

SÍNDROME DE BURNOUT EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA

BURNOUT SYNDROME IN COMMUNITY HEALTH AGENTS IN SÃO PAULO

Joyce Buratti¹, Gláucia Ambrosano¹, Rosana Possobon¹, Karine Cortellazi¹, Inara Cunha^{†2}, & Jaqueline Bulgareli³

¹Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/UNICAMP, Piracicaba, Brasil, joygb8@gmail.com, glauceabovi@gmail.com, possobon@fop.unicamp.br, karinela@unicamp.br

²Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Campo Grande, Brasil, inara-pereira@hotmail.com

³Faculdade de Odontologia de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil, jaquelinebulgareli@gmail.com

RESUMO: O objetivo do estudo foi investigar a prevalência da Síndrome de Burnout (SB) em agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes nas Unidades de Saúde da Família de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, no qual foram convidados 279 agentes pertencentes às 52 Unidades da Saúde da Família, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017. Foi utilizado o instrumento *Cuestionario para la Elalucion del Síndrome de Quermarse por el Trabajo* (CESQT) para obtenção do nível de burnout e aplicou-se um questionário para coleta dos dados sociodemográficos, contendo informações sobre sexo, idade, tempo de profissão, nível de escolaridade e renda familiar. Realizou-se análise descritiva. Participaram do estudo 251 (89,9%) ACS. Verificou-se prevalência de SB em nível crítico no Perfil 1 (36,25%) e Perfil 2 (24,30%). A maioria dos participantes eram do sexo feminino (93,6%), casados (65,3%), com até 2 filhos (78,1%), possuíam residência própria (85,7%), moravam com até três pessoas na mesma casa (79,3%) e concluíram o ensino médio 71,7%. Metade da amostra (50%) tinham até 37 anos, renda inferior a três salários mínimos (59,4%), trabalhavam no cargo a menos de 6 anos (72 meses) (56,6%) e nunca foram afastados por motivos de doença (70,1%). A prevalência da SB em ACS foi considerada alta no Perfil 1 e 2. Este resultado reflete a importância da elaboração de condutas preventivas e núcleos de apoio ao profissional de saúde, a fim de auxiliar no enfrentamento cotidianamente de situações potencialmente estressoras.

Palavras-Chave: Burnout; Saúde ocupacional; Esgotamento profissional; Agente comunitário de saúde; Saúde pública.

ABSTRACT: The objective of the study was to investigate the prevalence of Burnout Syndrome in community health agents working in the Family Health Units of a medium-sized municipality in the interior of the State of São Paulo. This was a cross-sectional study, in which 279 agents belonging to the 52 Family Health Units were invited from October 2016 to January 2017. *The Cuestionario para la Elalucion del Síndrome de Quermarse por el Trabajo* (CESQT) to obtain the level of burnout and a questionnaire was applied to collect sociodemographic data, containing information on sex, age, length of profession, educational level and family income. A descriptive analysis was carried out. 251 (89.9%) Community Health Agents participated in the study. There was a prevalence of BS at a critical level in Profile 1 (36.25%) and Profile 2 (24.30%). The majority of

[†]Morada de Correspondência: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Av. Sen. Filinto Müller, 1480 - Pioneiros, Campo Grande - MS, Brasil, 79074-460.

Submetido: 10 de setembro de 2019

Aceite: 14 de março de 2022

the participants were female (93.6%), married (65.3%), with up to 2 children (78.1%), had their own residence (85.7%), lived with up to three same household (79.3%) and finished high school 71.7%. Half of the sample (50%) were under 37 years of age, had less than three minimum wages (59.4%), were in the job less than six years (72 months) (56.6%) and were never dismissed because of disease (70.1%). The prevalence of BS in Community Health Agents was considered high in Profile 1 and 2. This result reflects the importance of the elaboration of preventive behaviors and nuclei of support to the health professional, in order to help in the daily confrontation of potentially stressful situations.

Keywords: Burnout; Occupational health; Professional exhaustion; Community health agent; Public health

A Síndrome de Burnout (SB) foi definida como um estado de esgotamento ou exaustão decorrente de grande dedicação e estresse crônico, dentre os sinais e sintomas da síndrome, o profissional desenvolve um contato frio e impessoal com os usuários (Gil-Monte, 2005). A SB é reconhecida como um agravo importante, principalmente em sítios laborais em que o contato humano se destaca, como por exemplo, entre os professores (Costa et al., 2013), médicos (Fontana & Oliveira, 2016) assistentes sociais e demais serviços humanos (Maria, 2016), assim como em agentes comunitários de saúde (ACS) (Araújo et al., 2015; Barroso & Pereira, 2013; Barroso & Guerra, 2013; Maia et al., 2011; Telles & Pimenta, 2009).

