

Andréa Tenório Correia da Silva¹

Paulo Rossi Menezes^{II}

Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde

Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde, identificando fatores associados.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado com 141 agentes comunitários atuantes há pelo menos seis meses em unidades básicas de saúde do município de São Paulo (SP), em 2006. Os participantes responderam a três questionários: um sobre características sociodemográficas, socioeconômicas, da saúde e do trabalho; o *Self Reporting Questionnaire*; e o *Maslach Burnout Inventory*, que permite medir três dimensões da síndrome do esgotamento profissional: exaustão emocional, despersonalização e decepção. A regressão logística multivariada foi usada para verificar associações entre variáveis.

RESULTADOS: No total, 24,1% dos entrevistados apresentaram síndrome do esgotamento profissional. Níveis moderados ou altos de esgotamento profissional foram observados em 70,9% dos participantes para exaustão emocional, em 34% para despersonalização e em 47,5% para decepção. A prevalência de transtornos mentais comuns foi 43,3%. Foram observadas associações positivas entre as dimensões de esgotamento profissional. Presença de transtorno mental comum associou-se independentemente com maiores níveis de exaustão emocional e decepção.

CONCLUSÕES: A alta frequência de níveis intensos de esgotamento profissional e a elevada ocorrência de transtornos mentais comuns encontradas entre os agentes comunitários de saúde suscitam a necessidade de estratégias de intervenção no cotidiano desses indivíduos e de novas investigações sobre a dimensão e determinantes do esgotamento profissional.

DESCRITORES: Pessoal de Saúde. Esgotamento Profissional, epidemiologia. Transtornos Mentais, epidemiologia. Fatores de Risco. Saúde do Trabalhador. Estudos Transversais.

¹ Estratégia Saúde da Família. Fundação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Andréa Tenório Correia da Silva
R. Dr. Arnaldo, 455 sala 1345 Cerqueira César
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: andreatenorio@usp.br

Recebido: 14/9/2007

Revisado: 24/1/2008

Aprovado: 2/4/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of the burnout syndrome and of common mental disorders among community-based health agents, also identifying associated factors.

METHODS: A cross-sectional survey was carried out in 2006 with 141 community-based health agents who had been working for at least six months in primary care units in the city of São Paulo (Southeastern Brazil). The participants answered three questionnaires: one about sociodemographic, health- and work-related characteristics, the Self Reporting Questionnaire, and the Maslach Burnout Inventory, which allows the assessment of three dimensions of the burnout syndrome: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment. Multivariate logistic regression was used to examine associations between variables.

RESULTS: Overall, 24.1% of the interviewees presented burnout syndrome. Moderate or high levels of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment were observed in 70.9%, 34.0% and 47.5% of the participants, respectively. The prevalence of common mental disorders was 43.3%. Positive correlations between the three dimensions of burnout, were observed. Presence of common mental disorder was independently associated with higher levels of emotional exhaustion and reduced personal accomplishment.

CONCLUSIONS: The high frequency of intense levels of burnout and the high prevalence of common mental disorders among community-based health agents point to the need of intervention strategies in these individuals' daily lives and of further studies to better understand the actual picture and the determinants of burnout.

DESCRIPTORS: Health Personnel. Burnout, Professional, epidemiology. Mental Disorders, epidemiology. Risk Factors. Occupational Health. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Em junho de 1991, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ampliado em 1994 para o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia para promover a reorganização das ações de atenção básica nos sistemas municipais. As equipes de saúde da família (ESF) são constituídas por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).^a Em 2006, o número de ESF alcançou 26.729, com cobertura de 85,7 milhões de pessoas, sendo investidos mais de R\$ 3,2 bilhões.^a Isso evidencia a importância do PSF para o País, principalmente por ser fonte de emprego para milhares de profissionais de saúde que trabalham em regime de dedicação integral.

Os ACS atuam como elo entre a equipe e a comunidade, fazendo a ponte entre o saber científico e o saber popular. Os ACS lidam com contradições, por vivenciar a realidade e as práticas de saúde dos bair-

ros onde moram e trabalham e por serem formados a partir de referenciais biomédicos.¹⁴ Atualmente os ACS são responsáveis pelo cuidado de 109,7 milhões de pessoas no País.^a

A síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) e os transtornos mentais comuns (TMC) têm sido cada vez mais identificados e pesquisados entre os profissionais de saúde.¹⁷ Frequentemente são associados à incapacitação e a alto custo social, econômico e individual, absenteísmo, queda da produtividade, alta rotatividade de profissionais, elevação da demanda dos serviços de saúde, uso abusivo de tranquilizantes, álcool e outras drogas.^{6,12} Na literatura, os fatores associados ao esgotamento profissional incluem idade, estado civil, tempo de trabalho, sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais e entre os ocupantes do cargo e sua clientela, falta de suporte social, de autonomia e de participação nas decisões.^{4,11} Os profissionais dos serviços de saúde estão entre os mais afetados¹⁷ por

^a Ministério da Saúde. Manual Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1998.

possuírem, em geral, uma filosofia humanística de trabalho e se defrontarem com um sistema de saúde desumanizado. A relação entre esgotamento profissional e TMC vem sendo estudada por vários autores, que consideram a síndrome um importante fator de risco para morbidade psiquiátrica.^{7,13}

Ainda são poucos os estudos sobre as condições de saúde dos trabalhadores do PSF, em especial os ACS, a categoria profissional mais recentemente incorporada à equipe de saúde. Além disso, esses profissionais estão sujeitos a uma dinâmica laboral particular de viver e trabalhar na mesma comunidade, que pode gerar pressões e sobrecarga adicionais. A presente pesquisa teve por objetivo estimar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns entre ACS, identificando fatores associados.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, cuja população-alvo incluiu os ACS de seis unidades básicas de saúde (UBS) de uma região do município de São Paulo, em 2006, correspondendo a 40% das unidades da região que possuem equipes de PSF. As UBS localizadas nos bairros Butantã, Lapa e Pinheiros foram escolhidas devido à facilidade de acesso a elas e por serem vinculadas a uma instituição parceira da Secretaria Municipal de Saúde. Foram considerados elegíveis todos os agentes atuantes há pelo menos seis meses nas UBS, em junho de 2006. Entre 143 indivíduos elegíveis, houve duas recusas (1,4%).

As áreas estudadas possuíam características heterogêneas quanto aos indicadores socioeconômicos, como o índice de envelhecimento (Lapa 67,0, Pinheiros 110,9 e Butantã 26,2) e o índice de desenvolvimento humano (IDH). Entre as seis UBS estudadas, cinco estão localizadas nos distritos do Butantã e da Lapa, que apresentam IDH variando entre 0,52 a 0,81 e 0,52 a 0,78, respectivamente; Pinheiros possui níveis mais elevados (0,68 a 0,84). Entretanto, aquelas cinco unidades situam-se nos bairros com os menores IDH da região, entre 0,52 e 0,62, estando aquém do índice municipal (0,841). Outra diferença está no mapa de exclusão/inclusão social: os bairros Jaguará e Raposo Tavares, onde estão localizadas quatro UBS estudadas, possuem taxas maiores de exclusão social quando comparadas com Pinheiros e Lapa.^a

Os seguintes questionários foram utilizados:

1. Sobre dados sociodemográficos, socioeconômicos e questões relacionadas ao trabalho e à saúde do

entrevistado: idade; gênero; estado civil; escolaridade; renda familiar mensal; religião; quantas pessoas moram com o ACS; quantos cômodos tem o domicílio; há quanto tempo mora na área e trabalha como ACS; se fez curso de capacitação e quando, a partir do início das atividades como ACS; se faltou no trabalho nos 30 dias anteriores à entrevista e por qual motivo; se possui população cadastrada morando em favela, cortiço ou área de invasão (micro-área de risco); se faz uso de algum tipo de calmante, tranqüilizante ou antidepressivo; se, na opinião do entrevistado, existe aspecto adicional relacionado ao esgotamento e qual seria esse aspecto.

2. *Maslach Burnout Inventory* (MBI): desenvolvido por Maslach & Jackson¹¹ (1981), é utilizado para identificar o grau de esgotamento do profissional. Este instrumento aborda três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização, reduzida realização pessoal (decepção). As respostas são a frequência com que o entrevistado percebe ou vivencia o sentimento ou atitude: nunca (0), algumas vezes ao ano (1), no máximo uma vez ao mês (2), algumas vezes ao mês (3), uma vez por semana (4), poucas vezes por semana (5) e diariamente (6). Os escores totais são calculados para cada uma das três dimensões e pontos de corte são utilizados para classificar em níveis alto, médio e baixo. A combinação dos níveis encontrados de exaustão, despersonalização e decepção define o grau de esgotamento. Desse modo, o grau de esgotamento alto corresponde a altos escores obtidos nas três dimensões, simultaneamente; grau moderado reflete os níveis moderados, por fim, grau baixo indica a obtenção de escores baixos nos três aspectos. No Brasil, o MBI foi validado por Carvalho (1995)^b em professores da rede do ensino público oficial de primeiro e segundo graus e por Tamayo (1997)^c em enfermeiras e auxiliares de enfermagem.
3. *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20): desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para uso em estudos em países em desenvolvimento,¹⁹ identifica possíveis casos de TMC em serviços de atenção primária e na comunidade. O questionário é composto por 20 questões, com possibilidades de respostas sim ou não, sobre sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. A cada questão é atribuído o valor 1 quando o sintoma está presente e zero quando ausente, tomando-se como referência o mês anterior à entrevista. Os questionários foram aplicados por um entrevistador. O SRQ foi validado em estudos internacionais

