



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO DE BURNOUT EM TRABALHADORES DOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS DA REGIÃO DA BORBOREMA – PB**

**MARIA TERESA FARIAS DOS SANTOS**

**CAMPINA GRANDE – PB  
FEVEREIRO/2012**

MARIA TERESA FARIAS DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE BURNOUT EM TRABALHADORES DOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS DA REGIÃO DA BORBOREMA – PB**

Trabalho Acadêmico Orientado em cumprimento aos requisitos para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial junto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Orientador: Profa. Dra. Jadcely Rodrigues Vieira

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

S237a

Santos, Maria Teresa Farias dos.

Avaliação de Burnout em trabalhadores dos centros de atenção psicossocial [manuscrito]: CAPs da região da Borborema –PB. / Maria Teresa Farias dos Santos. – 2012.

53f.: il. color.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientador: Profa. Dra. Jadcely Rodrigues Vieira, Departamento de Psicologia”.

1. Síndrome de Bournot. 2. Qualidade de vida. 3.CAPs. 4. Saúde física e psicológica. 5. Depressão profissional. I. Título.

CDD 21. ed. 362.25

MARIA TERESA FARIAS DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE BURNOUT EM TRABALHADORES DOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS DA REGIÃO DA BORBOREMA – PB**

Aprovado em 22 de março de 2012

**BANCA EXAMINADORA:**

*Jadcely Rodrigues Vieira*

Profª. Dra. Jadcely Rodrigues Vieira

(UEPB, Orientadora)

*p/p Jadcely Rodrigues Vieira*

Profª. Dra. Gislene Farias de Oliveira

(Universidade Regional do Cariri - URCA, Membro)

*Patricia Nunes da Fonseca*

Profª. Dra. Patrícia Nunes Fonseca

(UFPB, Membro)

**“A base do nosso progresso está na concentração e dedicação em nossas aspirações; deixando de lado as imperfeições que nos rodeiam, quer sejam nossas ou dos outros, para não contrariar e não impedir a realização dos nossos anseios.”**

Alberto A. Lohmann

# DEDICATÓRIA

*À Deus, primeiramente, por tudo que proporciona  
em minha vida, dando forças para que tudo se concretizasse;*  
*Aos meus pais, Sebastião e Maria,*  
*pela compreensão e incentivo nessa caminhada;*  
*A minha irmã, Maria Cecília, pelo apoio,*  
*paciência e amizade durante toda essa trajetória.*  
*A "Você", que fez esse sonho se formalizar.*

# AGRADECIMENTOS

*À Deus, sempre em primeiro lugar, que é meu o meu guia para a realização de todos os meus sonhos e objetivos me dando o incentivo necessário para que tudo se torne possível.*

*Aos meus pais, Sebastião e Maria, exemplo de força, dedicação e vitórias; essenciais e base para tudo em minha vida. Obrigada pela formação que, com todo amor e carinho fizeram o que sou agora.*

*À minha irmã, Maria Cecília, com sua paciência e sabedoria consegue me fortalecer para atingir meus objetivos, você tem sido o ânimo que preciso nessa trajetória.*

*À minha família, sustento e auxílio em todos os momentos. Obrigada pela compreensão, carinho e apoio. A melhor torcida para todos os meus sonhos.*

*À UEPB, a todos os professores da especialização em Saúde Mental e funcionários, que possibilitaram uma formação acadêmica única baseada nos valores éticos e humanos.*

*À minha orientadora e coordenadora da especialização em Saúde Mental, Prof. Dra. Jadcely Rodrigues Vieira, por acreditar em meu potencial. Obrigada pelos seus ensinamentos, paciência e sabedoria depositados nesse trabalho. Sei que foi uma trajetória difícil, mas que agora podemos finalmente concretizar a finalização de um sonho.*

*À todos meus colegas de curso, na qual compartilhamos sonhos, conquistas, alegrias; terminamos uma etapa em nossa carreira, e mesmo que não nos encontremos mais, vocês deixaram marcas em minha vida que sempre levarei comigo. Sinceramente agradeço a todos, obrigada pessoal!*

*À Jucielma, colega e amiga de curso, sei que nossa amizade vai mais além do que esses dois anos na qual sentamos lado a lado, obrigada pelo apoio e companheirismo!*

*À coordenadora da Saúde Mental, Ana Amélia Arruda, por atender prontamente o meu pedido para a realização da minha pesquisa dentro dos CAPS.*

*À todos os profissionais dos CAPS ad, os dois CAPS i e ao CAPS III de Campina Grande, e em especial seus coordenadores, Alda Cristina, Luana, Vitória e Ana Lúcia, essenciais e compreensivas no auxílio constante para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelo apoio dentro do serviço, sei que é muito trabalho e agradeço por reservar um tempo para a realização desta pesquisa.*

*Aos profissionais dos CAPS de Araruna, Boqueirão, Esperança, Pocinhos, Queimadas e Taperoá. Apesar de estarem desenvolvendo suas atividades, foram gentis o suficiente para reservar um tempo para a aplicação do questionário, sem sua compreensão a efetivação da minha pesquisa não teria sido concluída. Obrigada a todos!*

*À "Você", que faz parte de minha vida nesse momento, obrigada pela dedicação, diálogo, companheirismo, atenção, apoio. Sinta-se parte desse projeto e da minha trajetória até aqui. Sua companhia foi essencial para minha formação, dedicação e força para a consumação de mais um objetivo em minha vida. Humildemente agradeço!*

*Enfim, agradeço a todos que fizeram possível a realização desse momento. Muito obrigada e que Deus as abençoe!*

## RESUMO

A pesquisa sobre a Avaliação de *Burnout* em trabalhadores nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS na região da Borborema – PB, teve como objetivo avaliar os impactos da saúde física e psicológica dos profissionais que atuam nos CAPS das cidades de Campina Grande, Araruna, Boqueirão, Esperança, Pocinhos, Queimadas e Taperoá. A pesquisa desenvolvida foi do tipo exploratória, com a aplicação do inventário de *Burnout*, instrumento essencial para verificar a síndrome nos profissionais. Realizada no período de maio a agosto de 2011, com trabalhadores inseridos na instituição, dentre eles, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, pedagogos, psicólogos e técnicos de enfermagem totalizando 106 sujeitos para a amostra. Os resultados da pesquisa apontam uma baixa prevalência de *burnout*, pois os profissionais gostam do que fazem e que prezam pela qualidade de vida dentro dos CAPS para realizar um bom atendimento as pessoas que já vão necessitadas de atenção e cuidado para estas instituições.

Palavras-Chave: *Burnout*, Qualidade de Vida, CAPS

## ABSTRACT

Research on the Evaluation of *burnout* in workers in Psychosocial Care Centers - CAPS in the region of Borborema - PB, aimed to evaluate the impacts of physical and mental health professionals who work in CAPS cities of Campina Grande, Araruna, Boqueirão, Esperança Pocinhos, Queimadas and Taperoá. The survey was developed from the exploratory, with the application of *Burnout* Inventory, a key instrument to check the syndrome in the professionals. Carried out during May-August 2011, with workers entered the institution, including social workers, physical educators, nurses, pharmacists, physiotherapists, speech therapists, doctors, educators, psychologists and nursing staff totaling 106 subjects in the sample. The survey results indicate a low prevalence of *burnout*, since professionals like what they do and who value the quality of life within the CAPS to perform a good service people will have need of attention and care for these institutions.

Keywords: *Burnout*, Quality of Life, CAPS

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos sujeitos de acordo com sexo.....	44
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária.....	44
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos sujeitos de acordo com a função exercida atualmente em termos laborais.....	45
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos sujeitos de acordo com a renda mensal.....	46
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos sujeitos de acordo com a Síndrome de Burnout.....	47
<b>Tabela 6</b> – Testes T para comparação de variáveis dicotômicas.....	47
<b>Tabela 7</b> – Comparação entre as idades dos participantes e a síndrome de Burnout.....	48

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....</b>	12
<b>CAPÍTULO I: O TRABALHO RELACIONADO AO BEM-ESTAR E A INTEGRALIDADE SOCIAL.....</b>	16
1.1 Um pouco de história sobre o Nascimento do Trabalho.....	16
1.2 Uma nova conceituação para Saúde.....	18
1.3 Trabalho e realização pessoal.....	19
1.4 A saúde mental do trabalhador.....	20
1.5 Desenvolvimento histórico e a conceituação de Stress.....	22
<b>CAPÍTULO II: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL.....</b>	25
2.1 Histórico da Saúde Mental no Brasil.....	25
2.2 Reforma Psiquiátrica.....	26
2.3 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.....	30
2.4 Cuidar e qualidade de vida dentro dos CAPS.....	31
<b>CAPÍTULO III: UMA PESQUISA DENTRO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CONHECENDO BURNOUT.....</b>	32
3.1 A Síndrome de Burnout.....	32
3.2 Método.....	38
3.2.1 Delineamento.....	38
3.2.2 Amostra.....	38
3.2.3 Instrumentos.....	38
3.2.4 Procedimento.....	41
3.2.5 Local da pesquisa.....	41
3.2.6 Considerações Éticas.....	42
<b>CAPÍTULO IV: BURNOUT NOS CAPS – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....</b>	44
4.1 Caracterização do grupo investigado.....	44
4.2 Análise de Confiabilidade dos Fatores do MBI.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	49
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	52
<b>APÊNDICES.....</b>	54

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O ser humano desenvolveu laços sociais através da sua primeira organização, a família, pela qual tem seu primeiro contato. O trabalho sempre ocupou também um lugar importante na vida das comunidades, tornando-se segundo Antunes (2005, p. 123) “o ato de produção e reprodução da vida humana”, ou seja, é um ato de transformação da realidade, na qual o homem se constrói socialmente e formula sua própria identidade e para a comunidade.

Com o passar dos anos, após a evolução capitalista, o trabalho favoreceu uma maior atividade produtiva com a expansão industrial, na qual se estendeu ao crescimento econômico mundial, sendo afetada positivamente pelo bem-estar material populacional e o consumismo desenfreado. Conseqüentemente, os empresários começaram a exigir uma melhor qualificação dos trabalhadores frente à globalização da economia e as demais empresas, para a incitação da competitividade devido às transformações sócio-econômicas e tecnológicas existentes no cenário atual. (OLIVEIRA, 2006)

Dessa forma, as pressões multifacetárias exigidas pelas performances produtivas atingem o ser social e sua própria organização por múltiplos efeitos nocivos tanto a sua saúde física quanto a sua saúde mental. Nesse contexto, aguardava-se uma resposta aceitável da empresa para com a qualidade de vida de seus funcionários, favorecendo juntamente a eles uma melhoria salarial, condições trabalhistas e implicações da organização do trabalho sobre o impacto em sua saúde.

No entanto, o fator humano é colocado em plano secundário, sendo utilizado como um recurso para o desenvolvimento produtivo e descartado subseqüentemente, quando não traz o devido lucro esperado pela empresa, mas de certa forma, esta obriga, o individuo a aceitar as exigências fornecidas, devido à escassez da oferta de emprego e a necessidade de uma instabilidade financeira.