A sensação de ineficácia e desapego ao trabalho, provocados pela SB, pode comprometer significativamente a ocupação dos ACS nas atividades assistências e nas ações educativas para a saúde. Além disso, a dificuldade de construção de laços afetivos com a comunidade pode gerar o enfraquecimento do acesso à saúde (Araújo et al., 2015).

No ano de 1991, o Ministério da Saúde, passou a implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o intuito de diminuir os alarmantes indicadores de morbidade e mortalidade infantil e materna (Marques, 2011). O PACS era composto por uma equipe de saúde com trinta Agentes Comunitários de Saúde (ACS) supervisionados por um enfermeiro instrutor. A profissão de ACS passou a ser regulamentada em 2002, porém foi revogado em 2006 para que ajustes fossem realizados (Brasil, 2006).

No ano de 1998, segundo o Departamento da Atenção Básica (DAB), existiam no Brasil 78.705 agentes comunitários de saúde distribuídos em 3.062 Equipes de Saúde da Família. Em 2017 foram credenciados 284.711 ACS distribuídos em 41.332 ESF. Houve um aumento substancial e cada ACS é responsável por no máximo 750 pessoas, e representa um elo entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde, desempenha um papel essencial como promotor das ações educativas, e orientador de cuidados, com vista a prevenção de agravos, promoção e reabilitação da saúde (Carreiro et al., 2013).

Além das atribuições comuns que os membros da ESF possuem, os ACS apresentam atuações específicas, a saber: a) Coletar e registrar informações dos usuários para o planejamento e acompanhamento das ações em saúde, levantando os dados de nascimento, óbitos, doenças e outros agravos relacionados à saúde da comunidade; b) Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, informando os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados, além de participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades da população; c) Em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, após qualificação, realizar a medição da glicemia capilar, aferir a pressão arterial e temperatura axilar, realizar técnicas limpas de curativo, além de orientar e apoiar, em domicílio, a correta administração da medicação dos pacientes em situação de vulnerabilidade. Ressalta-se ainda que outras atribuições ainda possam ser atribuídas por meio de legislação específica da categoria, ou outras normativas instituídas pelos gestores em saúde (Brasil, 2017).

Na prática, o trabalho do ACS é penoso, e acarreta efeitos na saúde física e mental dos profissionais (Almeida et al., 2016; Santos et al., 2017; Spoladore et al., 2017). Expostos diariamente a luz solar e a longas caminhadas a pé, os ACS se envolvem com os problemas das famílias em situações de miséria, violência e tráfico de drogas, se deparam com as condições precárias de higiene e entram em contato com doenças infecciosas^{18,19}. Por muitas vezes, não conseguem resolver os problemas da comunidade, por dependerem do envolvimento da equipe, da organização e gestão do serviço, o que causa sofrimento psíquico e ansiedade nos trabalhadores (Araújo et al., 2015; Barroso & Pereira, 2013; Ribeiro et al., 2015).

Os estudos da SB entre os agentes comunitários de saúde, ainda são incipientes. Essa relação necessita ser mais bem compreendida, uma vez que a banalização da saúde dos trabalhadores compromete com o bem-estar dos mesmos e com a qualidade dos serviços prestados. Aumentar o conhecimento sobre Burnout entre os ACS pode contribuir para subsidiar o delineamento das políticas e ações voltadas o cuidado dos profissionais inseridos na Atenção Primária em Saúde. Portanto, o presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência da Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde que trabalham nas Unidades de Saúde da Família de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

MÉTODO

Participantes

Estudo transversal, envolvendo os agentes comunitários de saúde (ACS) de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo. O universo do estudo foi constituído tendo como referência o censo no município, no qual foram convidados todos os 279 Agentes Comunitários de Saúde, que representa a totalidade de agentes cadastrados e atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Material

O presente estudo foi conduzido nas 52 Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do estado de São Paulo, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017. O município conta com uma população estimada de 388.412 mil habitantes, área territorial 1.378,501km² e densidade demográfica de 264,47 Hab/Km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011).