^a Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal do Planejamento. Mapas e dados. [citado 2007 set 4]. São Paulo; [s.d.]. Disponível em: <http://www9.prefeitura.sp.gov.br/sempla/mm/>

^b Carvalho MMB. O professor - um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1995.

^c Tamayo MR. Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

e nacionais com sensibilidade variando de 62,9% a 90% e, especificidade de 44% a 95%. Em estudo realizado no Brasil, Mari & Willians⁹ (1986) estabeleceram o ponto de corte 7/8 como aquele que oferecia melhores valores de sensibilidade e especificidade, respectivamente, 83% e 80%.

A aplicação dos questionários foi realizada após agendamento prévio com os agentes comunitários de saúde de cada UBS, em locais que garantiam a privacidade do participante. A média de tempo das entrevistas foi de 23 minutos.

Além desses questionários, foram obtidas informações a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica, para caracterização das áreas de atuação dos ACS: número de pessoas cadastradas na microárea, população com até 14 anos, destino do lixo e do esgoto.

Para análise estatística foi utilizado o *software* Stata 8.0. Inicialmente foi feita análise descritiva das distribuições, verificação da consistência dos dados e categorização de variáveis contínuas ou discretas. Aplicou-se regressão logística em análises bivariadas e multivariáveis para obter estimativas de associação de variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, relacionadas ao trabalho e à saúde do entrevistado com as dimensões do esgotamento e com TMC, e de associações das variáveis exaustão emocional, despersonalização e decepção com TMC. Foram calculados *odds ratios* (OR) com respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Significância estatística foi examinada com testes de razão de verossimilhança. O critério de inclusão de variáveis explanatórias no modelo multivariável foi um *p*-valor $\leq 0,20$ obtido na análise bivariada. As variáveis explanatórias com valores $p \leq 0,05$ foram mantidas nos modelos multivariáveis. Quatro modelos de regressão logística foram gerados: exaustão emocional (0: baixa – 1: moderada e alta), despersonalização (0: baixa – 1: moderada e alta), decepção (0: baixa – 1: moderada e alta) e TMC (0: não caso – 1: caso) e testadas algumas interações entre variáveis explanatórias.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Todos os sujeitos que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A autorização do uso do MBI foi adquirida na empresa que representa as autoras no Brasil.

RESULTADOS

Os participantes apresentaram média de idade de 38,9 anos (DP=11,4), com predomínio da faixa etária de 31 a 40 anos (33,3%) de mulheres (92,2%), do ensino fundamental ou médio completos (73%), união estável (55,4%), religião católica (51,1%) e cor branca (41,1%) (Tabela 1). A maioria dos participantes residia

com três ou mais pessoas, e a aglomeração domiciliar (número de pessoas/cômodos) mais frequentemente observada foi de 0,76 a 1,00. A renda familiar mensal média foi de R\$ 1.672,43 (DP=1.340,15).

Os participantes trabalhavam como ACS em média há 40,9 meses, e 92,9% referiram ter feito curso de capacitação (Tabela 2). A média de pessoas cadastradas por microárea foi de 517, com proporções de indivíduos com até 14 anos variando entre 9,9% e 41,6%. A cobertura das famílias por planos de saúde variou de zero a 57%, com média de 21,9%. Cerca de 37% dos entrevistados acompanhavam pessoas que moravam em favelas, cortiços ou áreas de invasão, caracterizando microáreas de risco. A coleta pública do lixo ocorria para 83,2% das famílias cadastradas, e para 36,9% o esgoto era depositado em fossas ou a céu aberto.

A existência de aspectos relacionados ao esgotamento profissional foi apontada por 84,4% dos participantes, principalmente na relação com a comunidade (33,6%) e com a equipe PSF e UBS (37,6%). Dos participantes, 27,8% precisaram faltar no trabalho pelos seguintes motivos: doença (41%), familiar doente (30,8%), consulta médica (17,9%) e outros (10,3%). O uso atual de medicação do tipo calmante, tranqüilizante ou antidepressivo, foi relatado por 17% dos entrevistados, predominando os antidepressivos.