Nesse contexto, o trabalhador esta sujeito a competitividade, a aceleração na realização de atividades, busca constante de alta produtividade, lucratividade, bom desempenho empresarial, dentre outras situações que o conduz para um processo de angústia e medo que acarreta no fator de desequilíbrio psicológico, levando-o para a vivência constante do sofrimento. (CONCEIÇÃO, 2006)

Dejours (1991) aborda que o sofrimento é conseqüência da organização do trabalho, que não determina apenas a divisão do exercício profissional, mas influencia na divisão dos homens e acarreta o padecimento psicológico pelo afrontamento do desejo individual da

empresa acima dos desejos dos operários, que possui histórias pessoais, motivações e vontades psicológicas únicas em relação a obrigação das tarefas estabelecidas. Segundo Antunes (2005), o trabalhador imprime conscientemente o desejo da empresa, antes de sua própria realização pessoal.

Na década de 50 surge um estudo que se refere à importância da Qualidade de Vida no Trabalho – QVT, pois não pode existir uma qualidade na organização do trabalho e seus serviços, havendo uma deteriorização da qualidade de vida dos seus operários. Até hoje, esse tema vem sendo explorado, sendo definidos por vários pesquisadores como um conjunto de fatores que qualificam e motivam o homem no ambiente profissional. Em outras palavras seria a satisfação das necessidades pessoais no âmbito trabalhista, favorecendo um entusiasmo na realização das funções estabelecidas. (OLIVEIRA, 2006)

Atualmente existem serviços na área da saúde que prestam assistência e prezam pela própria qualidade de vida das pessoas que possuem algum sofrimento psíquico, conhecidos como Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Esses serviços substitutivos surgiram no Brasil em março de 1986, em São Paulo, e deve-se ao movimento social que era formado pelos trabalhadores de saúde mental que queriam melhoria na assistência aos doentes mentais e acusavam os hospitais psiquiátricos, pela situação precária que estava funcionando, mas que era a única instituição que “cuidava” das pessoas que sofrem de algum transtorno. (Ministério da Saúde, 2004)

Hoje em dia, os profissionais dos CAPS têm como diretrizes o atendimento terapêutico diário personalizado aos usuários, ou seja, o atendimento é específico para cada usuário permitindo que ele realize atividades enquanto esteja no serviço de acordo com suas capacidades; o gerenciamento de oficinas grupais; a promoção da inserção da população com algum transtorno em situações que envolvam educação, lazer, cultura; além da participação ativa dentro da comunidade para estabelecer um novo contato entre a sociedade e o usuário. Dessa forma, estabelece-se uma melhor qualidade de vida das pessoas que sofrem transtorno psíquico. (Ministério da Saúde, 2004)

Em consequência dos fatores internos e externos com que os trabalhadores lidam para o bem-estar social deste público, eles precisam também de cuidados, pois de alguma maneira o estado psíquico afeta a qualidade de vida profissional e pessoal.

É de tamanha importância o investimento no desenvolvimento pessoal de cada funcionário que lida diariamente com as pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico, como o fortalecimento das relações interpessoais no trabalho e programas específicos de promoção e prevenção da saúde física e mental dos profissionais. (DAMAS, 2004)

Também se torna fundamental o fortalecimento dos projetos de humanização das instituições de saúde. A humanização não é um projeto de melhorias estruturais dos prédios, vai muito além, ela cuida daquilo que mantém a instituição em pé, as relações presentes no cotidiano dos serviços.

As pessoas que cuidam acabam por sofrer um grande desgaste emocional, precisam se preocupar com eles mesmos, pois também é uma necessidade do profissional que cuida, sentir-se amparados por alguém, pois serão mais eficazes para a promoção do bem-estar alheio se não esquecerem do próprio bem-estar. (DAMAS, 2004)

Dessa forma, faz-se necessário um estudo sobre a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS da Borborema.

O primeiro Capítulo faz uma abordagem histórica do trabalho e sua co-relação com o bem-estar e a saúde do profissional, além do seu estado mental em relação a jornadas de trabalho estressantes que inviabilizam o seu progresso no meio profissional.

No segundo Capítulo, levantam-se fatos sobre a Saúde Mental, desde seu início no Brasil relatando fatos históricos, e em consequência afunilando para Campina Grande-PB, na qual foi um marco para todo o processo de mudança para um novo sistema de suporte a pessoa com sofrimento psíquico, os Centros de Atenção Psicossocial.

Levando em consideração todas as tarefas que são exercidas pelos profissionais dentro do ambiente CAPS, é necessário observar que todos precisam de cuidados, tanto os que utilizam o serviço como os que oferecem apoio, foi através desse fato que fez necessário a aplicação do Instrumento *Burnout* com esses trabalhadores.

No capítulo seguinte, decorre um singelo esclarecimento deste instrumento, e bem como todo o percurso que foi realizado para alcançar os dados. Por último, o quarto capítulo foi reservado exclusivamente para a amostra e análise coletada durante o período de pesquisa.

# Capítulo I

*"Sua profissão não é aquilo que traz para casa o seu salário.*

*Sua profissão é aquilo que foi colocado na Terra para*

*voçê fazer com tal paixão e tal intensidade que*

*se torna chamamento espiritual."*

*Vincent Van Gogh*

# **CAPÍTULO I: O TRABALHO RELACIONADO AO BEM-ESTAR E A INTEGRALIDADE SOCIAL**

## **1.1 Um pouco de história sobre o Nascimento do Trabalho**

“O trabalho – que é a ação transformadora do homem sobre a natureza – modifica também a maneira de pensar, agir e sentir, de modo que nunca permanecemos os mesmos ao fim de uma atividade, qualquer que ela seja. É nesse sentido que dizemos que, pelo trabalho, o homem se autoproduz, ao mesmo tempo em que produz sua própria cultura”.  
(ARANHA, 1996)

Esse raciocínio foi uma grande conquista da história da humanidade, que antes era compreendida como uma imposição aos homens por forças a eles estranha, de um destino predeterminado.

Nas sociedades primitivas, antes das classes sociais, da propriedade privada e da exploração do homem pelo homem, as atividades produtivas eram de um nível tão diminuído que o homem dependia exclusivamente dos fenômenos naturais para sua sobrevivência.

O homem dependia da manifestação da natureza. Um ano de chuvas, secas, incêndios tinha um fator decisivo sobre aquela sociedade, além da busca pela comida, que provinha exclusivamente do que a natureza oferecia. Um lugar que produzia frutos esse ano, em nada garantia que no próximo proporcionaria a mesma a quantidade de alimentos.

O poder da natureza para aqueles homens estava bem acima deles próprios, e através dessa forma de pouco desenvolvimento das forças produtivas que surge a primeira feição da relação do homem com sua história.

Como o desenvolvimento das forças produtivas aumenta a capacidade do homem fazer sua própria história, e foi a partir do século VII a.C. que o mundo teve que se preparar para incorporar o caráter ativo do homem se realizar no âmbito produtivo.

Foi através da agricultura que o homem teve conhecimento do trabalho excedente, da exploração sobre outros homens, da propriedade privada, da submissão da mulher ao homem, das classes sociais, do Estado e da política.

O desenvolvimento das forças produtivas aumentou a capacidade do homem modificar a natureza, diminuindo a dependência do homem em relação aos fenômenos naturais. O clima já não é mais importante e menos decisivo para a sobrevivência do homem e cada vez mais ocorre o aumento da capacidade humana do desenvolvimento sócio-histórico.

O trabalho surgiu da necessidade do homem em satisfazer suas necessidades e continuar sobrevivendo. Dessa maneira podemos dizer que é a partir desta perspectiva

obtivemos o estabelecimento das relações sociais, e na medida em que são satisfeitas suas necessidades é refeita novas relações e assim sucessivamente. Dizemos ainda que, baseada nas várias concepções de trabalho, o homem esta cada vez mais dependente dele e principalmente em virtude das várias transformações ocorridas nas sociedades.

Na Grécia, as decisões que eram coletivas, tinham um papel determinante para o destino das cidades-estado e assim; começa a se elevar a consciência de que a história não pode mais ser explicada por determinações não-humanas. Agora, eles não se tornavam passivos que sofrem um destino que não conseguem construir e nem modificar.

O desenvolvimento das forças diminuiu a dependência dos homens pela natureza, mas estava muito atrasado em relação ao que somente poderia ser alcançado na Revolução Industrial, onde ocorre a introdução da energia mecânica e a substituição da força humana, marca um verdadeiro salto de qualidade na vida humana, agora os homens passam a ser senhores da natureza.

Até agora, a história nada mais foi do que a forma egoísta do homem de obter mais riqueza sobre a exploração do mais fraco, que buscam formas e meios de enriquecimento com o desenvolvimento das forças produtivas.

Marx demonstrou que não existe na história que não seja resultado do agir do homem em sociedade, o trabalho se torna categoria fundante do mundo dos homens porque é parte movida e motora do mundo, pois na relação com a totalidade social é o local da produção que ocorre novas relações sociais que marcarão o desenvolvimento do gênero humano.

Todo e qualquer ato de trabalho é sempre um ato social que incorpora o patamar de desenvolvimento em sociedade e colabora para o progresso desta como um todo.

“O trabalho fica então subordinado a determinadas formas sociais historicamente limitadas e a correspondentes organizações técnicas, o que caracteriza o chamado *modo de produção*”. (Oliveira, 1995 p.6)

O trabalho ao transformar a natureza em bens sociais, produz não apenas o “novo” do ponto de vista objetivo, mas também muda o indivíduo ao dotá-lo de novas habilidades e conhecimentos, e conseqüentemente de novas necessidades.

Segundo Marx,

“O trabalho é, em primeiro lugar, um processo entre o homem e a natureza um processo integrado no qual o ser humano faculta, regula e controla a sua forma material com a natureza através de sua atividade... Ao atuar sobre a natureza externa a si, modificando-a, o ser humano modifica simultaneamente sua própria natureza...” (Marx, 1979, p. 118).

O trabalho tem a função de atender a obrigação primordial e eterna de toda sociedade: transformar a natureza nos bens materiais necessários para a sobrevivência humana.

## **1.2 Uma nova conceituação para Saúde**

No conhecimento empírico da Escola Hipocrática, existia a conceituação de que a Saúde era "um estado de razoável funcionamento do corpo, caracterizado pela ausência de dor, e pela manutenção do vigor no desenvolvimento das lutas próprias de cada idade". Já Ferrara (1972 apud CAMPOS, 1987) a define como "um estado onde o físico, o mental e o social estejam em ótima vitalidade frente aos conflitos e as soluções que o homem propõe em decorrência de suas ações".

O termo bem-estar social só irá aparecer ligado a conceituação de Saúde no período do pós-guerra, quando é realizado um acordo com os países de Terceiro Mundo, que tem um alto grau de pobreza, com os países desenvolvidos. Em consequência de tal fato, funda-se a Organização Mundial da Saúde, e conceitua-se a saúde como um "estado de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", como um de seus princípios.

