb_no_psf.pdf)> Acesso em: 10 mai.2013.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. Cap.2. p.27-59.

CARVALHO, G. **O revolucionário Ottoni**. 1.ed. Belo Horizonte: Gráfica Literatura, 2000.

CARVALHO, N.M. **O território da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS**. 2003. 155f. Dissertação (Mestrado em Administração no Programa de Pós-graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3531/000389476.pdf?sequence=1>> Acesso em: 16 nov.2012.

CASSABD, M.A.T.; RIBEIRO, L.C.; SCHETTINO, P. Desigualdade social e território: uma breve reflexão. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania. UFMA. **Anais...**São Luis. Ago. 2005. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina\\_PGPP/Trabalhos2/Maria\\_Aparecida\\_Luiz\\_Claudio\\_Priscila297.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Maria_Aparecida_Luiz_Claudio_Priscila297.pdf)> Acesso em: 16 nov. 2012.

CECAGNO, D. et al. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. In: 55º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2003. Rio de Janeiro. **Resumo...** Rio de Janeiro/RJ, 2003.

CECILIO, L.C.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <[http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/extos/Livro\\_Integralidade\\_eIntegralidade%20da%20atencao%20hospitalar.pdf](http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/extos/Livro_Integralidade_eIntegralidade%20da%20atencao%20hospitalar.pdf)> Acessado em: 01 abr..2013.

CERQUEIRA W. **Taylorismo e Fordismo**. mar.2011. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/geografia/taylorismo-fordismo.htm>> Acesso em: 16 dez.2012.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus 2005.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração**. 2.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 271 de 12 de julho de 2002. Regulamentava as ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2712002-revogada-pela-resoluco-cofen-3172007\\_4308.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2712002-revogada-pela-resoluco-cofen-3172007_4308.html)> Acesso em: 26 nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS – COREN-MG. Legislação e Normas, Ano 10; nº1. Agosto/2005.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (Orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde).

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C.. Stress no Trabalho do Enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ceará, Universidade Estadual do Ceará/ UECE, vol. 37, n 3, p. 63-71. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeus/v37n3/08.pdf>. Acesso em: 25 mar.2013.

CUNHA J.P.P.; CUNHA ROSANI; R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde: Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap. 2. p.11-26.

CUNHA, I.C.K.P.; XIMENES NETO, F.R.G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis v.15, n.3, p.479-482, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>> Acesso em: 13 nov.2012.

DalpiazaK,Stedile NL. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais... Maranhão: UFMA, 2011.** Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSESS\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_ALGUMAS\\_DE\\_SUAS\\_PREMISSAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSESS_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf)>. Acesso em: 17 julho. 2014

DATASUS. Ministério da Saúde. SI-PNI. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/>> Acesso em: 29 abr.2013.

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM DO ESTADO DE MINAS GERAIS – DER. Disponível em: <<http://www.dnpm.gov.br/>> Acesso em: 25 mar.2013.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHIMELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 2. p.33- 55.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - FAMEMA. **Atribuições específicas do enfermeiro**. 2001. Disponível em: <[http://www.famema.br/saudedafamilia/atribu\\_enfer.htm](http://www.famema.br/saudedafamilia/atribu_enfer.htm)> Acesso em 21 de fevereiro de 2012.

FARINA, H. **Sofrimento psíquico**: um estudo entre médicos e enfermeiros em um hospital de Manaus. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Manaus, 2004. Disponível em: <<http://bsvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=312>> Acesso em: 12 mar.2013.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. **Sentimentos de profissionais de serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre burnout**. Rev. Bras.Saude Mater. Infant., v.5, n.3, p. 319-328, jul.-set. 2005.

FILGUEIRAS, J.C.; HIPPERT, M.I.S. A Polêmica em Torno do Conceito de *Stress*. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol.19, n.3, p.40-51, 1999. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v19n3/05.pdf>> Acesso em: 20 mar.2013.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do discurso**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GERMANO, R.M. et al. **Capacitação das equipes do PSF**: desvendando uma realidade, Natal,. 2005. Plano Diretor 2004-2005. Programa de Cooperação Técnica Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde- Representação do Brasil, 2005.

GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L.W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL-MONTE, P.R. **Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería**. Psicol Estud, v.7, n.1, p. 3-10, jan.-jul. 2002.