Foram observados níveis moderados ou altos de exaustão emocional (70,9%), despersonalização (34%) e decepção (47,5%). De acordo com os critérios do MBI, 24,1% dos entrevistados apresentavam síndrome do esgotamento profissional.

Na análise bivariada, não se observou associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas ou aspectos do trabalho e exaustão emocional moderada ou alta (Tabelas 1 e 2). O risco de apresentar despersonalização moderada ou alta foi menor nas mulheres, nos sujeitos com 41 anos ou mais, nos com renda familiar mensal entre quatro e cinco e maior que sete salários mínimos, nos que referiram morar em domicílios com quatro cômodos ou mais, e entre os entrevistados que atuavam em microáreas com 20% ou mais pessoas com plano de saúde. Mostraram maior chance de ter despersonalização os ACS que referiram cor negra, os que residiam em domicílios com aglomeração de 0,76 a 1,0, aqueles que faltaram no trabalho uma vez nos 30 dias anteriores à entrevista, e aqueles em cuja microárea o lixo era queimado ou desprezado a céu aberto (Tabelas 1 e 2). O risco de decepção moderada ou alta foi inversamente associado à faixa etária. Por outro lado, observou-se maior risco para sujeitos que residiam em domicílios com aglomeração de 0,76 a 1,0, que faltaram duas vezes ou mais no trabalho nos 30 dias anteriores à entrevista, que atuavam em microáreas de risco e população até 14 anos acima de 20% (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Análise bivariada de características sociodemográficas e socioeconômicas dos agentes comunitários de saúde com aspectos de esgotamento e transtorno mental comum. São Paulo, SP, 2006. N=141