Dejours faz duas críticas ao bem-estar social, pois cada pessoa tem um conhecimento individual do seu significado e este se torna impossível de ser definido claramente em uma conceituação, além da consideração da saúde como um estado ideal ser considerada utópica e pôr em dúvida o estado de completo bem-estar.

A saúde pode ser considerada um objetivo, e não um estado, podendo evoluir de acordo com a profundidade dos conhecimentos humano para tentar compreendê-la. Dessa forma, esse conhecimento pode ser classificado de três formas: Fisiologia das Regulações, Psicossomática e Psicopatologia do Trabalho.

A Fisiologia esclarece que a saúde não é horizontalizada, existe sempre um desequilíbrio. Normalmente, o indivíduo vive em movimento de humor, ocasionando altos e baixos; e mesmo assim as pessoas conseguem ter uma vida na mais perfeita saúde física. O ser humano nunca irá retirar completamente de suas vidas situações de angústias e mesmo assim, na maioria das vezes, conseguem lidar com esses obstáculos conviver com uma boa saúde.

Enquanto a Psicossomática envolve uma situação afetiva ou psíquica, na qual é desencadeada uma alguma doença física, na maior parte dos casos, somente em duas situações escapam a essa regra: as intoxicações e acidentes; e as infestações parasitárias ou microbianas intensas. A angústia nesse caso é como uma força interna que impulsiona o ser humano a

querer atingir os seus objetivos, que quando alcançados não os fazem desistir tão facilmente, o único problema é quando a pessoa não sente mais que é possível satisfazer seus objetivos e geralmente a leva a ter uma depressão. Este é um grande perigo, pois afeta a saúde psíquica levando o ser humano a ter um enfraquecimento do sistema imunológico e adoecer.

Por último vem a Psicopatologia do Trabalho, essa aborda que o emprego traz benefícios para o bem-estar físico e mental do ser humano; quando os servidores entram em conflito com os empregadores não significa que eles não querem trabalhar, são preguiçosos, mas é sinal que querem melhores condições para exercer suas funções com dignidade, eles mantêm uma boa condição de saúde física e mental por ocuparem as mentes. O trabalho não gera somente situações negativas para a saúde humana, mas gera também positivas, como o bem-estar social. Ao contrário das pessoas inativas que não querem exercer alguma atividade são consideradas doentes pelo olhar dos psiquiatras, pois afeta de alguma maneira seu bem-estar.

Enfim, existem muitas críticas a esse "bem-estar" e da consideração da saúde como estado ideal, por ser considerado utópico. Mais importante do que encontrar uma definição capaz de resistir ao tempo e de receber uma aprovação unânime é identificar aquelas já existentes em uma dada sociedade, as ideologias que orientam e as políticas que apontam; e qual delas está de acordo com as nossas ideologias e propostas de atuação.

### **1.3 Trabalho e realização pessoal**

O termo trabalho vem do latim "*tripalium*", um instrumento romano de tortura. Dessa forma, pode-se observar que o trabalho leva a idéia de sofrimento, mesmo não sendo esse o sentido. No decorrer de anos, apesar do pensamento ter mudado em relação ao trabalho, o seu ser em nada muda, pois é o esforço e a mobilização de meios e formas para atingir um objetivo.

Segundo Giddens (1997, apud PINTO, 2009) o trabalho é considerado como tarefas que envolvem o desempenho de força física e mental, para produzir bens necessários a sobrevivência humana. É uma forma de obter salário para garantir uma melhor segurança financeira para adquirir bens materiais. O trabalho, enfim, é toda atividade que modifica a natureza, para produzir bens e financiar a riqueza e desenvolvimento de um país.

Para o trabalho existe diversos significados, como a subsistência, a formação de identidade, ao reconhecimento, a existência humana, e o mais importante, sendo de grau importante para a organização de uma sociedade.

A realização pessoal se faz presente quando existem fatores ligadas a motivação positiva para o trabalho: como, prazer pelo ambiente, bom relacionamento com as chefias e com os colegas de trabalho, boa renda salarial, oportunidades de promoção e satisfação nas atividades realizadas; o envolvimento no trabalho reflete na auto estima e no comprometimento do profissional com os objetivos com a organização. Sendo uma atividade social, que se realiza para outros e com outros, onde se é subordinado a um fim coletivo, que contribui para a satisfação e gratificação profissional.

Os profissionais se sentem mais realizados quando seu exercício é útil, não somente para eles próprios, mas para toda a família e comunidade em que atuam, pois é nesse ambiente que passam a maior parte do tempo e, muitos, algumas vezes levam para casa essas experiências, que para Chabel (2005, apud PINTO, 2009), Danna e Griffin (1999, apud PINTO, 2009) afetam o profissional trazendo até complicações a sua saúde e ao bem-estar, trazendo conseqüências até para a organização onde atua.

#### **1.4 A saúde mental do trabalhador**

A organização do trabalho não determina apenas a divisão do trabalho, mas influencia na divisão dos homens, que acarreta na carga psíquica pelo afrontamento do desejo individual do empregador acima dos desejos dos trabalhadores, que possui histórias pessoais, motivações e vontades psicológicas únicas em relação a obrigação da organização do trabalho estabelecida.

Quando não existe uma disposição do trabalhador para realizar determinada tarefa, quando existe um conflito interno que sobrepõe ao desejo externo começa o sofrimento do servidor, transformando-se em uma tarefa desgastante e pouca prazerosa. Nesse momento deve-se substituir essa forma de trabalho fornecendo uma flexibilidade para que o trabalhador possa se sentir mais confortável para a melhor execução de sua função.

A psicopatologia do trabalho seria "a análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho", revela que existe um conflito central entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico. Pode-se perceber que a organização de trabalho seria o encontro do homem com o trabalho, e conseqüentemente suas formas nocivas em relação à saúde.

Mas os homens não se tomavam alheios a esta situação; e formulavam inconscientemente mecanismos de defesa, como estratégias de defesa individuais ou de forma coletiva. O trabalho não seria o problema, mas a carga de trabalho, que poderiam ser física, como a iluminação, barulho; e mental, que seria as informações para executar a tarefa pedida.

A psicodinâmica do trabalho iria além de uma análise, do sofrimento; mas também o prazer que causava no indivíduo, fornecendo detalhes de sua dinâmica interna. Um aspecto muito importante em relação ao trabalho é o reconhecimento, pois este afeta o estado psíquico do trabalhador, podendo interferir na personalidade como também nas expectativas subjetivas relacionadas a si mesmo. (DEJOUR, 1991)

O problema da identidade causado pelo não reconhecimento do trabalho possui um lugar de destaque na psicodinâmica do trabalho, pois ela estuda essa personalidade que dominava a psicopatologia do trabalho.

A psicodinâmica aborda juntamente todos os conflitos que envolvem o trabalho e o servidor, pois existe uma gama de situações em volta, problemas individuais, problemas coletivos e problemas que levam os servidores a lutarem por condições de trabalho, o bem-estar que a tarefa pode levar ao trabalhador e a sua saúde mental.

O reconhecimento tanto vertical, formado hierarquicamente pelos empregadores; quanto horizontalmente, formado pelos servidores que estão numa mesma posição e a comunidade, traz idéia de que o trabalho é importante, podendo afetar no humor psíquico.

Dessa forma, afetar a identidade do trabalhador é atacar de frente a saúde mental, pois nenhuma descompensação psíquica age sozinho, é necessário uma hesitação ou crise de identidade, assim o reconhecimento contribui para a problemática da saúde mental do servidor.

Enfim, Dejours (1993) afirma que o sofrimento no trabalho pode ser entendido “como o espaço de luta que ocorre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar, e, de outro, a doença mental ou a loucura”.

O bem-estar está relacionado à idéia de ambiente gratificante e quando o mesmo ocorre, leva os trabalhadores a gostarem do produto realizado. Já, a idéia de sofrimento está relacionada ao domínio do trabalho sobre os trabalhadores e, quando isso acontece, se imprime raiva ao produto. (RODRIGUES, 2006). Conseqüentemente, o trabalho está ligado ao lado afetivo de cada indivíduo.

### **1.5 Desenvolvimento histórico e a conceituação de Stress**

A palavra *stress* é munida de duas palavras em latim: “*stringere*”, que significa em português esticar ou deformar e “*strictus*”, que seria esticado, tenso ou apertado. Existem diversas formas de enunciar um *stress*. Mesmo o abordando assim, é difícil defini-lo, pois não é algo que é simplesmente estando sobre pressão. É algo mais denso. Às vezes o cérebro

antecipa as mudanças que ocorrem no corpo devido a desafios que as pessoas enfrentam em sua jornada diária.

Muitos desses desafios estão relacionados a fatores psicológicos, como por exemplo, relacionamentos pessoais, profissionais, familiares, competição para conseguir um emprego, ansiedade por uma entrevista, dentre outros. Quanto aos *stresses* físicos, acometidos por uma doença grave, podemos abordar, por exemplo, um acidente de carro, onde uma pessoa passa por alguma fratura e ter que ficar de repouso.

Para chegar a um conceito final sobre o *stress*, foi necessário mais de dois milênios. Nos anos 30, um médico recém-formado canadense, realizou uma pesquisa com animais, que quando os submete a um estímulo que ameaça o seu equilíbrio orgânico, ele manifesta um conjunto de respostas não específicas que são desencadeadas de acordo com a natureza do estímulo. Esse processo foi chamado Síndrome Geral de Adaptação e as conseqüências em relação a síndrome foi chamado de *stress*. (SANTOS e CASTRO, 1998)

Na década de 70, o estudo sobre o *stress* foi ampliado, sendo bem competitivo entre os campos da medicina e psicologia, pois é algo que interfere simultaneamente na mente e no corpo. A conceituação do *stress* foi tão aperfeiçoada e se desenvolveu de uma forma tão densa que as relações entre ambiente e organismo humano, foram lidas através de sua lente, e, seu perfil adicionado no Código Internacional de Doenças.

O conceito é visto em vários campos onde interage a medicina e a psicologia: como podemos citar: a sociedade, a comunidade, as instituições, a escola, a família, o trabalho e os esportes, dentre outros.

Em relação ao trabalho, observa-se que existe um duplo conhecimento entre os pesquisadores, pois existem aspectos ambientais dentro da instituição onde atuam e a organização do trabalho podem gerar *stress*, e simultaneamente, têm um determinado tipo de *stress* que é acometido no rebaixamento na qualidade de vida do profissional.

Para estudá-lo é melhor dividi-lo em três níveis: os fatores que causam stress, a nossa atitude e a forma de pensar, bem como as atitudes. (OLIVEIRA et. al.)

- ❖ Fase de alerta – é a fase positiva do stress, quando nos preparamos para agir.
- ❖ Fase de resistência – acontece quando a fase de alerta se mantém por um tempo muito prolongado ou se acumulam vários estressores. Geralmente, nessa fase, o corpo reage com mudanças de comportamento, insônia e descontentamento. Devemos ter cuidado para não passar para a terceira fase e algumas dicas podem ajudar: parar para almoçar, estabelecer um horário de trabalho e tentar não ultrapassá-lo, reservar momentos para relaxar.