GOHN, M.G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOMES, E.L.R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.P.C.; ROCHA, SM.M. (Org.) **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. Cap.1. p.27-33.

GONÇALVES, E. **A Reforma do Estado e a política de saúde: repensando o Estado**. 2011. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Reforma%20doEstado%20e%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde%20Repensando%20o%20Estado.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Reforma%20doEstado%20e%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde%20Repensando%20o%20Estado.pdf) Acesso em: 12 mar.2013.

GUIMARÃES, E.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Revista Ciências e Informações**, São Paulo, v.33, n.1, p.72-80, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n1/v33n1a09> Acesso em: 13 mar.2013.

GUIMARÃES, L. A.; GRUBITS, S. **Série saúde mental e trabalho**. 1.ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

GURGEL JUNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Revista Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v.7, n.2, p.7325-7334, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scrm=iso> Acesso em: 9 dez.2012.

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação de um hospital universitário público**. 250f. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php> Acesso em: 16 abr.2013.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004, 400p.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 8.ed. Rio de Janeiro: DPU&a, Editora, 2003.

HENNINGTON, A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.555-561. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf> Acesso em: 19 abr.2013.

HENRIQUES, A.H.B.; BARROS, R.F.; MORAIS, G.S.N. **Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico**. Disponível em: [189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/.../I20456.E8.T3977.D4AP.pdf](http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/.../I20456.E8.T3977.D4AP.pdf) Acesso em: 11 out. 2012.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Revista Educar**, UFPR, Curitiba, n.25, p.127-141, 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/download/2245/1874> Acesso em: 19 abr.2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Demográfico: Características da população e dos domicílios - Resultado do Universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)> Acesso: 16 mar.2013.

\_\_\_\_\_. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS: 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?condum=316860#>> Acesso em: 20 dez. 2012.

INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS APLICADAS – IGA. Disponível em: <<http://www.iga.com.br>> Acesso em: 19 out. 2012

INVENTÁRIO DE PROTEÇÃO DO ACERVO CULTURA DE MINAS GERAIS – IPAC-MG. **Inventário de proteção do acervo cultural de Teófilo Otoni. Teófilo Otoni: Prefeitura Secretária Municipal de Educação**, abr.2005.

JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Revista Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.97-116, jan/jun.2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n1/v15n1a06.pdf>> Acesso em: 19 mar.2013.

JUNQUEIRA, L.P. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997. Cap.47. p.173-203.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Revista Texto contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.18. n.2, p.313-320, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 18 nov.2012.

KURCGANT, P. **Gerenciamento de Enfermagem**.2.ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2005.

LACAZ, F.A.D.C. O campo Saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p.757-766, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>> Acesso em: 16 nov. 2012.

LEITE, M.T.A. et al. **Perfil do cirurgião-dentista atuante no Programa Saúde da família do distrito sanitário I do município de João Pessoa-Paraíba**. In: 57º REUNIÃO ANUAL DA SBPC, *Anais...* Fortaleza, jul. 2005.

LEMONS, N.D.; GAZZOLA, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.3, p.170-179, set./dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/14.pdf>> Acesso em: 11 out. 2012.

LEOPARDI, M.T. et al. **Reestruturação produtiva e o setor saúde: trabalhadores de enfermagem em saúde coletiva**. 1999. 67f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

LEVCOVITZ, E. et al. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS, 2003. p. 74 [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2003.

Lipp, M.E.N. (2007). **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo

LOYOLA, C.M.D. **Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. 2.ed. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1988.

LUZ, M.T. Saúde e Instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para o debate**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Cap.23. p.157-174.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed., São Paulo: Editora Atlas, 2007.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança de enfermagem: Teoria e prática**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARTINS, M.M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <[http://www.cds.ufsc.br/nucidh/teses/dissertacao\\_marilu.pdf](http://www.cds.ufsc.br/nucidh/teses/dissertacao_marilu.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2010

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory, Manual**. 1.ed. Palo Alto, University of California: Consulting Psychologists, 1986.

MELO, C.; ARAÚJO, M.J.S. **A nova prática de enfermagem**. 1.ed. ABEN: Comissão Permanente de Serviços, Brasília: 1992.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 1.ed. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

\_\_\_\_\_. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. 1.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. Cap.12. p. 431-458.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995.