Variável	N (%)	Aspectos do esgotamento						Caso SRQ-20	
		Exaustão		Despersonalização		Decepção		OR (IC95%)	p
		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC95%)	p
Sexo									
Masculino	11 (7,8)	1		1		1		1	
Feminino	130 (92,2)	2,18 (0,63; 7,58)	0,22	0,26 (0,07; 0,95)	0,04	2,59 (0,66;10,18)	0,17	8,57 (1,07;68,91)	
Faixa etária (anos)									
≤30	35 (28,8)	1		1		1		1	
31 a 40	47 (33,3)	0,40 (0,14;1,16)	0,09	0,43 (0,18;1,07)	0,07	0,08 (0,33;1,96)	0,62	0,61 (0,25;1,46)	0,26
41 a 50	34 (24,1)	0,43 (0,14;1,35)	0,15	0,35 (0,13;0,95)	0,04	0,37 (0,14;0,97)	0,04	0,36 (0,13;0,96)	0,04
Mais de 50	25 (17,7)	0,44 (0,13;1,48)	0,18	0,11 (0,03;0,46)	<0,001	0,15 (0,04;0,49)	0,002	0,42 (0,15;1,21)	0,11
Cor									
Branca	58 (41,1)	1		1		1		1	
Parda	49 (34,8)	1,05 (0,45;2,48)	0,9	1,21 (0,55;2,64)	0,63	1,48 (0,69;3,17)	0,34	0,67 (0,31;1,45)	0,30
Negra	23 (16,3)	0,17 (0,25;2,01)	0,52	2,86 (1,05;7,79)	0,04	1,55 (0,59;4,08)	0,38	1,25 (0,48;3,29)	0,65
Outra	11 (7,8)	0,67 (0,17;2,59)	0,56	0,58 (0,11;3,0)	0,52	1,70 (0,46;6,22)	0,42	0,66 (0,17;2,49)	0,53
Estado civil									
Casado/ parceiro	78 (55,4)	1		1		1		1	
Solteiro	41 (29,1)	1,21 (0,52;2,81)	0,65	1,21 (0,55;2,64)	0,63	0,91 (0,43;1,94)	0,80	0,92 (0,43;1,97)	0,82
Viúvo/ separado	22 (15,6)	1,19 (0,41;3,40)	0,75	0,56 (0,18;1,67)	0,29	0,88 (0,34;2,27)	0,79	1,08 (0,42;2,79)	0,87
Religião									
Católica	72 (51,1)	1		1		1		1	
Evangélica	37 (26,2)	0,80 (0,34;1,89)	0,61	1,66 (0,72;3,80)	0,23	2,17 (0,96;4,89)	0,06	1,98 (0,89;4,45)	0,09
Outra	32 (22,7)	0,98 (0,39;2,48)	0,97	1,46 (0,61;3,51)	0,4	0,90 (0,39;2,11)	0,82	2,13 (0,91;4,97)	0,08
Escolaridade									
Fundamental/ médio	103 (73,0)	1		1		1		1	
Outro (curso técnico)	20 (14,2)	0,84 (0,31;2,30)	0,73	0,96 (0,35;2,62)	0,94	0,68 (0,26;1,80)	0,44	0,47 (0,17;1,33)	0,15
Superior incompleto ou completo	18 (12,7)	3,61 (0,78;16,62)	0,1	0,51 (0,16;1,66)	0,26	0,82 (0,30;2,23)	0,69	0,55 (0,19;1,58)	0,27
Renda familiar (salários mínimos)									
<4	58 (41,1)	1		1		1		1	
4 a 5	40 (28,4)	0,54 (0,22;1,31)	0,17	0,33 (0,14;0,82)	0,02	0,52 (0,23;1,19)	0,12	0,58 (0,26;1,31)	0,19
6 a 7	14 (9,9)	1,06 (0,26;4,37)	0,94	0,64 (0,19;2,14)	0,46	0,65 (0,20;2,12)	0,48	0,48 (0,14;1,62)	0,24
>7	29 (20,6)	0,47 (0,18;1,25)	0,13	0,37 (0,14;0,99)	0,04	0,93 (0,38;2,38)	0,88	0,39 (0,15;1,00)	0,05
Pessoas morando com o indivíduo									
≤1	32 (22,6)	1		1		1		1	
2	20 (14,2)	1,36 (0,39;4,80)	0,63	1,47 (0,46;4,71)	0,52	0,55 (0,17;1,80)	0,32	0,48 (0,15;1,50)	0,20
3	40 (28,4)	1,20 (0,43;3,32)	0,73	0,94 (0,34;2,58)	0,91	1,42 (0,56;3,62)	0,46	0,59 (0,23;1,50)	0,27
4	35 (24,8)	0,87 (0,31;2,42)	0,79	1,47 (0,54;4,02)	0,45	1,71 (0,65;4,51)	0,27	0,93 (0,36;2,44)	0,9
Mais de 4	14 (10,0)	1,67 (0,38;7,32)	0,5	0,88 (0,22;3,50)	0,85	0,96 (0,27;3,43)	0,95	0,24 (0,06;1,03)	0,05
Aglomeracão									
≤0,75	50 (35,4)	1		1		1		1	
0,76-1,00	52 (36,8)	1,16 (0,49;2,75)	0,73	2,40 (1,01;5,73)	0,05	2,24 (1,01;4,97)	0,04	1,19 (0,54;2,61)	0,66
≥1,01	39 (27,6)	0,96 (0,39;2,40)	0,94	2,47 (0,98;6,22)	0,056	1,87 (0,80;4,39)	0,15	1,29 (0,55;3,0)	0,56

As três dimensões de esgotamento profissional mostraram-se associadas. A decepção moderada ou alta foi preditora independente de exaustão emocional em níveis moderado ou alto (OR ajustado=3,06; IC 95%[1,19;25,5]; p=0,02). Da mesma forma, o indivíduo com exaustão moderada/alta teve maior chance de ter despersonalização moderada ou alta (OR ajustado=3,18; IC 95%[1,22;8,3]; p=0,01) e de decepção moderada ou alta (OR ajustado=3,92; IC

95%[1,4;11,0]; p=0,009).

A prevalência de casos de TMC encontrada na população estudada foi de 43,3% (IC 95%[35,0; 51,5]). O risco de TMC foi maior entre mulheres, nos entrevistados com microáreas de risco e nos que faltaram duas ou mais vezes no trabalho no mês anterior. Os indivíduos de 41 a 50 anos e que referiram renda familiar mensal maior que sete salários mínimos apresentaram menor chance de apresentar TMC (Tabelas 1 e 2).