Em relação à rede pública de atenção à saúde, esta é composta por 122 estabelecimentos de saúde do SUS, dentre eles 52 Unidades de Saúde da Família, 20 Unidades Básicas de Saúde, 32 Centros de Referência em Atenção Básica, 04 Unidades de Pronto-Atendimento Médico, além das clínicas, centros e ambulatórios especializados.

Após autorização do secretário de saúde, foi solicitado a autorização para com a gerente (enfermeiro) de cada USF para a coleta de dados. O instrumento utilizado foi o “*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*” (CESQT), elaborado e validado por Gil-Monte²². Este instrumento é constituído por uma escala do tipo likert, variando as respostas entre 0 (nunca) até 4 (muito frequentemente). Seus 20 itens de múltipla escolha são distribuídos em quatro dimensões: (1) Ilusão pelo trabalho, definida como a alta expectativa do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais (cinco itens: 1, 5, 10, 15, 19); (2) Desgaste psíquico, definido como a presença do sentimento de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade de trabalho (quatro itens: 4, 8, 12, 18); (3) Indolência, definida como prejuízos nas relações interpessoais, percebidas como indiferença e cinismo para com os usuários do serviço e a os colegas de trabalho (seis itens: 2, 3, 6, 7, 11, 14); (4) Culpa, definida como a ocorrência de sentimento de culpa

proveniente ao próprio padrão comportamental negativo apresentado (cinco itens: 9, 13, 16, 17, 20) (Gil-Monte, 2008).

As dimensões foram calculadas através da média das recíprocas questões (apresentadas acima), exceto a ilusão pelo trabalho, que deve ser invertida (subtrai 15 na média). O Perfil 1 é composto pela somatória das 3 dimensões (baixa ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência), já o Perfil 2, pela somatória das 4 dimensões (baixa ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência e culpa).

Aplicou-se um questionário para coleta dos dados sociodemográficos, contendo informações sobre sexo (feminino e masculino), idade, escolaridade, quantidade de pessoas morando na casa, número de filhos, renda mensal, tempo de função (dicotomias pela mediana), presença de companheiro (classificados em sim ou não), afastamento do trabalho por motivo de doença (sim e não), quantidade de pessoas residentes na mesma casa.

Procedimento

Participaram do estudo todos os agentes comunitários de saúde das USF que assinaram o termo de consentimento e livre esclarecimento (TCLE). Excluiu-se os participantes que não estavam em atividade de trabalho durante o período da coleta de dados, por estarem afastados do trabalho pelo período superior a 3 meses, pelos motivos de torção de pé ou tornozelo e licença maternidade, segundo informações da gerente da USF. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/Unicamp, sob número CAAE:59685816.5418.

Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram orientados sobre o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o manejo confidencial das informações, direito de retirar o consentimento dado, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo no atendimento recebido na unidade de saúde.

Análise de dados

Os resultados obtidos através do CESQT foram analisados de acordo com o manual do “*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*”²² que propõe a divisão das questões nas seguintes categorias: baixa ilusão pelo trabalho (IT), desgaste psíquico (DP), indolência (IN) e culpa (C). Tendo obtido o valor destas categorias foi possível identificar o perfil 1 de SB e o perfil 2. O perfil 1 é composto pela somatória de três subescalas (baixa ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência). O perfil 2 refere-se à um estágio mais avançado, em que acrescenta-se às três categorias anteriores, a culpa. Para a classificação da SB, foram utilizados os seguintes percentis: nível muito baixo de SB ($P \leq 10$), nível baixo de SB (P11-P33), nível médio de SB (P34-P66), nível alto de SB (P67-P89) e nível crítico de SB ($P \geq 90$) (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2008).

RESULTADOS

Dos 279 convidados a participar, 251 aceitaram responder os instrumentos de coleta de dados, os 28 restantes por motivos particulares (afastamentos do trabalho por torção de pé e tornozelo, licença maternidade e recusa em participar da pesquisa) não responderam os questionários.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (93,6%), com idade até 37 anos (50%), casada (65,3%) e com até 2 filhos (78,1%). A renda de 59,4% dos participantes era inferior a três salários mínimos. Além disso, 85,7% possuíam residência própria, 79,3% moravam com até três pessoas e

71,7% tinham concluído o ensino médio e 70,1% nunca foram afastados por motivos de doença (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização socioeconômica e demográfica da amostra dos agentes comunitários de saúde do município de Piracicaba ($N=251$).