- ❖ Fase de exaustão – é a fase mais negativa do stress, quando a tensão excede o limite do organismo e a resistência física e emocional começa a enfraquecer. O stress se tornou intenso demais, ultrapassou a reserva de energia adaptativa que possuímos e um desequilíbrio grande ocorre. A probabilidade de ficar doente aumenta.

# Capítulo II

*Quando trabalhamos só com mira nos bens materiais,  
construímos nós próprios a nossa prisão. Encarceramo-nos,  
sozinhos com as nossas moedas de cinza, que não  
compram nada que valha a pena viver.  
(Saint-Exupéry, Terra dos Homens)*

## **CAPÍTULO II: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL**

### **2.1 Histórico da Saúde Mental no Brasil**

Segundo Amarante (1994), no Brasil, a história da Saúde Mental só vai ser levada em questão pelo Estado a partir da chegada da Família Real, pois este fato estimulou um confronto cultural onde colocou o país mais perto do que se debatia na Europa sobre os transtornos mentais.

Em 1830, uma Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro dar um diagnóstico para os “loucos” que habitam a cidade. Foi a partir desse momento que os “loucos” passaram a ser doentes mentais e tornaram merecedores de um local próprio para seu tratamento, pois estes antes eram encontrados em vários locais, como nas ruas, nas prisões, em asilos de mendigos e muito raramente se encontravam em enfermarias e hospitais locais próprios para seu tratamento.

Somente em 1852, é inaugurado no Rio de Janeiro, o Hospício de Pedro II, mas desde sua criação até a Proclamação da República, os médicos não pouparam críticas ao hospício, pelo fato de estarem excluídos de sua direção e não existir um projeto assistencial científico. (AMARANTE, 1994).

Nesse espaço, que também era chamado de “Palácio dos Loucos”, foram feitos 350 leitos para homens e mulheres, mas em menos de dois anos se tornou insuficiente para o grande número de internações, pois de todo canto do país vinha pacientes e pedidos para pessoas que possuíam tais transtornos. Era uma forma de também tirar o alienado do convívio familiar e social.

De acordo com Jorge (1994), as religiosas se encarregavam de cuidar desses serviços, como auxiliar os facultativos<sup>1</sup> por não possuírem formação específica. Os médicos não tinham voz, eles apenas aplicavam o tratamento, também não decidiam pela alta. As cartas que os pacientes recebiam passavam por uma supervisão e era escolhido o que eles poderiam ou não ler.

Os pacientes só poderiam sair para visitar a família em seu período de melhora, teria que ter uma aprovação policial, jurídica e administrativa, mas tendo também o compromisso do retorno na data prevista.

Devido à superlotação desse local, foram criadas colônias agrícolas para pacientes que eram considerados incuráveis, mas tranquilos. Em 1903, Juliano Moreira assumiu a direção

---

<sup>1</sup> Como eram denominados os médicos da época.

desse hospício, que agora se chamava Hospício Nacional dos Alienados, sua administração foi marcada pela preocupação de aproximar o tratamento da loucura com as especialidades médicas. (AMARANTE, 1994, p. 37).

Juliano Moreira tentou minimizar o sofrimento dos doentes mentais, abolindo as camisas de força e também abriu os portões dos cubículos, onde ficavam os pacientes mais agressivos. Criou uma biblioteca com um acervo para os profissionais como também para os pacientes e tentou tornar aquele ambiente de exclusão, menos doloroso para os pacientes.

Jorge (1994) ainda afirma que, nos anos de 1930, 1940 e 1950 foram marcados pela preocupação de buscar tratamentos científicos para curar esses doentes através do tratamento médico e cirúrgico. Foi a época onde tinha a eletroconvulsoterapia, os choques insulínicos, como também as psicocirurgias, onde causava conseqüências piores do que as manifestadas pelo própria. Assim, muitos doentes tiveram seus comportamentos modificados por causa desses métodos que poderiam ser comparados aos de maus-tratos.

Nos anos de 1970 e 1980, surgiram movimentos que não aceitavam esse hospício como o centro capaz de tratar doentes graves, eles também não aceitavam o papel do manicômio pois o considerava incapaz de fazer qualquer tratamento e queriam eliminá-lo. A partir de 1980 como conseqüência dos movimentos civis, surgem profissionais da área da saúde para combater esse modelo psiquiátrico que exclui e é segregatório, passando a lutar por um sistema equânime, inclusivo, extra-hospitalar e com uma base comunitária.

A partir de tais movimentos foram ocorrendo mudanças dentro de hospitais públicos, trazendo um processo de democratização das relações entre técnicos e pacientes, como também de uma humanização dos procedimentos, promovendo assim uma diminuição do número de leitos nos hospitais. Com esse clima de renovação dentro da Saúde Mental, foi começando a aparecer dentro do país um movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo como pressupostos as reformas que aconteceram na Europa, e que agora afetam a visão que a equipe que trabalham nessa área tem sobre as “prisões” das pessoas com transtornos mentais.

## **2.2 Reforma Psiquiátrica**

A partir de 70 alguns movimentos começaram a surgir que iam de encontro com o modelo hospitalocêntrico privatista, na qual sua principal abordagem era a precariedade desde que não atendia as necessidades da pessoa que possui algum sofrimento psíquico. Em Abril de 1978, os profissionais das quatro Divisões Nacionais de Saúde Mental (DNSM), órgão do Ministério da Saúde, demite 260 estagiários e profissionais.

Essa crise foi muito repercutida, pois os médicos estavam denunciando as situações irregulares de alguns hospitais e trazendo a público o que se passava dentro dessas unidades, resultando na mobilização de todos os movimentos e profissionais de diversas áreas para lutar contra o sistema hospitalocêntrico que estava sendo utilizado neste período. Várias reuniões foram realizadas acarretando na criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, para denúncias contra a falta de recursos dentro dos hospitais e a precariedade no atendimento à população.

Nesse mesmo ano, é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, conhecido como o Congresso da Abertura, em Camboriú, Santa Catarina e teve como principal objetivo a homogeneidade de todos os movimentos que lutavam a favor de uma Reforma na Saúde Mental e organiza-los nacionalmente.

Somente na década de 80 que marca o fim da ditadura que o movimento pela Reforma Psiquiátrica conseguiu juntar força política e social, e assim foi possibilitando mudanças no setor da saúde.

A partir de 1986 foi realizada em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual pela primeira vez iriam participar os representantes das camadas populares, cujo tema era: “A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado”.

No ano seguinte, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, onde foram discutidos temas como: a Economia, a Sociedade e o Estado e seus impactos sobre a saúde mental e doença; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; Cidadania e doença mental-direitos, deveres e legislação. Foi nessa Conferência que o Controle Social se posicionou ser a favor do fortalecimento da Reforma Sanitária e na substituição de modelos alternativos.

Em Maio de 1989, foi realizado uma Intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos – SP, fato este importante para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde foi implantada uma rede substitutiva do modelo que estava sendo utilizado.

Nesse mesmo ano, o Congresso Nacional recebe um Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, “que dispõe sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, marcando o início dos registros da Reforma no campo da legislação”.

A partir da década de 80 o Brasil assistiu surgir um novo modelo de assistência à saúde mental: os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, esse sistema estava tentando juntar a dimensão clínica com a dimensão psicossocial.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, tiveram a participação de familiares, usuários e profissionais, na qual foram discutidos a desinstitucionalização e a luta antimanicomial. Dessa forma, entra em vigor as primeiras regulamentações federais para que ocorra a implantação de serviços substitutivos e as normas para as fiscalizações dos hospitais psiquiátricos.

O acolhimento no CAPS está fazendo parte do SUS, segundo a portaria 189 (1991) do Ministério da Saúde. E de acordo com essa portaria o CAPS é uma unidade regional com cuidados ambulatoriais e internação hospitalar, que funciona no mínimo cinco dias na semana no período diurno, mas pode chegar a 24 horas, sete dias por semana com uma equipe multiprofissional para os seguintes procedimentos: atendimento individual e familiar, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares.

### **2.3 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS que surgiu no Brasil foi em março de 1986, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A origem de tal Centro deve-se ao movimento social que era formado pelos trabalhadores de saúde mental que queriam melhoria na assistência aos doentes mentais e acusavam os hospitais psiquiátricos, pela situação precária que estava funcionando, mas que era a única instituição que "cuidava" das pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico.

Os CAPS, como os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS e os Centros de Referência em Saúde Mental- CERSAMs, são regulados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e faz parte do Sistema Único de Saúde - SUS. Com essa portaria foi ampliada o funcionamento e a complexidade dos CAPS, onde sua função é atender as pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico mais severos, em horário diurno, oferecendo um atendimento clínico e de reabilitação psicossocial, para substituir o modelo hospitalocêntrico, e impedir as internações, favorecendo a inclusão das pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico às suas famílias.

Os CAPS têm como objetivos (Ministério da Saúde, 2004):

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e
- personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de

enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental básica, Programa de Saúde da Família - PSF e Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS;
- regular a porta de entrada de rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Os CAPS têm um projeto terapêutico individual, ou seja, o atendimento é específico para cada usuário permitindo que ele realize atividades enquanto esteja nos Centros de acordo com suas capacidades. O atendimento poderá ser: intenso (atendimento diário), onde os atendimentos são para as pessoas que têm um sofrimento psíquico grave e tenha muitas dificuldades no convívio familiar; semi-intensivo, o usuário pode ser atendido até doze dias no mês, mas que o sofrimento e a dificuldade no relacionamento entre seus familiares melhoraram, mas a pessoa que sofre de algum transtorno psíquico ainda precisa da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia; e o não-intensivo, é oferecido para as pessoas que não precisam do suporte diário da equipe, pois podem dar conta das atividades do trabalho e da família, podendo ser atendido três dias por mês.

Cada CAPS funciona durante cinco dias úteis da semana, mas seu horário de funcionamento depende do tipo de cada CAPS, já que estes trabalham com um tipo diferente de usuário, dessa maneira cada CAPS tem sua especificidade: os CAPS I e II realizam atendimento diurno de segunda a sexta, em adultos com transtorno mental, a diferença é que o CAPS I são para municípios com população entre 20.000 e 70.000 mil habitantes e o CAPS II são para os municípios que tem a população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes.

O CAPS III faz o atendimento para as pessoas que sofrem de algum transtorno psíquico severos e persistentes, funcionando às 24 horas, diariamente, e também nos feriados e fins de semana; o CAPSi é referente as crianças e adolescentes que sofrem de algum transtorno psíquico, atendimento de segunda a sexta das 8h às 18h.

Já o CAPSad é destinado aos usuários que sofrem de algum transtorno psíquico decorrentes do uso de alguma bebida alcoólica e drogas, esse Centro possui leitos de repouso para o tratamento da desintoxicação.