Tabela 2. Análise bivariada de características relacionadas ao trabalho dos agentes comunitários de saúde com os aspectos de esgotamento profissional e transtorno mental comum. São Paulo, SP, 2006. N=141

Variável	N (%)	Aspectos do esgotamento						Caso SRQ-20	
		Exaustão		Despersonalização		Decepção		OR (IC 95%)	p
		OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Tempo de trabalho									
≤ 42 meses	72 (51,1)	1		1		1		1	
> 42 meses	69 (48,9)	1,76 (0,84;3,69)	0,13	1,56 (0,77;3,15)	0,21	1,02 (0,53;1,98)	0,94	1,14 (0,59;2,22)	0,69
Pessoas cadastradas									
≤ 530	72 (51,1)	1		1		1		1	
> 530	69 (48,9)	1,53 (0,73;3,19)	0,26	1,01 (0,46;2,21)	0,98	0,91 (0,47;1,77)	0,79	0,81 (0,41;1,57)	0,53
Microárea de risco									
Não	89 (63,1)	1		1		1		1	
Sim	52 (36,9)	1,9 (0,85;4,21)	0,11	1,56 (0,76;3,18)	0,22	2,47 (1,22;4,98)	0,01	2,9 (1,43;5,89)	<0,001
Tempo de início da capacitação (meses)									
1 mês	111 (84,7)	1		1		1		1	
Dois ou mais	20 (15,3)	0,86 (0,30;2,46)	0,78	0,76 (0,27;2,13)	0,6	0,83 (0,32;2,17)	0,71	0,93 (0,36;2,42)	0,88
Faltas no trabalho (nos 30 dias anteriores à entrevista)									
Nenhuma falta	102 (72,3)	1		1		1		1	
Uma falta	22 (15,6)	0,76 (0,29;2,01)	0,58	3,02 (1,18;7,76)	0,02	1,06 (0,42;2,66)	0,91	1,68 (0,67;4,26)	0,27
Dois ou mais faltas	17 (12,1)	3,27 (0,71;15,19)	0,13	1,76 (0,62;5,07)	0,29	3,04 (1,00;9,26)	0,05	4,04 (1,32;12,3)	0,01
Aspecto de esgotamento adicional									
Não	22 (15,6)	1		1		1		1	
Sim	119 (84,4)	2,37 (0,93;6,02)	0,07	1,45 (0,53;4,00)	0,47	1,72 (0,67;4,41)	0,26	1,78 (0,68;4,68)	0,24
População menor de 14 anos									
≤ 20%	67 (47,5)	1		1		1		1	
> 20%	74 (52,5)	0,81 (0,39;1,69)	0,58	1,63 (0,08;3,30)	0,18	2,81 (1,41;5,57)	<0,001	1,42 (0,72;2,77)	0,31
Destino do lixo									
Coleta pública	116 (82,3)	1		1		1		1	
Lixo queimado ou céu aberto	25 (17,7)	1,37 (0,50;3,72)	0,54	3,07 (1,27;7,44)	0,01	1,51 (0,63;3,61)	0,35	1,26 (0,53;3,00)	0,6
Destino do esgoto									
Rede pública	89 (63,1)	1		1		1		1	
Fossa ou céu aberto	52 (36,9)	1,18 (0,55;2,53)	0,67	1,78 (0,87;3,63)	0,11	1,17 (0,59;2,32)	0,65	1,75 (0,87;3,49)	0,11
Pessoas com plano de saúde									
≤ 20%	67 (47,5)	1		1		1		1	
> 20%	74 (52,5)	0,94 (0,45;1,94)	0,86	0,45 (0,22;0,92)	0,03	0,78 (0,40;1,52)	0,46	0,89 (0,46;1,73)	0,73

A proporção de participantes classificados como casos de TMC com níveis de exaustão emocional alta (78,7%), despersonalização alta (19,7%) e decepção alta (42,6%) foi maior que a de não-casos (20%, 2,5% e 7,5%, respectivamente). As associações foram estatisticamente significativas: exaustão emocional moderada/alta (OR=12,26; IC 95%[4,06;37,02]; $p<0,001$), despersonalização moderada/alta (OR=2,55; IC 95%[1,25;5,20]; $p=0,01$) e decepção moderada/alta (OR=7,41; IC 95%[3,49;15,74]; $p<0,001$). A regressão logística multivariável identificou exaustão emocional moderada e alta (OR ajustado=7,75, IC 95%[2,43;24,71]; $p=0,001$) e decepção moderada e alta (OR ajustado=4,63; IC 95%[2,05;10,5]; $p<0,001$), ajustadas para microárea de risco, como fatores preditores independentes para TMC (Tabela 3). Não foram observadas interações entre as variáveis explanatórias.

DISCUSSÃO

Foram encontradas altas proporções de ACS com níveis moderados ou altos de exaustão emocional, despersonalização e decepção, além de elevada frequência de prováveis casos de TMC. As três dimensões de esgotamento profissional mostraram-se fortemente associadas entre si e independentemente associadas à probabilidade de ser provável caso de TMC.