\_\_\_\_\_. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: \_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, p.233-300, 1996.

MENDES, R.; WAISSMANN, W. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. Cap. 1. p.3-45.

MENEGAZ, F.D.L. **Características da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública** [dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, O. C. L. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap.76. p.117-160.

MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C.R. (org). **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências**. 1.ed. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul -RS: Ed. UFRGS/ Ed. da UNISC, 1995. Cap. 4. p.76-92.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul/set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>> Acesso em: 19 out. 2012

MIRANDA, S.M.R.C. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. 1.ed. Barueri: Manole, 2006. Cap.4. p. 81-122.

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. **Referências Curriculares Nacionais da Educação profissional de Nivel Técnico**. Brasília. 2000 Cap. 5 p. 22

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1997. 36p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, jun.2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>> Acesso em: 23 nov.2012.

MORAES, L.F.R. et al. **Diagnóstico de qualidade vida e *stress* no trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: NEACO/CEPEAD/FACE/UFMG 2000.

MORAIS NETO, O. L.; CASTRO, A.M. Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Revista brasileira Saúde da Família**, Brasília, v.9, n.17, p.6-9, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigoPNPS.pdf>> Acesso em: 5 jan.2013.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da Enfermagem Brasileira**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. **Reflexões sobre e *burnout* e a relação com a enfermagem**. Rev. Latino-am.Enfermagem, v.13, n.2, p.255-261, mar.-abr. 2005.



MULLER, D.V.K. **A síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo junto dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre.** 2004. 110f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4751/000459519.pdf?sequence=1>> Acesso em: 16 nov. 2012.

MULLER, N. L. Políticas públicas de saúde no Brasil: A descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, CEBES, n.31, 1991.

Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre *stress* e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latinoam Enferm.** 2005;13(2) p. 255-61.

NASCIMENTO, S. M.; ALVES NASCIMENTO, M. A Prática da Enfermeira no Programa de Saúde da Família: A Interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.10, n.2, p.335-3345, Abr/Jun., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a11v10n2.pdf>> Acesso em: 13 mar.2013.

NASSIF, L.F. Origens e desenvolvimento da Psicopatologia do Trabalho na França (século XX): uma abordagem histórica. **Revista Memorandum**, Belo Horizonte, v.8, n.1, p.79-87, 2005. Disponível em: <<http://www.faich.ufmg.br/~memorandum/artigo08/nassif01.htm>> Acesso em: 5 mar.2013.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** 2.ed. Barueri: Manole, 2005.

OLIVEIRA, B.H.D.; CUPERTINO, A.P.F.B. Diferenças entre gênero e idade no processo de *stress* em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade – Estudo PENSA, **Revista Textos sobre Envelhecimento UATI**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.205.223, 2005. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1517-59282005000200004&lng=pt&nrm=isso>> Acesso em: 10 mar.2013.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 24-9, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a04.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2012.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N.A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goitacazes. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p.297-302, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a30v10s0.pdf>> Acesso em: 22 abr.2013.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.1-7, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/en\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/en_25.pdf)> Acesso em: 15 mar.2013.

PAIM, J. S. (Coord.) **O ensino das profissões de saúde.** Entrevista concedida a Rede Ida Brasil, 1996.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da

arte. **Revista de Saúde Pública**, Salvador, v.40, p.73-78, 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>> Acesso em: 29 abr.2013.

PARAFO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo do *stress* do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo: 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/05.pdf>> Acesso em 09 mar.2013.

PÊCHEUX, M. Análise Automática do Discurso (AAD-69). Tradução de Eni P. Orlandi In: GADET, F.; HAK, T. (Orgs.). **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 3.ed. Campinas: Unicamp, 1997. Cap.5. p.61-161.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0303/pdf\\_s/IS23\(3\)066.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdf_s/IS23(3)066.pdf)> Acesso em: 19 mar.2013.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. Território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n.2, p.47-55, 2006. Disponível em: <[www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16847/9274](http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16847/9274)> Acesso em: 18 nov.2012.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. 1.ed. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, dez. 2004.

PITTA, A.M.F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 5.ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI – PMTO/MG. Dados Gerais. Disponível em: <<http://www.teofilootoni.mg.gov.br/pmtomg>> Acesso em: 13 nov.2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - 2003. Disponível: <<http://www.pnud.org.br/rdh/>>. Acesso: 05 dez.2012

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. Relatório Desenvolvimento humano e IDH. PNUD/IDH: 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>> Acesso em: 23 nov. 2012.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. 1.ed. São Paulo: Ática, 1993.