## **2.4 Cuidar e qualidade de vida dentro dos CAPS**

A qualidade de vida no trabalho é definida como um conjunto de ações para a melhoria das condições dentro das empresas para seus trabalhadores. Dessa forma a construção da qualidade de vida se torna eficaz quando os empregadores observam a empresa como o todo e preconizam a implantação de medidas que enfoquem no bem-estar geral, como: a criação e implementação de projetos que preservem as pessoas durante seus horários de trabalho. (VASCONCELOS, 2001)

Na época na qual vivemos, temos vários tipos de vida, dentro e fora de empresas gerando conseqüentemente uma diferenciação na maneira da qualidade de vida no trabalho de cada pessoa.

Dessa maneira, há necessidade de “cuidar”, que no dicionário se define como: prevenção, zelo, atenção; dos profissionais, principalmente na área da saúde, pois são eles que zelam pelo bem-estar no outro, proporcionando uma vida mais saudável. (SILVA, 2008). Segundo Fortuna “trabalhar na saúde revisa nosso modo de ser e de viver, nos reinaugura no instante em que nos coloca em contato com o modo de ser e de viver do outro: é que eles (os usuários) nos mostram pelas suas, as nossas dores”.

# Capítulo III

*"Você tem que encontrar algo que você ame o suficiente para ser capaz de aceitar riscos, pular sobre os obstáculos e avançar sobre os muros que serão sempre colocados na sua frente. Se você não tem este tipo de sentimento por aquilo que está fazendo, você parará no primeiro grande obstáculo."*

*-- George Lucas*

## CAPÍTULO III: UMA PESQUISA DENTRO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CONHECENDO BURNOUT

### 3.1 A Síndrome de Burnout

O termo *burnout* é baseado em uma junção entre as palavras de língua inglesa “*burn*” e “*out*”, onde a primeira significa “arder”, “queimar” e a segunda “para fora”. O sentido literal para a língua portuguesa é “queimar para fora”, onde indica o colapso que sobrevêm após a utilização de toda a energia disponível, ou seja, o esgotamento total do indivíduo, que lida constantemente com as dificuldades e os problemas alheios, nas diversas situações de atendimento. (PEREIRA)

A síndrome de *Burnout* é determinada em seu estágio mais avançado do stress, sendo constatada em primeiro lugar por seus colegas de trabalho, em seguida pelos próprios pacientes da qual tem que atender, e, em estado mais avançado pela própria pessoa, que decide procurar ajuda profissional.

O termo era utilizado como gíria em 1940 por militares e engenheiros para denominar uma pane geral em turbinas de jatos e outros motores. Posteriormente, utilizado pela equipe de saúde para determinar as pessoas usuárias de drogas em estado debilitado e comprometido.

O psiquiatra Herbet Freudenberger, em 1974, foi o primeiro autor a escrever um artigo, descrevendo e conceituando a *Staff Burnout*, a Síndrome de *Burnout*, publicado no *Journal of Social Issues*, primeiramente nos Estados Unidos, onde começou a ser pesquisada e posteriormente nos demais países. Na realidade, muitos profissionais já estavam sofrendo os efeitos desta síndrome há muitos anos, agora só faltava determinar sua natureza e examiná-la.

O artigo Dr. Freudenberger foi desenvolvido do através de suas observações aos acadêmicos do último ano de medicina, de um modo especial, os residentes que acompanhava e nomeou o fenômeno de esgotamento físico com exaustão emocional de *staff burnout*.

Esse pesquisador relatava que *burnout* era o estado de fadiga e exaustão, ou perda de energia física e mental, derivado de necessidades exorbitantes em executar desejos não realista impostos pelo próprio indivíduo ou pela sociedade.

Outro caso curioso sobre a descoberta e a denominação da síndrome, é narrado por Chiminzazzo e Montagner (2004, apud PIRES, 2006). Segundo eles, Christina Maslash, uma psicóloga social, estava progredindo nos seus estudos sobre a relação que existe entre os médicos e os seus pacientes, de um modo especial o comportamento afetivo e humanitário desses profissionais em detrimento aos pacientes enfermos.

Ao mostrar seus estudos para um advogado, o mesmo explicou que os juristas, principalmente os que trabalhavam em casos de pessoas de classes inferiores menos favorecidas, também estavam desenvolvendo igual realidade com que sofriam os médicos, onde se denominavam tal processo de “esgotamento”.

A partir daquele momento Maslach notou que, *Burnout* é um tipo de estresse ocupacional e que não só acomete profissionais envolvidos na área da saúde, mas, com qualquer tipo de profissional que esteja envolvido no cuidado em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional. As profissões mais vulneráveis são geralmente as que envolvem serviços, tratamento ou educação.

Conforme as abordagens históricas sobre *burnout*, Christina Maslach e Susan Jackson, no final da década de 70, fizeram um modelo teórico, como também um inventário para a medição a síndrome.

A definição mais aceita e que é seguida por Maslach e Jackson consiste em “uma reação à tensão emocional crônica por tratar excessivamente com outros seres humanos, particularmente quando eles estão preocupados ou com problemas”, sendo uma síndrome multidimensional, esta constituída de três fatores: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

O primeiro fator refere-se a um sentimento de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora; o segundo caracteriza-se por tratar os clientes, colegas e a organização como objetos; e por último, o terceiro fator refere-se à percepção de deterioração da auto competência e falta de satisfação com as realizações e os sucessos de si próprio no trabalho.

Enfim, a síndrome de *burnout* é ocasionada por objetivos e expectativas frustradas, sentimentos de falta de controle em relação ao trabalho e de perda do sentido da vida. Dentre os principais efeitos da síndrome, depara-se com a perda progressiva do idealismo, relacionada com ao fraco desempenho no trabalho e o comprometimento da saúde, gerando dores de cabeça, hipertensão, ansiedade e depressão. Em alguns casos podendo levar o indivíduo ao uso do álcool, drogas, a deteriorização dos laços familiares e sociais.

Os sinais e sintomas da síndrome de *burnout* são idênticos aos do stress e a depressão, mas ela é somente caracterizada nos estágios mais avançados da doença, apresentando características que impares que a diferencia de outras patologias. A divisão dos sintomas em quatro estágios facilita o entendimento do desenvolvimento da síndrome.

#### **1º estágio:**

- A vontade em ir ao trabalho fica comprometida,

- Ausência crescente e gradual de ânimo ou prazer em relação às atividades laborais,
- Surgem dores genéricas e imprecisas nas costas e na região do pescoço e coluna,
- Em geral, o profissional não se sente bem, mas não sabe dizer exatamente o que possa ser.

#### **2º estágio:**

- As relações com parceiros e colegas de trabalho começa a ficar tensa, perdendo qualidade,
- Surgem pensamentos neuróticos de perseguição e boicote por parte do chefe ou colegas de trabalho, fazendo com que a pessoa pense em mudar de setor e até de emprego,
- As faltas começam a ficar freqüentes e as licenças médicas são recorrentes,
- Observa-se o absentéismo, ou seja, a pessoa recusa ou resiste participar das decisões em equipe.

#### **3º estágio:**

- As habilidades e capacidades ficam comprometidas,
- Os erros operacionais são mais freqüentes,
- Os lapsos de memória ficam mais freqüentes e a atenção fica dispersa ou difusa,
- Doenças psicossomáticas como alergia e picos de pressão arterial começam a surgir e a automedicação é observada,
- Inicia-se ou eleva-se a ingestão de bebidas alcoólicas como paliativo para amenizar a angústia e o desprazer vivencial,
- Despersonalização, ou seja, a pessoa fica indiferente em suas relações de trabalho culminando em cinismo e sarcasmo.

#### **4º estágio:**

- Observa-se alcoolismo,
- Uso recorrente de drogas lícitas e ilícitas,
- Enfatizam-se os pensamentos de auto-destruição e suicídio,
- A prática laboral fica comprometida e o afastamento do trabalho é inevitável.

É importante lembrar que os sintomas apresentados não representam, necessariamente, a forma de manifestação da *burnout*, pois pode ocorrer variações de profissional para profissional.

Além desses vários outros são os sintomas, dividindo-os em quatro categorias: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, podendo ser observado melhor na tabela a seguir: (PEREIRA)

FÍSICOS	COMPORTAMENTAIS
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos
Distúrbios do sono	Irritabilidade
Dores musculares e osteo-musculares	Incremento de agressividade
Cefaléias, enxaquecas	Incapacidade de relaxar
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade de aceitação de mudanças
Imunodeficiência	Perda da iniciativa
Transtornos cardiovasculares	Aumento do consumo de substâncias
Distúrbio do sistema respiratório	Comportamento de alto-risco
Disfunções sexuais	Suicídio
Alterações menstruais nas mulheres	

PSÍQUICOS	DEFENSIVOS
Falta de atenção, de concentração	Tendência ao isolamento
Alterações da memória	Sentimento de onipotência
Lentificação do pensamento	Perda do interesse pelo trabalho ou lazer
Sentimento de alienação	Absenteísmo
Sentimento de solidão	Ironia, cinismo
Impaciência	
Sentimento de insuficiência	
Baixa auto-estima	
Labilidade emocional	
Dificuldade de auto-aceitação	
Astenia, desânimo, disforia, depressão	
Desconfiança, paranóia	

Vale ressaltar que nem todos os sintomas e causas são universais, dependendo do caso em que se encontre o indivíduo, ela pode se manifestar de maneiras diferentes. Por assim dizer, nem todos que estão com a síndrome apresentarão este conjunto de sintomas e estes podem se expressar de forma diferente em momentos dessemelhantes na mesma pessoa.

É importante também destacar que a síndrome de *burnout* não traz conseqüências somente para o indivíduo, acaba que também afeta os que dependem dos serviços desde profissional, os colegas de trabalho, e também a instituição.

O processo do *burnout* é individual, seu desenvolvimento pode levar anos e até mesmo décadas. Seu aparecimento é paulatino, cumulativo, com incremento progressivo em severidade, não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar que tenha algo de errado com ele. (GONZAGA e BARBOSA)

O instrumento mais apreciado para se estudar a síndrome de *burnout* é o Maslach Burnout Inventory, MBI, na qual o *burnout* é gerado como uma síndrome de com três diferentes, mas ao mesmo tempo, relacionados aspectos.

Maslach tem um olhar multidimensional sobre a síndrome de *burnout*, e desenvolveu juntamente com Jackson, uma escala de medida, chamado “Maslach Burnout Inventory” – MBI. Esse instrumento teve sua primeira edição em 1981. Posteriormente, em 1986, após estudos que culminaram na diminuição do número de itens e na escala de intensidade, foi editada a segunda edição. Ele foi estabelecido para obter dados de diferentes amostras de trabalhadores, na qual foram obtidos três fatores principais para a análise:

- ✓ Exaustão emocional: refere-se ao sentimento de estar emocionalmente drenado pelo contato com outras pessoas;
- ✓ Despersonalização: refere-se à resposta insensível de tratamento àquelas pessoas; segue a exaustão emocional e é evidenciada pela insensibilidade em relação aos clientes e colegas de trabalho.
- ✓ Reduzida realização pessoal: refere-se ao declinante sentimento de ser bem-sucedido no trabalho com pessoas, (Sweeney & Summers, 2002).