É possível que alguns ACS que apresentavam síndrome do esgotamento profissional e/ou TMC não tenham participado do estudo, por estarem afastados ou terem mudado de profissão, o que pode ter levado a uma subestimativa. A capacidade de generalização dos resultados e o poder estatístico do estudo são limitadas pelo pequeno número de sujeitos investigados (141), de uma única região do município de São

Paulo e contratados pela mesma fundação. Além disso, a amostra foi constituída predominantemente por mulheres (92,2%), não sendo possível fazer muitas inferências para o sexo masculino. Com relação ao viés de aferição, é possível que alguns ACS com depressão estivessem bem no momento da entrevista e não foram considerados casos de TMC. Além disso, o SRQ-20 não fornece diagnósticos formais, somente evidencia casos suspeitos.¹⁹ Desta forma, a associação entre esgotamento profissional e transtorno mental comum também pode ter sido subestimada. Finalmente, o desenho transversal do presente estudo não permite estabelecer relação temporal entre esgotamento profissional e TMC.

A prevalência da síndrome do esgotamento profissional do presente estudo (24,1%) foi maior que a encontrada em oncologistas brasileiros (7,8%)⁵ e em trabalhadores de enfermagem (16,2%) avaliados por Tamayo,⁹ mas abaixo da média descrita para profissionais de saúde em outros países (33,8%).^{8,17}

A exaustão emocional é considerada um fator central do esgotamento profissional, caracterizada pelo desgaste emocional e sensação de falta de energia, mostrando associação inversa com desempenho no trabalho. A exaustão emocional geralmente está relacionada às excessivas demandas e aos conflitos pessoais, predominando em solteiros e divorciados e em pessoas com maior grau de escolaridade.^{12,20}

A despersonalização refere-se à perda de motivação, ansiedade, irritabilidade e redução do idealismo, levando o indivíduo a tratar os clientes e colegas como objetos e mercedores dos problemas que possuem. Ocorre o afastamento psicológico como estratégia defensiva de confronto desenvolvida para lidar com a exaustão emocional.¹³ Jovens e pessoas com maior o grau de escolaridade são mais suscetíveis.¹¹ Os resultados encontrados mostraram que ser mais velho associou-se a menor risco de despersonalização, mas não houve associação com nível de escolaridade. Entre as três dimensões do esgotamento profissional, a despersonalização foi a menos observada nos ACS, achado semelhante aos descritos em outros estudos que avaliaram trabalhadores da saúde.¹⁷ Uma das características preditoras de maior chance de apresentar despersonalização moderada ou alta, além da presença da exaustão emocional, foi atuar em uma comunidade na qual mais de 20% das famílias cadastradas tinham o lixo queimado ou despejado a céu aberto. Isso leva à hipótese de que trabalhar com uma população que possui condições socioeconômicas precárias associa-se à elaboração de mecanismos de enfrentamento que podem culminar na despersonalização.

Tabela 3. Odds ratios brutos e ajustados para transtorno mental comum, segundo as variáveis que permaneceram nos modelos da regressão logística multivariável. São Paulo, SP, 2006. N=141

Variável	OR bruto	OR ajustado	IC 95%	p
Exaustão emocional (ref: Baixa)				
Moderada e alta	12,26	7,75	2,43;24,71	< 0,001
Decepção (ref: Baixa)				
Moderada e alta	7,41	4,63	2,05;10,50	< 0,001
Microárea de risco (ref: Não)*				
Sim	2,90	2,20	0,95;5,09	0,06

* Variável de confusão

⁹ Tamayo MR. Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

O terceiro aspecto da síndrome do esgotamento profissional, a decepção, relaciona-se ao sentimento de incompetência e inadequação, à auto-avaliação negativa, à queda da produtividade e falta de realização no trabalho, e pode ser exacerbada por falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento pessoal.¹³ Quase metade da amostra (47,5%) apresentou níveis de decepção moderado ou alto. As variáveis significativamente associadas foram exaustão emocional e TMC.

Na literatura, a prevalência de TMC varia entre 7% e 30%⁷ e estudos brasileiros descrevem taxas entre 22,7% e 35%,^{2,8} abaixo da encontrada no presente estudo (43,3%). A associação encontrada entre morbidade psiquiátrica e esgotamento profissional é relatada por vários autores^{5,7,13} e recentemente tem sido discutido o significado dessa associação. Cogita-se que talvez o esgotamento não seja um precursor dos TMC, mas uma forma alternativa de manifestar o desgaste emocional.¹³ A proporção dos entrevistados que afirmaram fazer uso regular de antidepressivos (17%) foi maior que na população do município de São Paulo (10%)¹⁰ e em Pelotas (9,9%).¹⁶ No entanto, não houve associação entre uso dessas medicações, esgotamento profissional e TMC, talvez porque os que faziam uso de antidepressivos estivessem já apresentando menos sintomas psiquiátricos e menores níveis de esgotamento.