ROCHA, J.S.Y. Problemas atuais de planejamento e gestão em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.252-255, 1999.

ROJAS, L.I. Geografía y salud. Temas y perspectivas en América Latina. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, n., p. 701-711, out./dez. 1998.

ROJAS, L.I. Geografía y salud. Entre Historias, Realidades y Utopias. In- \_\_\_\_\_ Caderno Prudentino de Geografia . Associação dos Geógrafos Brasileiros. – Vol1, nº 1, Dezembro de 2003.

ROSA, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.1-15, dez.2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a02.pdf>> Acesso em: 6 mar.2013.

SANTOS, Á.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. 1.ed. Barueri: Manole, 2007.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SANTOS, M. **O Espaço do cidadão**. 2.ed. São Paulo: Nobel, 1993.

SATO, L. Prevenção de agravos a saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, p.1147-1166, set/out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10988e.pdf>> Acesso em: 19 out.2012.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES, R.B.G. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES, R.B.G. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. (SP): Hucitec, 1996. Cap.3. p.29-47.

SECCO, I.A.O. **Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná**. Ribeirão Preto, 2006. 291f. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. (Tese em enfermagem). Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10052007-165936/pt-br.php>> Acesso em: 20 nov. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES/MG. Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte: SES/MG, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI – SMS/TO. Relatório de Gestão. Disponível em: <<http://www.teofilothoni.mg.gov.br/pmtto/>> Acesso em: 20 mar.2013.

SELYE, Hans. **Stress: A Tensão da Vida**. 1.ed. São Paulo: IBRASA, 1965.

SHIRATORI, K. et al. O sentido de ser humano: uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 212-216, 2003. Disponível em: <[revistas.um.es/eglobal/article/view/448/440](http://revistas.um.es/eglobal/article/view/448/440)> Acesso em: 26 nov.2012.

SILVA, D.C.M.; LOUREIRO; M.F.; PERES, R.S. Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.6, n.1, p.39-51, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a04.pdf>> Acesso em: 7 mar.

2013.

SILVA, L.W. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.471-475, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a18v58n4.pdf>> Acesso em: 16 nov. 2012.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1998. 236f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

SILVEIRA, L.T. **Construindo indicadores e escutando ruídos: uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado. O Qualis/Zerbini/SP (Uma modelagem do PSF)**. 2003. 285f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://ww.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000304397&fd=y>> Acesso em: 16 nov. 2012.

SOARES, R.S.; RAUPP, B. Gestão compartilhada: Análise e Reflexões sobre o processo de implementação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do SUS. **Revista Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 436-447, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/534/268>> Acesso em: 10 nov.2012.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 25-30 dez. 2000. Número especial

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1325-1335, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>> Acesso em: 2 dez.2012.

SOUZA, R.G.; MONNERAT, G.L.; SENNA, M.C.M. Tendências Atuais da Descentralização e o Desafio da Democratização na Gestão da Saúde. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (Org.). **Política Social e Democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002. Cap.5. p.67-85.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O *stress* na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p.17-25, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>> Acesso em: 16 nov. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology. In: SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. **Epidemiology: beyond the basics**. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc; 2000. Cap.1. p.3-51.

TAMAYO RM. **Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos** [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.

TEIXEIRA, M. **O Burnout e o enfermeiro**. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos3/burnout-enfermeiros/burnout-enfermeiros.shtml>> Acesso em: 20 nov. 2012.

TIBÚRCIO, Adilson; MORENO, Cláudia R. C., Síndrome de Burnout em professores do Ensino Médio de escolas pertencentes à Gerência Regional de Educação e Inovação (GEREI) do município de Tubarão (SC). *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente* - v.4, n.1, abr./ ago 2009.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 1.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E.V. (Org). **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. Cap.5. p.2221-235.

VIANNA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>> Acesso em: 16 ma.2013.

VISAUTA VINACUA, B. **Analisis estadístico con SPSS 14**. 1.ed. Madrid: MacGrawHill, 2007.