Variáveis	Categorização	<i>N</i>	%
Sexo	Feminino	235	93,6
	Masculino	16	6,4
Idade	Menor ou igual 37 anos	128	51,0
	Maior que 37 anos	123	49,0
Estado Civil	Casado	164	65,4
	Solteiro	87	34,6
Tempo de Trabalho	Menor ou igual 72 meses	142	56,6
	Maior que 72 meses	109	43,4
Nº de Filhos	de 0 a 2 filhos	196	78,1
	Mais que 2	55	21,9
Nº de Famílias	Menor ou igual a 160	126	50,2
	Maior que 160	125	49,8
Afastamento do Trabalho	Sim	75	29,9
	Não	176	70,1
Renda Familiar	Menor ou igual a 3 salários*	149	59,4
	Maior que 3 salários*	102	40,6
Nº de Residentes na casa	Menor ou igual a 3 pessoas	199	79,3
	Maior que 3 pessoas	52	20,7
Escolaridade	Ensino médio completo	180	71,7
	Graduação	71	28,3
Tipo de Moradia	Própria	215	85,6
	Alugada	36	14,4

Nota: *Valor do salário mínimo vigente 880,00.

Quadro 2. Níveis da Síndrome de Burnout distribuídos em subescalas (baixa ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, indolência, culpa, perfil 1 e perfil 2).

Categoria	Muito baixo $P \leq 10$	Baixo $P11-P33$	Médio $P34-P66$	Alto $P67-P89$	Crítico $P > 90$
Baixa ilusão pelo trabalho	26 (10,36%)	45 (17,93%)	103 (41,04%)	22 (8,76%)	55 (21,91%)
Desgaste Psíquico	33 (13,15%)	56 (22,31%)	86 (34,26%)	21 (8,37%)	55 (21,91%)
Indolência	34 (13,55%)	50 (19,92%)	95 (37,85%)	16 (6,37%)	56 (22,31%)
Culpa	30 (11,95%)	40 (15,94%)	103 (41,04%)	24 (9,56%)	54 (21,51%)
*Perfil 1	12 (4,78%)	18 (7,17%)	110 (43,82%)	20 (7,97%)	91 (36,25%)
**Perfil 2	27 (10,76%)	37 (14,74%)	106 (42,23%)	20 (7,97%)	61 (24,30%)

Nota: *Perfil 1 trata-se da soma de baixa ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência; **Perfil 2 trata-se da soma das três dimensões anteriores com o acréscimo da culpa.

De acordo com a classificação do manual CESQT²², os níveis de SB foram divididos em percentil (Quadro 2): nível muito baixo ($P \leq 10$) com 4,78%, nível baixo ($P11-P33$) com 7,17%, nível médio

(P34-P66) com 43,82%, nível alto (P67-P89) com 7,97%, nível crítico ($P \geq 90$) com 36,25%. É considerado SB total o Perfil 1, que engloba 3 das subescalas (baixa realização pelo trabalho, desgaste psíquico e indolência). Segundo Gil-Monte (2008) existem casos mais graves em que ocorre o acréscimo do sentimento de culpa, denominado de perfil 2, no presente estudo esse perfil foi presente em 24,30% dos ACS (nível crítico). Em relação às subescalas foram identificados 21,91% de nível crítico de SB em baixa ilusão pelo trabalho e de desgaste psíquico, 22,31% de indolência e 21,51% de culpa.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram alta prevalência no nível crítico da Síndrome de Burnout entre os ACS. Esse achado foi menor que a prevalência de 89,20% observada em um estudo transversal realizado com 74 ACS de municípios do Estado de Minas Gerais (Aparecida, Steyer, Bandeira, Bosa & Barroso, 2017), assim como à prevalência de 78% verificada em um trabalho realizado em Dourados, Mato grosso do Sul, com 147 ACS (Araújo et al., 2015). Porém, foi similar aos resultados encontrados por Barroso⁶, que identificaram a presença da síndrome em 58,3% dos agentes entrevistados.