Para alguns autores, os conflitos interpessoais no trabalho são estressores maiores que a relação com os clientes.¹⁵ Na presente pesquisa, para a maioria dos participantes (84,4%), a relação com a equipe (37,6%) e a relação com a comunidade (33,6%) foram aspectos relacionados ao esgotamento profissional. A dinâmica laboral dos ACS tem características particulares, pois esses trabalhadores vivenciam a realidade do bairro onde moram e trabalham, mas sua capacitação se dá a partir de referenciais biomédicos, o que os transforma

em portadores de muitas contradições. O acesso dos clientes/vizinhos aos ACS frequentemente ocorre fora do horário de trabalho e em qualquer local do bairro. Outra questão é como esses trabalhadores enfrentam situações complexas, como dinâmicas familiares de difícil intervenção, violência, tráfico de drogas –, muitas vezes sem uma rede social instituída e sem a equipe interdisciplinar necessária. Essas condições estão articuladas ao fato da identidade dos ACS ainda estar em construção,¹⁸ podendo haver insegurança ou indecisão sobre o real papel do ACS na comunidade e na equipe. A ambigüidade de papel, a relação entre o ocupante do cargo e a sua clientela, e principalmente, a demanda emocional, contribuem para o esgotamento profissional.^{4,13} Em uma realidade que faz parte do cotidiano dos trabalhadores do PSF, em particular o ACS, em que o cliente tem dor, angústia, ou raiva,³ pode haver sobrecarga de trabalho, insatisfação, sensação de inadequação e incompetência e o desenvolvimento de esgotamento e TMC.

Os resultados do presente estudo mostram que é imperativa a necessidade de novas pesquisas, com amostras maiores e mais representativas, envolvendo também os demais profissionais das equipes de PSF. Estudos com delineamentos longitudinais, desde o momento em que os profissionais ingressam na profissão, investigação da sobrecarga de trabalho, de eventos produtores de estresse, avaliação dos motivos de afastamento, rotatividade, também devem contribuir para uma melhor compreensão dos fatores causais. Desta forma, implicariam a elaboração de estratégias organizacionais e individuais de intervenção, como treinamento, capacitação e supervisão dos profissionais dos PSF, de modo a minimizar os danos à sua saúde e melhorar a qualidade de vida no trabalho, repercutindo na qualidade dos serviços prestados a população.

REFERÊNCIAS

1. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(4):505-16. DOI: 10.1590/S1135-57272004000400008
2. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho ESF, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.
3. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study. *J Organ Behav*. 1992;13(1):1-11. DOI: 10.1002/job.4030130102
4. Cordes CL, Dougherty T W. A review and a integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev*. 1993;18(4):621-56. DOI: 10.2307/258593
5. Glasberg J, Horiuti L, Novais MA, Canavezzi AZ, Miranda VC, Chicoli FA, et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(1):85-9. DOI:10.1590/S0104-42302007000100026
6. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
7. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163(2):166-9.
8. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2002;36(2),213-21. DOI: 10.1590/S0034-89102002000200014
9. Mari JJ, Willians P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
10. Mari JJ, Almeida Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med*. 1993;23(2):467-74.
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
12. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
13. Maslach C. Entendendo o burnout- In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. Stress e Qualidade de Vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. 1. ed. São Paulo: Atlas; 2005. p.41-55.
14. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1639-1646. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000600018
15. Pick D, Leiter MP. Nurses' perceptions of the nature and causes of burnout: a comparison of self-reports and standardized measures. *Can J Nurs Res*. 1991;23(3):33-48.
16. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):107-14. DOI: 10.1590/S0034-89102006000100017
17. Schaufeli W, Enzmann D. The Burnout companion to study and practice: a critical analysis. Philadelphia: Taylor & Francis; 1998.
18. Mendonça MHM. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber o fazer. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1433-1434. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500041
19. World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire. Geneva; 1994. 20. Wright TA, Cropanzano R. Emocional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *J Appl Psychol*. 1998;83(3):486-93. DOI: 10.1037/0021-9010.83.3.486
20. Wright TA, Cropanzano R. Emocional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *J Appl Psychol*. 1998;83(3):486-93. DOI: 10.1037/0021-9010.83.3.486

Artigo baseado na dissertação de mestrado de ATC da Silva apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 2008.

PR Menezes é apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsa produtividade).