WERNECK, M.A.F.; FERREIRA, R.C.; Tecnologia em saúde bucal. In: PINTO, V.G. (Org.). **Saúde bucal coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos. 2000. Cap. 17. p. 278-291.

WILLIG, M.H. **Cuidar/gerenciar**: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. 2004. 131f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%20A7%20A3oWillig.pdf>> Acesso em: 19 dez.2012.

XIMENES NETO, F.R.G.; SAMPAIO, J.J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p.36-45, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf>> Acesso em: 19 dez.2012.

ZAKABI, R. Stress: ninguém está a salvo desse mal moderno, mas é possível aprender a viver com ele. **Revista Veja**, Rio de Janeiro, v.37, n.6, p.66-75, 2004.

## DOCUMENTOS CONSULTADOS

BRASIL. Portal Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatórios Dinâmicos – Indicadores Municipais – Teófilo Otoni-MG. Portal ODM - Disponíveis em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/mg/teofilo-otoni>> Acesso em: 16 nov. 2012b.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Outubro de 1988. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família Desafios para a próxima década. Projeto AGAP/MS. Brasília: jul. 2010.

\_\_\_\_\_. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996. Brasília, 1997b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS – 01/2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 16 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 19 mar.2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasicsica.php>> Acesso em: 20 nov. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Acesso em: 21 jun.2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Política nacional de medicamentos. Brasília: MS, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro: POF, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria n.373 GM de 27 de fevereiro de 2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/2002. Disponível em: <[http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOAS%2001\\_2002.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOAS%2001_2002.pdf)> acesso em: 15 abr.2013.

\_\_\_\_\_. Resolução Conselho Nacional de Educação - CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/quivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em: 10 abr.2013.

MINAS GERAIS. Lei nº 2486, de 9 de novembro de 1878. Cria o município de Filadélfia, como sede na cidade de Teófilo Otoni.Assembléia Legislativa, 1878. Disponível em: <<http://www.lexm1.gov.br/urn/urn:lex:br;minas.gerais:estadual:lei:1878-11-09;2486>> Acesso em: 15 abr.2013

## ANEXO A

<b>MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)</b>	
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p> <p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
Por favor, señale el número que considere más adecuado:	
1. <b>AE</b> Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. <b>AE</b> Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. <b>AE</b> Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. <b>RP</b> Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. <b>D</b> Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. <b>AE</b> Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. <b>RP</b> Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. <b>AE</b> Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. <b>RP</b> Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. <b>D</b> Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. <b>D</b> Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. <b>RP</b> Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. <b>AE</b> Me siento frustrado por el trabajo.	
14. <b>AE</b> Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. <b>D</b> Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16. <b>AE</b> Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17. <b>RP</b> Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18. <b>RP</b> Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19. <b>RP</b> Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20. <b>AE</b> Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21. <b>RP</b> Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22. <b>D</b> Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	
<b>AE:</b> Agotamiento Emocional; <b>D:</b> Despersonalización; <b>RP:</b> Realización Personal.	



## ANEXO B

**QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT**  
**MALASCH BURNOUT INVENTORY**

			Nunca	Uma vez por ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Várias vezes por semana	Diário
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Sinto me esgotado (a) ao final de um dia de trabalho							
2	EE	Sinto me como se estivesse no meu limite							
3	EE	Sinto me emocionalmente exausto com meu trabalho							
4	PA	Sinto me frustrado (a) com meu trabalho							
5	D	Sinto me esgotado(a) com meu trabalho							
6	EE	Sinto que estou trabalhando demais neste emprego							
7	PA	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado (a)							
8	EE	Trabalhar o dia todo com pessoas exige um grande esforço							
9	PA	Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho							
10	D	Sinto me cheio(a) de energia							
11	D	Sinto me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os pacientes							
12	PA	Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes							
13	EE	Sinto que influenciou positivamente a vida dos outros com meu trabalho							
14	EE	Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes							
15	D	Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes							
16	EE	Sinto que posso tratar de forma tranquila os problemas emocionais do meu trabalho							
17	PA	Tenho conseguido muitas realizações com minha profissão							
18	PA	Sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas							
19	PA	Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos							
20	EE	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho							
21	PA	Não me preocupo realmente com o que ocorre com meus pacientes							
22	D	Preocupa-me este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente							