Desde o ano de 2009, a síndrome de Burnout foi identificada entre os ACS e corresponde a uma resposta emocional adaptativa desses trabalhadores frente a situações de estresse laboral crônico (Telles & Pimenta, 2009). Esse é um cenário que parece estar estagnado ao longo das investigações sobre a temática. O preocupante, é que esse fato pode em algum momento resultar no afastamento do serviço, pois a sintomatologia da doença pode se agravar, afetando os colegas de equipe, a qualidade de vida do próprio trabalhador e o desempenho do cuidado prestado à comunidade (Barroso & Guerra, 2013).

No Brasil, o afastamento do trabalho por motivos de saúde segue a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O código fornece descrições padronizadas internacionalmente para as doenças e outros problemas relacionados à saúde. Os sintomas característicos da Síndrome de Burnout (SB) estão registrados em diferentes códigos. Problemas relacionados com o emprego (Z56); má adaptação ao trabalho (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6); outros problemas não especificados relacionados com o emprego (Z 56.7); exposição ocupacional a fatores de risco (Z 56.7) e problemas relacionados a organização do seu modo de vida (Z73.0). Na classe dos transtornos mentais: relação constante ao estresse grave e transtornos de adaptação (F34 e F43.2) (CID-10, 1993).

Os sintomas podem causar sofrimento clinicamente significativo, interferir significativamente no funcionamento normal, ou prejudicar a capacidade do indivíduo de realizar tarefas necessárias. Frequentemente o indivíduo considera difícil ou impossível realizar tarefas anteriormente agradáveis, se sentem culpados por não conseguirem desempenhar tarefas do cotidiano ou então por não ter o mesmo desempenho anterior ao aparecimento da doença (American Psychiatric Association, 2014).

A diminuição do envolvimento afetivo e de encontrar sentido para as atividades de trabalho, diminuição da quantidade e qualidade do serviço prestado, sentimento de insatisfação e desvalorização são características da falta de motivação e também do fator indolência e desgaste psíquico que constituem a SB. Tais características acarretam em prejuízos organizacionais para a Unidade de saúde devido a queda na produtividade, gasto (tempo e financeiro) com treinamento, aumento da rotatividade, conflitos interpessoais, falta de habilidade de comunicação entre equipe e comprometimento com o trabalho (Gil-Monte, 2011).

Vale discutir alguns fatores característicos do trabalho na USF que podem ser estressantes ou não. O trabalho passivo e trabalho de alta exigência como fatores inerentes da cultura organizacional como exponencialmente estressores, afetando negativamente a saúde do profissional, causando o desgaste psíquico. Já o trabalho ativo, autonomia nas decisões laborais e a existência do apoio social são condições gerenciais que contribuem para a saúde mental da organização e na prevenção de doenças, como é o caso da SB (Thomé & Kolle, 2014).

No processo de trabalho dos ACS foram identificados 140 cargas de trabalho, distribuídas em cargas mecânicas, fisiológicas, psíquicas, físicas e químicas (Almeida et al., 2016). Dentre elas, podem-se destacar as limitações advindas muitas vezes das condições precárias do serviço, a falta de estrutura física, a exposição dos ACS a violência pelos locais de visita em áreas de conflito, a sobrecarga e ritmo intenso de trabalho, os riscos físicos como insolação excessiva, biológicos como o contato com os usuários infectocontagiosos e até mesmo conflitos devido ao estilo gestora responsável pela USF (Feijó et al., 2017).

O desgaste psíquico, também é componente da síndrome de Burnout, e representa uma forte tensão emocional, que produz uma sensação de esgotamento, e de falta de energia para gerenciar as dificuldades da prática de trabalho (Maslach et al., 2001; Medeiros et al., 2015). O presente estudo revelou que esse foi o aspecto da SB com maior frequência entre os ACS (média de 7,44), bem acima dos valores encontrados em outros estudos (Aparecida et al., 2017; Barroso & Guerra, 2013; Telles & Pimenta, 2009). O desgaste psíquico também se destacou entre os ACS avaliados em Aracaju/SE, dentre os 222 agentes entrevistados, 57,7% apresentaram grau moderado ou grave (Benevides-Pereira, 2003).