A suposta relação entre esses três fatores é a exaustão emocional, reposta a estressores emocionais no ambiente do trabalho, sendo a primeira fase do *burnout*. O indivíduo tenta lidar com eles, se distanciando desses fatores, mas desenvolvem respostas despersonalizadas as pessoas.

Quando ocorre a despersonalização, o profissional tende a avaliar-se menos positivamente em relação à realização de um bom trabalho. Por isso, leva-se em consideração a exaustão emocional como medida para a despersonalização, que o é do nível de realização pessoal.

O tratamento é basicamente psicoterapêutico, com intervenção temporária de psicólogos ou psicanalistas, podendo ter atendimentos médicos caso a pessoa tenha problemas biofisiológicos, como dores de cabeça, problemas cardíacos, dentre outras.

Em relação às técnicas psicoterápicas tem de várias formas e não existe uma melhor do que a outra, pois em função da intensidade síndrome de *burnout*, uma técnica pode ser mais bem aplicada para cada tipo de pessoa.

Existem também formas de prevenir o estresse laboral, podendo diminuir as possibilidades de instalação da síndrome de *burnout*. (JBEILI, 2008)

- **Programe melhor as atividades do dia, deixando espaço para intervalos importantes:**

O acúmulo de afazeres diários gera estresse e aumenta as chances de falhas, comprometendo a qualidade dessas atividades, podendo afetar inclusive a auto-estima do profissional;

- **Diferenciar competência de competição:**

Procurar realizar as tarefas com zelo e profissionalismo é bem melhor do que tentar fazer melhor do que o outro fez. Comparar desempenhos ou estilos de trabalho entre colegas de trabalho só gera desavenças. Mantenha o foco nos resultados;

- **Promover ou buscar qualidade nas relações interpessoais:**

A presença de um bom amigo ou a interação prazerosa com outras pessoas libera um hormônio chamado ocitocina, também conhecido popularmente como “hormônio da amizade”. A presença desse hormônio no organismo diminui a quantidade de um hormônio nocivo à saúde, o cortisol, também conhecido como o “hormônio do estresse”. Além desse efeito benéfico da ocitocina, a qualidade nas relações interpessoais aumenta a rede de apoio da pessoa, proporcionando mais segurança no ambiente de trabalho.

- **Ainda vale a máxima:**

“Corpo são, mente sã”. Portanto, procure fazer algum tipo de atividade física dirigida. Faça yoga, Tai Chi Chuan, academia, caminhada, natação ou qualquer outra atividade física. Saiba que a atividade física regular libera hormônios essenciais para a saúde do corpo e da mente, entre eles a dopamina, um neurotransmissor que atua direto no sistema nervoso central, agindo como analgésico natural e precursor da sensação de bem-estar. Importante lembrar que o alcoolismo e a drogadição diminuem consideravelmente a ação da dopamina no organismo, fazendo com que a quantidade liberada pelo organismo não seja suficiente para que o usuário de álcool ou de drogas sinta os pequenos prazeres da vida, intensificando o vício.

- **Mudar estilo de vida:**

Repensar o espaço que o trabalho ocupa em sua vida, rever conceitos, hábitos alimentares e reorganizar o seu tempo e suas atividades, colocando harmonia entre as áreas chaves da vida.

## 3.2 Método

### 3.2.1 Delineamento:

Este trabalho é de caráter exploratório e descritivo e será realizado utilizando-se de abordagem quantitativa.

### 3.2.2 Amostra

Participaram deste estudo cento e onze sujeitos, profissionais de nível superior, como, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, médicos, enfermeiros e pedagogos. A pesquisa foi realizada nos seguintes municípios: Campina Grande, Araruna, Boqueirão, Lagoa Seca, Pocinhos, Queimadas, Taperoá; envolvendo os CAPS I, CAPS III, CAPS ad, CAPS i e CAPS inho.

### 3.2.3 Instrumentos:

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário auto-aplicável contendo dados biodemográficos: idade, sexo, estado civil, renda, religião, tempo de serviço, turno de trabalho, setor que atende e nível de exigência do trabalho.

Utilizou-se também o Inventário de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1986), desenvolvido pela psicóloga Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, contendo escalas de *exaustão*, *emoção* e *despersonalização* que busca estabelecer a relação entre a ocorrência da SB e a organização do trabalho. O questionário é auto-administrado composto predominantemente por questões fechadas, divididas em três seções. A primeira seção (A e B) corresponde aos dados sócio-demográfico e profissional. A segunda seção é composta por 22 questões sobre exaustão e despersonalização; a terceira seção é composta por 30 questões correspondente ao Inventário de Sintomas (ISE), que apresenta questões objetivas relacionadas à frequência com que esses sintomas são sentidos no cotidiano do indivíduo.

Maslach tem um olhar multidimensional sobre a síndrome de *burnout*, e desenvolveu juntamente com Jackson, uma escala de medida, chamado “Maslach Burnout Inventory” – MBI. Esse instrumento teve sua primeira edição em 1981. Posteriormente, em 1986, após estudos que culminaram na diminuição do número de itens e na escala de intensidade, foi editada a segunda edição. Ele foi estabelecido para obter dados de diferentes amostras de trabalhadores, na qual foram obtidos três fatores principais para a análise:

- ✓ Exaustão emocional: refere-se ao sentimento de estar emocionalmente drenado pelo contato com outras pessoas;
- ✓ Despersonalização: refere-se à resposta insensível de tratamento àquelas pessoas; segue a exaustão emocional e é evidenciada pela insensibilidade em relação aos clientes e colegas de trabalho.
- ✓ Reduzida realização pessoal: refere-se ao declinante sentimento de ser bem-sucedido no trabalho com pessoas, (Sweeney & Summers, 2002).

A suposta relação entre esses três fatores é a exaustão emocional, reposta a estressores emocionais no ambiente do trabalho, sendo a primeira fase do *burnout*. O indivíduo tenta lidar com eles, se distanciando desses fatores, mas desenvolvem respostas despersonalizadas as pessoas.

Quando ocorre a despersonalização, o profissional tende a avaliar-se menos positivamente em relação à realização de um bom trabalho. Por isso, leva-se em consideração a exaustão emocional como medida para a despersonalização, que o é do nível de realização pessoal.

A interpretação dos resultados, de uma amostra, é de acordo com a tabela que os próprios autores do instrumento elaboraram:

RANGE DOS ESCORES INDICANDO O NÍVEL DE BURNOUT POR SUB-ESCALA			
	BAIXO	MODERADO	ALTO
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27+
Despersonalização	0-6	07-12	13+
Realização Pessoal	39+	32-38	0-31

Fonte: Illinois Periodicals Online, 2002

No agrupamento feito por Maslach as condutas para obter os resultados, são as pontuações acima de 26 no primeiro fator, acima de 12 no segundo e abaixo de 38 no terceiro fator enunciam a síndrome de *burnout*. O instrumento esclarece ao sujeito escolher a melhor opção que define com precisão o seu estado de bem-estar no momento, em forma de um questionário de auto-preenchimento, contendo vinte e duas alternativas numa escala de Likert que de 0= nunca a 6= todos os dias.

Uma matriz foi padronizada pelos autores para ser analisada na planilha excel onde as respostas dos indivíduos são digitadas. Dessa maneira, é possível interpretar as respostas e cruzar os dados com dados demográficos para obter uma melhor qualidade dos resultados. Analisando pela maneira de Maslach, os fatores são apenas três e os resultados não vão além de se determinar um percentual de funcionários que estariam sob risco de adquirirem a síndrome.

Em relação ao terceiro fator (Realização Pessoal), como a escala é composta por afirmativas positivas, as pontuações foram invertidas, para que não ocorram prejuízos na eficácia e qualidade dos resultados.

Não são consideradas diferenças culturais para comparação dos resultados. Por isso, Maslach e Jackson utilizam um meio independente, que pode não se considerado padrão para os demais países.

Assim sendo, fez necessário saber se o instrumento mediria corretamente a tendência para síndrome de *burnout* se fosse aplicado em outro país, que não fosse o seu original. Propôs então, a validação do instrumento em língua portuguesa.

O instrumento foi analisado segundo o método de Análise Funcional de Intercorrelações – Equamax com normalização de Kaiser. Esse método foi escolhido porque o número de variáveis obtido terá carga fatorial maior e o número de fatores será minimizado, isto é, a reunião de proposições segundo a mesma tendência de correlação estatística para se fazer julgamentos de aspectos que têm a mesma relevância frente ao conjunto de afirmativas. Com essa análise pode-se separar e associar elementos muitas vezes indistintos, obtendo uma visão absoluta dos conceitos dos respondentes.

Foi realizado o teste vários testes para confirmar a viabilidade desse instrumento na língua portuguesa:

- ✓ O teste de Kolmogorov-Smirnov, onde verifica se os dados se comportam como uma distribuição normal, também chamada distribuição de Gauss, ou seja, avalia-se a aderência dos dados àquele tipo de distribuição
- ✓ O teste KMO indica a medida de adequação dos dados, é um teste que examina o ajuste dos dados tomando todas as variáveis simultaneamente. Se as correlações parciais forem pequenas, o KMO terá valor próximo a 1 e indicará a perfeita adequação dos dados para a análise fatorial
- ✓ O teste de esfericidade de Bartlett, indicado para ser efetuado previamente à análise fatorial nesta situação, tem o objetivo de testar a correlação entre as variáveis. É testada a hipótese de que a matriz de correlação seja uma matriz identidade (diagonal igual a um (1) e todas as outras medidas iguais a zero). Em outras palavras, testar se não há correlação entre as variáveis.

A confiabilidade do instrumento foi medida através do teste alfa de Cronbach, é a medida do quadrado da correlação entre o escore observado e o escore real. Segundo Neto et.al. (2001, apud GONZAGA e BARBOSA) o teste de confiabilidade é decisivo e mede o desempenho de um instrumento em uma dada população evitando o agrupamento de questões aparentemente relevantes.

Em fase do que foi colocado, pode-se concluir que o MBI é um instrumento confiável para medir o que o autor deste se propõe

### 3.2.4 Procedimento

A pesquisa foi realizada com os profissionais de nível superior nos municípios da região da Borborema, sendo estes, Campina Grande, Araruna, Boqueirão, Esperança, Lagoa Seca, Queimadas, Pocinhos. Para a aplicação do inventário de *Burnout*, foi necessária a autorização da coordenadora da Saúde Mental de Campina Grande para “entrar” nos CAPS (CAPS III, CAPS ad, CAPS i e CAPS inho), após essa fase, foi necessário marcar com todas as coordenadoras de cada CAPS para ser realizado dentro das instituições requisitadas tanto em reuniões, como individualmente, nas salas dos devidos profissionais.