**ANEXO C**

**QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**  
**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

**1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

- 1) Idade:
- 2) Local onde reside ( Bairro):
- 3) Estado Civil:           ( ) solteiro(a)           ( ) casado(a)
- 3) Gênero:                 ( ) Feminino           ( ) Masculino
- 4) Filhos: ( ) Sim        Quantos?\_\_\_\_\_           ( ) Não
- 5) Tabagista: ( ) Sim     ( ) Não
- 6) Faz uso de bebida alcoólica ( ) Sim ( ) Não
- 7) Pratica alguma atividade física: ( ) Sim ( ) Não
- 8) Qualidade do seu sono: ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Péssimo
- 9) Qualidade da alimentação: ( ) Ótima ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Péssima

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

- 10) Tempo de atuação na área de enfermagem?  
 ( ) 01 a 02 anos ( ) 03 a 04 anos ( ) 05 a 07 anos ( ) acima de 7 anos
- 9) Possui alguma especialização ?  
 ( ) Sim ( ) Não
- 10) Se sim, qual (is)?  
 ( ) Enfermagem do Trabalho ( ) Urgência e Emergência ( ) Saúde da Família ( )  
 Enfermagem Obstétrica ( ) Outras
- 11) Qual a jornada total de trabalho?  
 ( ) 06 horas ( ) 08 Horas ( ) 12 horas ( ) Outras
- 12) Qual a distancia do local de Trabalho para o local de residência?  
 ( ) 100 a 500 metros ( ) 501 a 1000 metros ( ) 01 km a 1,5 Km ( )  
 acima de 1,5 Km

- 13) Qual o meio de transporte utilizado diariamente  
( ) Carro próprio ( ) Moto ( ) Transporte coletivo ( ) Outros
- 14) Qual o tempo gasto diariamente entre trabalho e residência?  
( ) 15 minutos ( ) 30 minutos ( ) 45 minutos ( ) 1 hora  
( ) Outros
- 15) Possui outra área de atuação?  
( ) Sim ( ) Não
- 16) Se sim, qual a jornada de trabalho?  
( ) 6 horas ( ) 8 horas  
( ) 12/36 ( ) outros
- 17) Já teve algum afastamento no trabalho?  
( ) Sim ( ) Não
- 18) Se sim, porque qual motivo?  
( ) acidente de trabalho ( ) Doença do trabalho ( ) Problemas pessoais/familiares  
( ) Outros
- 19) E por quanto tempo?  
( ) 01 a 05 dias ( ) 06 a 10 dias ( ) 11 a 15 dias ( ) acima de 15 dias

### **CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO**

- 20) A unidade de Saúde onde atua, é uma unidade com capacidade de referenciamento para quantas famílias:  
( ) 2.500 pessoas referenciadas  
( ) 3.500 pessoas referenciadas  
( ) 5.000 pessoas referenciadas
- 21) Quais são as atividades mais desgastantes, realizadas no seu campo de trabalho?  
( ) Atendimento Saúde da Mulher ( ) Atendimento Saúde do Idoso  
( ) Atendimento Saúde da Criança ( ) Atendimento a Saúde do Homem  
( ) Grupos Operativos ( ) Vacinação
- 22) Possui algum fator dificultador para realização de suas ações ?  
( ) Sim ( ) Não
- 23) Se Sim, quais?  
( ) Falta de material ( ) Falta de sala para atendimento ( ) Dificuldade com a comunidade  
( ) Falta de profissionais da equipe/ACS ( ) Outros
- 24) E os fatores facilitadores, quais são?  
( ) Bom relacionamento com a equipe ( ) Equipe completa ( ) Comunidade participativa  
( ) Sala para atendimento disponível ( ) Outros

26) Em relação sua equipe de trabalho, como estabelece o relacionamento

Ótimo  Bom  Razoável  Péssimo

27) E o relacionamento com a população adscrita, como se estabelece?

Ótimo  Bom  Razoável  Péssimo

### **CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**

28) Como caracteriza a Unidade onde atua:

Ótimo  Bom  Razoável  Péssimo

29) A sala de atendimento, é adequada para poder realizar suas atividades?

Sim  Não

30) A Unidade possui as seguintes setores/ salas:

Sala de Reuniões  Sim  Não

Sala de Espera  Sim  Não

Sala de Vacina  Sim  Não

Cozinha  Sim  Não

Banheiro  Sim  Não

31) A Unidade de Saúde, possui o mapa de seu território de abrangência?