O processo de adoecimento mental entre os trabalhadores da estratégia saúde da família perpassa muitos fatores, como a presença de transtornos mentais comuns (Santos et al., 2017), ansiedade (Resende et al., 2011) e sofrimento moral (Mota, Dosea, & Nunes, 2014), e que são potenciais mediadores da SB. Em relatos a respeito do sofrimento moral, os ACS demonstraram que a aproximação diária com as situações de vulnerabilidade social, e as cobranças de resolutividade da própria comunidade são fatores que frustram e causam o sentimento de incapacidade. Isso porque, ao encaminharem um caso de necessidade de cuidado para a Unidade Básica de Saúde, o ACS testemunham as consequências do atendimento ou não prestado, compartilhando com as famílias a falta de resolutividade. Muitas vezes, a demanda encontrada necessita de um poder de resolução que não está ao alcance do ACS, pois envolve práticas de integração e de intersetorialidade de promoção da saúde e prevenção de agravos (Mota et al., 2014).

Além disso, por morarem na mesma região e conviverem nos mesmos espaços sociais, que os usuários, há a construção de um vínculo interrupto, o que leva os ACS a serem solicitados a orientar a população além do local e horário de trabalho (Mota et al., 2014). Essa é uma questão abordada com frequência nos estudos do esgotamento emocional (Almeida et al., 2016; Araújo et al., 2015; Maia et al., 2011; Telles & Pimenta, 2009). O novo texto da Política Nacional da Atenção Básica extingue a obrigatoriedade da contratação de agentes comunitários de saúde moradores do mesmo território que o seu respectivo *locus* de trabalho (Silveira et al., 2014). Por ser recente, ainda não se sabe o impacto disso, que apesar de aparentemente diminuir esse fator estressor, acrescentou novas possíveis atribuições aos ACS, como aferir pressão arterial, realizar glicemia capilar e realizar técnicas e limpeza de curativos.

O comprometimento psíquico também pode apresentar relação com o perfil dos ACS. A maioria são mulheres, casadas, com filhos e com responsabilidades familiares - provedoras do sustento econômico e afetivo – tendo, portanto diversos papéis para cumprir: Mãe, responsável pelo lar, esposa, trabalhadora profissional, cuidadora da saúde da coletividade. Esse conjunto de ações pode gerar conflitos, seja devido à disputa de gêneros nas posições da sociedade a imposições culturais e religiosas (Carreiro et al., 2013).

Essas características sociodemográficas supracitadas também foram encontradas no presente estudo, e em outros que levantaram o perfil dos ACS com SB (Barroso & Pereira, 2013; Telles & Pimenta, 2009). Ainda explorando o perfil dos trabalhadores, é importante que se entenda a singularidade de sua formação, que pode se relacionar de maneira positiva ou negativa para o surgimento da SB (Aparecida et al., 2017; Araújo et al., 2015).

Em síntese, toda a ESF deve passar por um curso introdutório, iniciado até três meses após a implantação da Unidade Básica de Saúde da Família, ficando a cargo da Secretária Municipal de Saúde (Brasil, 2017). O Ministério da Saúde recomenda que esse curso capacite os profissionais para as práticas baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, englobando desde discussões sobre diagnóstico sociocultural até o trabalho em equipe e noções de intersetorialidade (Brasil, 2006). Outra recomendação do ministério é que os profissionais participem do processo de educação permanente (Brasil, 2006). Entretanto, a qualificação dos ACS ainda não o prepara para identificar e intervir em questões sociais, pois desenvolveram apenas as habilidades para enfrentar as questões epidêmicas (Ribeiro et al., 2015).

Há uma carência de formação que abranja conhecimentos a respeito do relacionamento humano, liderança, autonomia e aspectos psicológicos da comunidade e do trabalho em equipe, que poderiam auxiliar o ACS a enfrentar melhor os fatores estressores que encontram em seu cotidiano (Maia et al., 2011). Diante da complexidade dos afazeres do ACS, é necessário a sua capacitação constante, principalmente em áreas das ciências humanas, a falha nesse processo dificulta as realizações da ESF, além disso, pode reforçar práticas inconsistentes com os princípios do SUS. A falta de preparo também contribui para a desvalorização do ACS perante a equipe e a comunidade, prejudicando a saúde mental do trabalhador (Ribeiro et al., 2015).

Segundo o modelo teórico proposto por Gil-Monte (2005), o sujeito inicialmente desenvolve problemas afetivos e cognitivos como resposta aos estressores crônicos do processo laboral (baixa realização pelo trabalho e desgaste psíquico), posteriormente atitudes negativas passam a fazer parte do cotidiano do indivíduo afetando os usuários (alta indolência), por último a culpa se instala, sendo esta manifestada nos casos mais acometidos. A ausência ou presença da culpa, define o Perfil 1 ou Perfil 2 da SB, sendo este último de maior gravidade.