Tanto no CAPS ad como nos CAPS i's, o inventário foi aplicado com os profissionais de nível superior, na sala de reuniões antes de começar a pauta do dia dentro da instituição. Enquanto que, nos demais CAPS, a aplicação dos questionários foram individuais: pesquisador-pesquisado.

Os demais CAPS I que se localizavam na região da Borborema, foi necessário fazer contato através do telefone para que fosse agendada a aplicação dos questionários nas instituições. Devido a incompatibilidade de horários para ser realizada a pesquisa nas reuniões em cada CAPS, o pesquisador aplicou individualmente cada questionário para cada profissional que optasse na participação desta análise.

### 3.2.5 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos CAPS I dos municípios da Borborema, Araruna, Boqueirão, Esperança, Lagoa Seca, Queimadas, Pocinhos; e nos CAPS ad, CAPS i, CAPS inho, CAPS III do município de Campina Grande, no período de maio à agosto de 2011.

### 3.2.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o comitê de ética para a avaliação e aprovação. Após esse momento, fez-se necessário o consentimento da coordenadora geral da saúde mental no município de Campina Grande para realizar a pesquisa dentro dos CAPS. Tendo autorização restou marcar com cada coordenadora de cada CAPS para aplicar o inventário.

O projeto de pesquisa número 0003.0.133.000-11 obedece as normas da Resolução 196/69 do Conselho Nacional de Ética do Ministério da Saúde que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

# Capítulo IV

*"Para que as pessoas possam ser felizes em seus trabalhos, essas três coisas são necessárias: Elas devem ser adequadas ao trabalho; elas não devem trabalhar demais; e elas devem ter uma sensação de sucesso neste trabalho."*

*-- John Ruskin*

## CAPÍTULO IV: BURNOUT NOS CAPS – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

### 4.1 Caracterização do grupo investigado

A pesquisa foi composta por 111 participantes, entre os quais, 94 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, conforme tabela 1 abaixo, com idades variando entre 18 e 51 anos. A pesquisa foi realizada com os profissionais de nível superior nos municípios contidos dentro da região da Borborema, sendo estes, Campina Grande, Araruna, Boqueirão, Esperança, Lagoa Seca, Queimadas, Pocinhos no período de junho a setembro de 2011. No intuito de melhor compreender os resultados obtidos, inicialmente, tratamos de apresentar informações que permitam uma caracterização desses sujeitos.

**Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com sexo**

Sexo	N	%
Masculino	17	15,3
Feminino	94	84,7
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

A tabela 2 apresenta, a seguir, a distribuição dos sujeitos da amostra, em relação a sua faixa etária.

**Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária**

Faixa etária	N	%
18 a 30 anos	32	28,8
31 a 40 anos	44	39,6
41 a 50 anos	25	22,5
Acima de 51 anos	10	9
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

As idades dos participantes variaram entre 18 e 51 anos, sendo 44 sujeitos (39,6,0%) com idades entre 31 a 40 anos.

Quanto à situação conjugal 58 sujeitos (52,3%) se declararam casados e 41 (36,9%) solteiros.

Na questão religião, em sua maioria, os sujeitos estudados são católicos (58,2%), sendo ainda 30% evangélicos, 7,3% espíritas, 4,5% não tem religião.

Para sabermos a função exercida atualmente, pudemos observar que a maioria dos entrevistados atua na área de psicologia 25,2%, enfermagem 18%, Técnico em enfermagem

17,1%, assistente social 11,7%, e outras funções como: pedagogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, farmacêutico, psicopedagogo, fisioterapeuta 28%.

**Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a função exercida atualmente em termos laborais**

Função atual	N	%
Assistente Social	13	11,7
Educador físico	2	1,8
Enfermeiro	18	16,2
Farmacêutico	3	2,7
Fisioterapeuta	5	4,5
Fonoaudiólogo	5	4,5
Médico	4	3,6
Pedagogo	8	7,2
Psicólogo	30	27
Psicopedagogo	3	2,7
Técnico Enfermagem	20	18
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Quanto às horas semanais dedicadas a função laboral, os sujeitos responderam 80,2% trabalham no regime de 40 horas semanais, 18% trabalham 30 horas semanais e apenas 1,8% trabalham 20 horas semanais.

Adicionalmente, procuramos saber se os participantes trabalham em regime de plantão, apenas 29,7% trabalham em regime de plantão e 70,3% não trabalham em regime de plantão.

Sobre o nível de satisfação dos participantes da pesquisa, foi indagado se os mesmos se pudessem recomeçar na profissão eles mudariam 84,7% não mudariam de profissão e apenas 15,3% responderam que mudariam.

**Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a renda mensal**

Renda Mensal	N	%
1 a 3 salários	68	61,3
3 a 4 salários	21	18,9
Acima de 4 salários	22	19,8
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

\*Salário mínimo vigente em outubro, R\$ 545,00

Pode-se observar na tabela 4 acima que 61,3% dos participantes recebem de um a três salários. Outros 18,9% recebem de três a quatro salários mínimos, enquanto que 19,8% dos sujeitos ocuparam a faixa acima de quatro salários mínimos.

## 4.2 Análise de Confiabilidade dos Fatores do MBI

Em virtude do relativamente reduzido número de respondentes (n=111), a Análise Fatorial não pôde demonstrar resultados consistentes, indicando um padrão disperso dos fatores (total de 7). Assim, procedi o cálculo dos escores fatoriais conforme indicado pela literatura, reunindo os itens que compõem os três fatores propostos por Maslach & Jackson (Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização). Computados esses fatores as análises dos índices de confiabilidade, cujos resultados foram:

**Fator 1** – Exaustão Emocional: Alpha de Cronbach=0,80 (9 itens);

**Fator 2** – Realização Profissional: Alpha de Cronbach=0,80 (8 itens);

**Fator 3** – Despersonalização: Alpha de Cronbach=0,43 (5 itens).

Os dois primeiros fatores apresentaram bons índices de confiabilidade, uma vez que a literatura aponta como bons índices acima de 0,75.

O fator Despersonalização apresentou um coeficiente ruim (0,43). Este é um dado que está presente em todos os estudos sobre o burnout usando o MBI. A justificativa das próprias autoras do instrumento para este problema diz respeito ao caráter de desejabilidade social das respostas dos itens que compõem este fator (alguns itens são constrangedores). Por esse motivo este coeficiente baixo não resultará em grande problema.

Com relação à síndrome de burnout, as médias indicam uma baixa prevalência de burnout na amostra, visto que os fatores negativos apresentam médias abaixo do ponto médio da escala (3) (EM= 2,18. Sd= 0,5812; D=1,58. Sd= 0,6232), e o fator positivo, acima do ponto médio (R= 3,85. Sd=0,6232) como pode ser observado na tabela 5 abaixo.

**Tabela 5** – Distribuição dos sujeitos de acordo com a Síndrome de Burnout

	N	Valor mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	111	1,00	4,00	2,1872	,58122
Realização Profissional	111	1,50	5,00	3,8525	,62322
Despersonalização	111	1,00	3,00	1,5838	,46015

Esses dados acima podem ser confirmados na tabela 6 abaixo, onde foi realizado um teste t para comparação da variável sexo no que diz respeito aos fatores que identificam a síndrome de burnout.

**Tabela 6 - Testes T para comparação de variáveis dicotômicas**

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	Masculino	17	2,14	,5902
	Feminino	94	2,19	,58243
Realização Profissional	Masculino	17	3,79	,54655
	Feminino	94	3,86	,63819
Despersonalização	Masculino	17	1,55	,49764
	Feminino	94	1,58	,45566

\*Médias e desvios-padrão dos fatores do MBI em função do gênero.

Com relação à síndrome de burnout, as pontuações médias em relação ao sexo, não demonstraram comprometimento no tocante aos fatores: Exaustão Emocional (2,14. Sd=0,5902; 2,19. Sd=0,58243), Realização profissional (3,79. Sd= 0,54243; 3,86. Sd= 0,63819) e Despersonalização (1,55. Sd= 0,49764; 1,58. Sd= 0,45566).

No que tange a comparação dos fatores de Burnout com variáveis idades dos sujeitos, as pontuações médias em relação a todas as participantes da pesquisa não demonstraram comprometimento no tocante a Exaustão Emocional (EE) e Realização Profissional (RP). Porém, em relação ao fator Despersonalização, foram identificadas diferenças significativas em função da idade [ $F(3, 107) = 6,680$ ;  $p < 0,001$ ]. Para isso, foi realizado o teste de Bonferroni que indica que as diferenças se situam entre as faixas 18-30 e acima de 50 e entre 31-40 e acima de 50 anos.

**Tabela 7 – Comparação entre as idades dos participantes e a síndrome de burnout**

		Idade	Diferenças entre médias	Erro Padrão	Intervalo de confiança para 95% de diferença
Despersonalização	18 a 30 anos	31 a 40	.19659	.09948	.304
		41 a 50	.29150	.11429	.073
		+ de 50	,66750*	,15512	,000
	31 a 40 anos	18 a 30	-.19659	.09948	.304
		41 a 50	,09491	,10724	1,000
		+ de 50	,47091*	,15000	,013
	41 a 50 anos	18 a 30	-,29150	,11429	,073
		31 a 40	-,09491	,10724	1,000
		+ de 50	,37600	,16021	,125
	Acima de 50	18 a 30	-,66750*	,15512	,000
		31 a 40	-,47091*	,15000	,013

		<b>Idade</b>	<b>Diferenças entre médias</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>Intervalo de confiança para 95% de diferença</b>
Despersonalização	18 a 30 anos	31 a 40	.19659	.09948	.304
		41 a 50	.29150	.11429	.073
		+ de 50	,66750*	,15512	,000
	31 a 40 anos	18 a 30	-.19659	.09948	.304
		+ de 50	-,37600	,16021	,125

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho sobre “*Burnout* em trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da Borborema” tem como principal objetivo avaliar os impactos da saúde física e psicológica dos profissionais que atuam nesse ramo.

Para tanto, foi realizado um resgate sobre o nascimento do trabalho, fazendo destaque a todo processo histórico, desde as sociedades primitivas quando o homem dependia apenas das forças da natureza para a sua sobrevivência, passando por todo processo evolutivo, até chegar à exploração do homem pelo homem, através do trabalho forçado pelo enriquecimento apenas de uns e exploração de outros.

Da mesma forma que acontece um processo em relação ao trabalho, há uma atualização do conceito de saúde, na qual a saúde era definida como um estado onde todo o corpo funcionava em conformidade com suas funções, caracterizando a total ausência de dor. Somente no período de pós-guerra, o termo bem-estar em utilizado, com a criação da Organização Mundial da Saúde, pelos índices de pobreza que apresentavam os países de Terceiro Mundo, presentemente aderiu a uma nova definição, na qual, a saúde é um estado de bem-estar total do corpo e não apenas a inexistência de qualquer doença ou enfermidade.

Ocorre uma concordância entre o bem-estar social e o trabalho, onde as duas caminham juntas, pois o trabalho acima de tudo, é um meio para criar a identidade do individuo diante da sociedade, é uma forma de obter uma renda financeira apropriada com sua subsistência, uma forma de modificar a natureza para produzir bens, direta ou indiretamente, e assim, conseqüentemente financiar a riqueza do país.