Sim  Não

32) A Unidade de Saúde, possui documento com o diagnóstico do seu território de abrangência?

Sim  Não

33) Caso sim, quais informações são descritas neste documento? (*Admite múltiplas respostas*)

Quantidade de famílias no território

Quantidade de famílias vulneráveis

Perfil etário da população

Perfil socioeconômico da população

Mapeamento de unidades de outras políticas públicas

Associações comunitárias (associações de bairros, cooperativa de artesãos, entidades beneficentes, entre outras)

Lideranças comunitárias

Condições Habitacionais (habitações precárias, deficiência de acesso à água tratada, deficiência de coleta de resíduos sólidos (lixo), esgotamento sanitário).

**CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA**

31) Existe transporte circular no bairro onde trabalha?

Sim  Não

32) Se Sim, o transporte coletivo trafega próxima a Unidade de Saúde, facilitando o acesso dos munícipes?

Sim  Não

33) Como procede o destino do lixo, no bairro onde atua:

Coleta pela Prefeitura  Queimado  Aterrado  Exposto nas ruas

34) Existe tratamento de esgoto no bairro onde atua?

Sim  Não

35) Se sim, como você a caracteriza, levando em consideração os indicadores de saúde do bairro onde atua?

Ótima  Boa  Razoável  Péssima

36) O Bairro onde atua possui problemas com:

Alagamentos  Sim  Não

Deslizamento  Sim  Não

Outras catástrofes  Sim  Não

37) O bairro oferta alguma atividade de lazer aos munícipes?

Sim  Não

38) Se sim, quais?

Eventos comunitários

Praça de esportes

Shows culturais

Outros.

**ANEXO D**



## ANEXO E

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:**

<b>Título:</b> O território da Atenção Básica e Análise da Síndrome de <i>Burnout</i> nos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no município de Teófilo Otoni – MG
<b>Pesquisador Responsável:</b> Marcio Luiz da Silva
<b>Se Dissertação incluir nome do aluno(a) Participante:</b>
<b>Contato com pesquisador responsável:</b> Endereço: Rua Professora Gloria Penchel 76 apto 102 Castro Pires Teofilo Otoni M.G <a href="mailto:marciosluiz@yahoo.com.br">marciosluiz@yahoo.com.br</a>
<b>Comitê de Ética em Pesquisa</b> Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

**2 – Informações ao participante ou responsável:**

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **O território da Atenção Básica e Análise da Síndrome de *Burnout* nos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no município de Teófilo Otoni – MG**, na área de Saúde Coletiva.
- A pesquisa terá como objetivo Identificar o nível de exaustão emocional dos profissionais enfermeiros coordenadores da Estratégia de Saúde da Família, utilizando o Inventário de *Malasch*, adaptado ao Brasil.
- Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:
- 3.1) O entrevistador lhe entregará dois questionário com algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Um questionário é o Inventario de Malasch (ANEXO B) adaptado ao Brasil, que visa identificar o nível de desgaste emocional e o outro é o questionário demográfico (ANEXO C). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento, podendo, até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.
- 3.2) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos.



- 2) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 3) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 4) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser questionado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.
- 5) Prevêem-se como benefícios da realização dessa pesquisa, a conscientização de contribuir para melhorias dos serviços de saúde e melhores perspectivas dos resultados alcançados possam direcionar estratégias de trabalho para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.
- 6) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 7) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

**Teofilo Otoni**, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

ANEXO F. : Condensado com pontuação atribuída pelos Enfermeiros nas três dimensões da Síndrome de Burnout.