Foi encontrado na presente investigação que 36,25% dos ACS apresentaram o Perfil 1 de Burnout e 24,3% o Perfil 2. Esses dados são preocupantes, e maiores que a prevalência da SB reportados da literatura (Aparecida et al., 2017; Barroso et al., 2013). Um estudo conduzido com 217 profissionais da saúde inseridos na atenção básica (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, nutricionistas, odontólogos, técnicos de enfermagem e técnicos em saúde bucal), na cidade de Porto Alegre, encontrou que 18% dos trabalhadores eram Perfil 1, e 11% Perfil 2, ambos os perfis tiveram maior percentual de pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) (Cremonese et al., 2013).

A alta prevalência da SB, e principalmente do Perfil 2 entre os ACS, reforça o adoecimento desses profissionais, que além de estarem possivelmente realizando um trabalho aquém do seu potencial, sofrem com a culpa, elemento mais grave da síndrome. Nesse aspecto, a instituição deve explorar os espaços de diálogos em equipe, a fim de repensar tanto a lógica da indolência como da culpa já instalada, além de desenvolver outras estratégias que busquem a proteção da saúde desses trabalhadores.

Nesse ínterim, os ACS utilizam-se de medidas interventivas próprias para minimizar alguns aspectos dos desgastes psicológicos decorrentes do processo de trabalho, buscando movimentos religiosos (Telles & Pimenta, 2009), apoio nas redes afetivas, como a família, amigos e pessoas que trazem sentimento de segurança ou sustento no apoio social, dentre elas as relações gerais com os vizinhos, colegas de trabalho, que favoreçam o compartilhamento de emoções. Essa é uma informação interessante, uma vez que a ESF pode criar espaços na própria instituição para refletir e escutar as demandas do ACS, ajudando-os gerir seus papéis como mediadores entre a saúde e os sujeitos do território, no intuito de prevenir o adoecimento mental (Resende et al., 2011).

Algumas limitações restringiram o presente estudo. Cabe esclarecer, que o delineamento transversal impede o estabelecimento de relações causais, recomendando-se que sejam conduzidos estudos com maior tempo de seguimento.

Há que se notar que outras e novas evidências devam ser pesquisadas quando se trata dos ACS e a síndrome de Burnout, no intuito de reforçar a atenção dos gestores e trabalhadores do SUS, pois ambos devem estar interessados em estratégias que possam ser desenvolvidas para minimizar os efeitos dos estressores laborais e que ressoam na SB. Ressalta-se ainda, que as novas atribuições dos ACS regulamentadas pela nova PNAB devam ser investigadas, desde a formação das habilidades técnicas até o impacto dessas atividades no desgaste emocional.

Reconhece-se que há certa negligência com a saúde dos trabalhadores do SUS, o que compromete concretização da política de saúde e com o bem-estar da população. Assim se faz necessário uma abordagem precoce com esses membros da ESF, pois suas práticas envolvem disponibilidade afetiva interna para além do arsenal técnico e teórico.

Por fim, os resultados do presente estudo evidenciaram a existência de alta prevalência de SB em ACS. O dado torna-se preocupante considerando a gravidade da doença. É importante o olhar e o compromisso da gestão com relação a saúde ocupacional dos ACS, assim como a implantação de condutas preventivas e núcleos de apoio à saúde laboral a fim de auxiliar no enfrentamento cotidiano de situações potencialmente estressoras.

Sugere-se estudos de abordagem qualitativa para buscar o aprofundamento de questões que podem ser úteis para melhor revelar sentidos e significados da função de ACS, bem como estudos sobre enfrentamentos de problemas oriundos do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

ORCID

Joyce Buratti  <https://orcid.org/0000-0003-0189-6083>

Gláucia Ambrosano  <https://orcid.org/0000-0001-5950-6370>

Rosana Possobon  <https://orcid.org/0000-0001-6179-3030>

Karine Cortellazi  <https://orcid.org/0000-0002-5330-6869>

Inara Cunha  <https://orcid.org/0000-0001-9584-9477>

Jaqueline Bulgareli  <https://orcid.org/0000-0001-7810-0595>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Joyce Buratti: Concetualização

Gláucia Ambrosano: Curadoria dos dados

Rosana Possobon: Investigação

Karine Cortellazi: Metodologia

Inara Cunha: Análise formal

Jaqueline Bulgareli: Administração do projeto

REFERÊNCIAS

Almeida M. C. S., Baptista M. C. P., & Arlete P. S. (2016). Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 5, 93-100. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100013>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico Estatístico para doenças mentais DSM-IV-TR*. (4a ed.) Lisboa, Artimed.