A realização profissional não se enquadra somente em tais pontos, existem fatores que trazem bem-estar e intencionalidade definida de praticar alguma função dentro do trabalho, como o bom relacionamento com os colegas, com o chefe, satisfação em realizar as atividades no dia-a-dia, que diretamente estabelece um laço de comprometimento, satisfação e gratificação pessoal.

Infelizmente, não é somente de boas atitudes e relações que existe na área profissional, pois a organização da divisão do trabalho influencia também na divisão dos homens, onde o desejo pessoal fica reprimido pelo desejo grupal, que tem vontades próprias, histórias pessoais, motivações que influenciam diretamente ao bem-estar durante a realização do exercício especializado.

De fato, quando as atividades acabam por abalar de uma alguma forma o bem-estar do indivíduo, tanto fisicamente como psicologicamente, ocorre um *stress* relacionado ao trabalho, onde se refere ao processo de rebaixamento da qualidade de vida do trabalhador.

Esse *stress* é conhecido como *Burnout*, na qual sua melhor definição é o esgotamento total do indivíduo, causando exaustão, fadiga, perda de energia física ou mental devido a atividades impostas pelo próprio indivíduo para a satisfação pessoal ou pela sociedade.

*Burnout* sendo caracterizada como uma síndrome multidimensional possui três fatores de discussão: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, provocada por expectativas frustradas, sentimentos de falta de controle em relação ao trabalho e de perda do sentido da vida. Ocasionalmente posteriormente a perda progressiva do idealismo, relacionada com o fraco desempenho no trabalho e o comprometimento da saúde, gerando dores de cabeça, hipertensão, ansiedade e depressão.

A síndrome envolve todos os profissionais que exercem sua função para o bem-estar de outrem, como advogados, professores, e trabalhadores no âmbito da saúde. Nesse último caso, em especial os profissionais na área de Saúde Mental, que exercem sua função dentro dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, que é a abordagem principal deste trabalho.

Os CAPS surgiram com a nova proposta de Reforma Psiquiátrica que chegou ao Brasil, e também em Campina Grande, na qual foi realizado o fechamento de hospitais psiquiátricos que não tinham condições de estrutura mínima para suportar tais internações e foi aberto novo modelo para que ocorresse à sociabilização das pessoas com sofrimento psíquico com suas famílias e a aceitação ao novo tratamento.

Essas instituições são o apoio para toda pessoa com sofrimento psíquico e conseqüentemente para suas famílias que buscam o apoio psicológico dando enfoque ao bem-estar e qualidade de vida as pessoas que os procuram. Da mesma maneira que os profissionais dos CAPS cuidam das pessoas que necessitam de seus conhecimentos para trazer uma vida mais saudável, esses mesmo profissionais precisam ser cuidados para que se realize da melhor maneira possível seus exercícios diários de acordo com suas funções.

Através deste trabalho, buscou-se mostrar transversalmente a aplicação do instrumento MBI que, foi utilizado para analisar a qualidade de vida dos profissionais dentro dos CAPS, no decorrer de suas funções. De acordo com os resultados obtidos pela coleta de dados com 106 (cento e seis) sujeitos de 11 (onze) Centros de Atenção Psicossocial distintos localizados em toda região da Borborema do Estado da Paraíba, pode-se observar que, as médias indicam uma baixa prevalência de *burnout* na amostra, visto que os fatores negativos apresentam

médias abaixo do ponto médio da escala, nesse caso, baixa exaustão emocional e despersonalização; e o fator positivo, acima do ponto médio, a realização profissional.

Conclui-se que, apesar de ser uma atividade exaustiva no decorrer de sua jornada diária, os profissionais paraibanos se sentem bem orientados e que prezam por sua qualidade de vida dentro das instituições pesquisadas. Observa-se, ainda, a gratificação e bem-estar dos trabalhadores dos CAPS, no que diz respeito a sua integralidade física e mental para atuar juntamente com outras pessoas que dependem totalmente de sua inteira dedicação.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. *Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem*. Brasília, 2001.

CAMPOS, Juarez de Queiroz; SANTO, Antonio Carlos G. E.; MANTOVANI, Maria de Fátima. *Introdução à saúde pública*. São Paulo: J. Q. Campos, 1987.

CIRILO, Lívia Sales. *Novos tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Campina Grande. UEPB 2006.

CONCEIÇÃO, Heloísa Diniz da. *Saúde Mental e Trabalho*. Monografia de graduação em psicologia. Campina Grande. UEPB 2006.

DAMAS; Keyti Cristine Alves; MUNARI; Denize Bouttelet; SIQUEIRA; Karina Machado *Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 272-278, 2004.

DEJOURS, Christopher. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Tradução de Franck Soudant. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (orgs.). *Christopher Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Editora Fiocruz, 2004.

DEJOURS, Christopher; DESSORS, Dominique; Desrlaux, François. *Por um trabalho, fator de equilíbrio*. Tradução de Maria Irene S. Betiol. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, março/abril 1993.

DEJUORS, Christopher. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução: Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez, 1991.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONZAGA, Alexandre L.; BARBOSA, Gilberto Alves. *Características do maslach burnout inventory-mbi quando submetido à análise fatorial*. Disponível em: <http://www.uems.br/na/discursividade/Arquivos/edicao04/pdf/03.pdf>

JBEILL, Chafic. Burnout em professores: Identificação, tratamento e prevenção. Rio de Janeiro: Sinpro-Rio, 2008. Disponível em: <http://www.saudedoprofessor.com.br/Burnout/Arquivos/cartilha.pdf>

OLIVEIRA, Adriana Alves de. Avaliação da qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso no CAPS II – Novos Tempos. Monografia de especialização em gestão de recursos humanos. Campina Grande. UEPB 2006.

PIRES, Daniel Alvarez. Validação do questionário de burnout para Atletas. Dissertação de mestrado em educação física. São Paulo. Universidade São Judas Tadeu. 2006. Disponível em: [http://www.usjt.br/biblioteca/mono\\_disser/mono\\_diss/014.pdf](http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/014.pdf)

PEREIRA. Ana Maria T. Benevides. A síndrome de burnout. 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)

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ileno Izídio da. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008.

VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 08, n. 1, janeiro/março 2001.

# APÊNDICES

### Inventário de *Burnout* de Maslach

**INSTRUÇÕES.** Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações a seguir e indique o quanto **experimenta no seu trabalho** (atividade profissional) **o que é relatado. Tome como referência os últimos 30 dias.** Dê sua resposta de acordo com a escala abaixo, anotando ao lado de cada afirmação o número correspondente.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Freqüentemente</b>	<b>Sempre</b>

	1	2	3	4	5
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado (a) com meu trabalho.					
2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado (a).					
3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.					
4. Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.					
5. Sinto que estou tratando algumas pessoas, as quais tenho que atender no meu trabalho, como se fossem objetos impessoais.					
6. Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.					
7. Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.					
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.					
9. Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas através do meu trabalho.					
10. Sinto que me tornei mais duro(a) com as pessoas desde que comecei este trabalho.					
11. Fico preocupado (a) que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.					
12. Sinto-me muito vigoroso (a) no meu trabalho.					
13. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.					
14. Sinto que estou trabalhando demais.					
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorre com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.					
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.					
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com as pessoas que tenho que atender.					
18. Sinto-me estimulado (a) depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.					
19. Tenho conseguido muitas coisas valiosas nesse trabalho.					
20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.					
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
22. Parece-me que os receptores do meu trabalho (clientes, pacientes) culpam-me por alguns de seus problemas.					

### Informações Sócio-econômicas

**INSTRUÇÕES.** Finalmente, gostaríamos de conhecer algo mais acerca dos nossos participantes. Não é necessário identificar-se, sendo as respostas tratadas no conjunto.

- 01. Idade:** ( ) 18 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) Acima de 50 anos
- 02. Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino
- 03. Est. Civil:** ( ) Casado/Convivente ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado/Divorciado
- 04. Religião:** ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Espírita ( ) Nenhuma  
Outra: \_\_\_\_\_
- 05. O quanto você é religioso?** (circule) Nada 0 1 2 3 4 Muito
- 06. Residentes na sua casa (se excluindo):** ( ) Mora sozinho ( ) Uma pessoa ( ) Duas pessoas ( ) Três pessoas ( ) Quatro ou mais pessoas
- 07. Possui Filhos?** ( ) Sim ( ) Não. **Quantos?** \_\_\_\_\_
- 08. Em comparação com as pessoas da sua cidade, você diria que é da...** (circule)
- |   |              |   |   |              |   |   |             |   |    |
|---|--------------|---|---|--------------|---|---|-------------|---|----|
| 1 | 2            | 3 | 4 | 5            | 6 | 7 | 8           | 9 | 10 |
|   | Classe baixa |   |   | Classe média |   |   | Classe alta |   |    |
- 09. Qual o seu curso de graduação?** \_\_\_\_\_
- 10. Profissão:** ( ) Assistente Social ( ) Educador Físico ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Fonoaudiólogo ( ) Médico ( ) Pedagogo ( ) Psicólogo ( ) Psicopedagogo ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Terapeuta Ocupacional
- 11. CAPS onde atua:** ( ) CAPS I ( ) CAPS II ( ) CAPS III ( ) CAPS ad ( ) CAPS i ( ) CAPS zinho
- 12. Desde que se formou, esteve desempregado?** ( ) Não ( ) Sim
- 13. Por quantos meses?** \_\_\_\_\_
- 14. Qual a especialidade principal em que atua?** \_\_\_\_\_
- 15. Quantas atividades profissionais você tem?** (indique em número): \_\_\_\_\_
- 16. Considerando todas as atividades realizadas, quantas horas por semana você costuma trabalhar?** ( ) 20 horas semanais ( ) 30 horas semanais ( ) 40 horas semanais
- 17. Você trabalha em regime de plantão?** ( ) Não ( ) Sim
- 18. Quantas horas por semana?** ( ) 20 horas semanais ( ) 30 horas semanais ( ) 40 horas semanais
- 19. Considerando todas as atividades desempenhadas no âmbito da sua profissão, qual sua renda mensal aproximada?** ( ) 1 a 3 salários ( ) 3 a 4 salários ( ) Acima de 4 salários
- 20. Quanto você acha que deveria receber mensalmente?** R\$ \_\_\_\_\_
- 21. Você tem outra fonte de renda além da obtida com sua profissão?** ( ) Não ( ) Sim
- 22. Se pudesse recomeçar, você mudaria de profissão?** ( ) Não ( ) Sim
- 23. Há quanto tempo atua na Saúde Mental:** ( ) Menos de um ano ( ) Um a três anos ( ) Quatro a seis anos ( ) Sete anos ou mais

**24.Há quanto tempo atua no CAPS:** ( ) Menos de um ano ( ) Um ano ( ) Dois anos ( )  
Três anos ou mais

**25.Fez capacitação na área de Saúde Mental?** ( ) Sim ( ) Não

Obrigada!