		Nunca	Uma vez por ano ou menos	Uma vez por mes ou menos	algumas vezes por mes	Uma vez por semana	Varias vezes por semana	Diario														
		0	1	2	3	4	5	6														
Sinto me esgotado(a) ao final de um dia de trabalho (EE) (QUESTÃO 01)	Sinto me como se estivesse no meu limite (EE) (QUESTÃO 02)	Sinto me emocionalmente exausto com meu trabalho (EE) (QUESTÃO 03)	Sinto que estou trabalhando demais neste emprego (EE) (QUESTÃO 04)	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho (EE) (QUESTÃO 05)	Trabalhar o dia todo com pessoas exige um grande esforço (EE) (QUESTÃO 06)	Sinto que influenciou positivamente a vida dos outros com meu trabalho (EE) (QUESTÃO 07)	Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes (EE) (QUESTÃO 08)	Sinto que posso tratar de forma tranquila os problemas emocionais do meu trabalho (EE) (QUESTÃO 09)	Sinto me frustrado(a) com meu trabalho (PA) (QUESTÃO 10)	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado (a) (PA) (QUESTÃO 11)	Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho (PA) (QUESTÃO 12)	Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes (PA) (QUESTÃO 13)	Tenho conseguido muitas realizações com minha profissão (PA) (QUESTÃO 14)	Sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas (Pa) (QUESTÃO 15)	Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos (Pa) (QUESTÃO 16)	Não me preocupo realmente com o que ocorre com meus pacientes (Pa) (QUESTÃO 17)	Sinto me cheio(a) de energia (D) (QUESTÃO 18)	Sinto me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com os pacientes (D) (QUESTÃO 19)	Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes (D) (QUESTÃO 20)	Sinto me esgotado(a) com meu trabalho (D) (QUESTÃO 21)	Preocupame este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente (D) (QUESTÃO 22)	
<b>Indivíduos</b>																						
Enf.01	3	2	1	1	0	4	5	6	6	0	1	0	6	3	6	1	5	5	6	6	0	0
Enf.02	3	2	1	2	0	2	5	5	5	2	1	2	4	5	3	0	0	5	5	5	1	0
Enf.03	3	4	2	4	0	2	3	4	4	0	1	2	0	3	1	0	0	2	2	5	2	0
Enf.04	3	4	3	6	0	0	3	6	5	3	3	3	3	6	5	0	0	6	6	6	3	0
Enf.05	2	1	1	2	3	2	5	6	5	1	2	2	5	6	4	0	3	5	5	5	1	3
Enf.06	3	3	2	3	1	5	6	6	5	2	2	2	6	5	2	0	0	4	3	6	2	2
Enf.07	3	2	1	1	6	0	6	6	6	0	0	0	4	6	0	0	0	6	5	6	2	0
Enf.08	3	1	1	3	0	2	6	6	5	1	2	0	6	6	0	0	6	6	5	5	1	0
Enf.09	1	1	0	0	0	1	6	5	5	1	0	3	5	5	0	0	0	5	5	6	0	0
Enf.10	4	2	2	3	1	3	5	5	5	0	3	1	5	5	1	0	0	4	3	5	0	0
Enf.11	5	2	2	5	2	1	5	5	6	2	1	2	5	5	1	0	0	5	5	5	1	3
Enf.12	4	2	2	4	0	1	6	6	5	4	1	2	6	6	1	0	0	3	6	6	2	0
Enf.13	3	1	0	3	0	1	6	6	6	0	0	2	6	5	0	0	0	5	5	6	1	0
Enf.14	3	2	3	5	0	5	5	5	4	2	3	4	5	5	5	0	0	5	5	5	2	0
Enf.15	3	0	3	3	0	5	5	5	5	1	3	0	5	6	6	0	0	5	5	3	3	0
Enf.16	6	5	5	5	0	3	5	6	6	5	3	3	2	3	3	0	0	3	2	6	3	5
Enf.17	5	3	3	5	0	5	5	6	5	3	2	3	5	4	2	0	0	3	3	5	3	0
Enf.18	4	2	3	3	1	3	6	5	3	1	2	5	0	5	1	0	0	4	4	5	3	2
Enf.19	4	3	1	2	1	2	5	6	3	2	1	1	6	4	1	0	0	5	5	5	2	1
<b>MÉDIA</b>	3,421	2,211	1,895	3,158	0,789	2,474	5,158	5,526	4,947	1,579	1,632	1,947	4,421	4,895	2,211	0,053	0,737	4,526	4,474	5,316	1,684	0,842
<b>DESVIO PADRÃO</b>	1,091	1,196	1,209	1,565	1,472	1,634	0,874	0,595	0,887	1,389	1,037	1,356	1,844	1,021	2,015	0,223	1,772	1,094	1,230	0,729	1,029	1,424
<b>COEFICIENTE DE VARIAÇÃO (%)</b>	31,90	54,08	63,83	49,55	186,43	66,06	16,95	10,77	17,93	87,94	63,54	69,64	41,72	20,85	91,16	424,26	240,54	24,17	27,49	13,72	61,08	169,10