- Aparecida, S.M., Steyer, L.S., Bandeira, D.R., Bosa, C.A., & Barroso, S.M. (2017). Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Revista da SPAGESP*, 18, 20-33.
- Araújo, M. A. N., Oliveira, S. L. M., Godoi, S. D. C., Schirmann, K. C. M., Pereira, F. W., & Lunardi Filho, E. D. (2015). Síndrome de burnout e a relação com o estresse laboral em agentes comunitários de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 9(4), 8097-102. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a10564p8097-8102-2015>
- Baralhas, M., & Pereira, M.A.O. (2013). Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações na assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3), 358-365. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>.
- Barroso, S.M., & Pereira, G.A.R. (2013) Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cadernos Saúde Coletiva*, 21, 338-345. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300016>
- Benevides-Pereira, A.M.T. (2003). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. (2a. ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
- Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11350-5-outubro-2006-545707-normaatualizada-pl.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica departamento de atenção básica (2006). *Política Nacional da Atenção Básica. Serie Pacto pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Portaria GM N 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Carreiro, G.S.P., Ferreira, M.O.F., Lazarte, R., Silva, A.O., & Dias D. (2013). O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15, 146-55. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>
- Organização Mundial da Saúde. (1998). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Artes Médicas.
- Costa, L.S.T., Gil-Monte, P.R., Possobon, R.F., & Ambrosano, G.M.B. (2013). Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 636-642. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400003>
- Cremonese, G., Motta, R.F., & Traesel, E.S. (2013). Implicações do trabalho na saúde mental dos agentes comunitários de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 279-293.
- Dutra-Thomé, L., & Koller, S.H. (2014). O significado do trabalho na visão de jovens brasileiros: uma análise de palavras análogas e opostas ao termo "trabalho". *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(4), 367-380.
- Feijo, F., Kersting, I., Bündchen, C., & Oliveira, P. (2017). Estresse ocupacional em trabalhadores de uma fundação de atendimento socioeducativo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 15(2), 124-33.

- Fontana, R.T., & Oliveira, L.W. (2016). O trabalho do servidor público: organização, prazer e sofrimento. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 5(2), 79-94.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. (2008). A influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) em profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 113-118.
- Gil-Monte, P.R. (2011). *CESQT - Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo: manual*. TEA. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5008.0969/1>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Base de informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário*. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão.
- Maia, L. D. G., Silva, N. D., & Mendes, P. H. C. (2011). Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 93-102. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100009>
- Maria, A. L. (2016). Síndrome de Burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. *Acta Brasileira do Movimento Humano*, 6(3),1-12.
- Marques, A. M. (2011). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 349-360. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Medeiros, L. N. B., Guedes, C. D. F. S., Silva, D. R., Souza, T. K. C., Costa, A. B., & Neta, B. P. A. A. (2015). Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. *Revista eletrônica estágio saúde*, 4(2),180-192.
- Mota, C. M., Dosea, G. S., & Nunes, P.S. (2014). Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4719-4726. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02512013>
- Resende, M. C., Azevedo, E. G. S., Lourenço, L. R., Faria, L. S., Alves, N. F., Farina, N. P., Silva, N. C., & Oliveira, S. L. (2011). Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2115-2122. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400011>
- Ribeiro, S. F. R., Amaral, P. J. V., & Staliano, P. (2015). Sofrimento Psíquico do Agente Comunitário de Saúde: revisão bibliográfica. *Revista Laborativa*, 4, 79-96.
- Santos, A. M., Batista M. C. C. P., & Arlete, O. S. (2017). Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 93-100. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100013>.
- Silveira, S. L. M., Câmara, S. G., & Amazarray, M. R. (2014). Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22, 386-392. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040012>
- Spoladore, J. S., From, D. A., & Selow. M. L. C. (2017). Possíveis doenças e riscos que acontecem aos agentes comunitários de saúde em sua rotina de trabalho. *Revista Dom Acadêmico*, 2, 154-161.
- Telles, H., & Pimenta, A.M.C. (2009). Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 18, 467-478. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000300011>