

Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG)

Burnout and quality of life in health comunitary agents of Caetanópolis (MG)

Sabrina Martins Barroso¹, Adriane da Rocha Pereira Guerra²

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a existência da síndrome de *Burnout* e a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da cidade de Caetanópolis (MG). Trata-se de um estudo exploratório, de caráter correlacional. Participaram todos os 24 ACS da cidade, que responderam ao Maslach Inventory Burnout, ao World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref) e ao Critério de Classificação Econômica Brasil. Os resultados mostraram que 58,3% dos ACS apresentavam nível médio de *burnout* e 94,5% possuíam qualidade de vida ruim. Evidencia-se a necessidade de considerar o impacto do trabalho na vida dos ACS e intervir para melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chave: esgotamento profissional; agentes comunitários de saúde; qualidade de vida.

Abstract

The aim of this study was evaluating the prevalence of burnout and the quality of life in Community Health Agents (ACS) of the city of Caetanópolis (MG). Participated in this study all 24 ACS of the city, that responded to the Maslach Burnout Inventory, the World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref) and the socioeconomic questionnaire Critério Brasil. The results showed that 58.3% of ACS had medium level of burnout and 94.5% had poor quality of life. This study points to the necessity of considering the impact of work in the lives of the ACS and intervene to improve their quality of life.

Keywords: burnout; community health workers, quality of life.

Trabalho realizado nas Unidades Básicas de Saúde – Caetanópolis (MG), Brasil.

¹Mestre em Psicologia (2006) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil; Professora assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Uberaba (MG), Brasil.

²Graduada em Psicologia pela Faculdade Ciências da Vida – Sete Lagoas (MG), Brasil; psicóloga na Prefeitura Municipal de Caetanópolis – Caetanópolis (MG), Brasil

Endereço para correspondência: Sabrina Martins Barroso – Avenida Getúlio Guaritá, 159, sala 320 – CEP: 38025-440 – Uberaba (MG), Brasil –

E-mail: sabrina@psicologia.uftm.edu.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 formalizou uma nova forma de compreender a saúde, não mais baseada apenas na ausência de doenças, mas entendida de forma integral, incluindo o bem-estar físico e mental, e o direito ao bem-estar social e à qualidade de vida¹⁻⁴. A mudança na compreensão do que é a saúde não se deu de forma abrupta; desde a década de 1970 tem havido um movimento crescente em torno da compreensão do que é, de fato, a saúde e do papel que a qualidade de vida e o trabalho representam para sua manutenção.

Seguindo o referencial dessa nova concepção de saúde, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família, como forma de oferecer à população um ponto de acesso inicial e regionalizado ao atendimento, consolidando as propostas de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Os princípios básicos desse programa são a atuação em caráter comunitário, servindo como porta de entrada para atendimentos mais complexos e especializados; atuação interprofissional, territorialização e adscrição da clientela atendida, o que contribui para o estabelecimento da corresponsabilização entre equipe de saúde e comunidade^{1,6}.

Segundo Bornstein e Stotz⁷, os trabalhadores que atuam no Programa de Saúde da Família são profissionais da área da saúde com diferentes formações, havendo sempre a presença de um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo e de ACS. Outros profissionais podem ser incorporados a essa equipe.

Com o Programa de Saúde da Família, o atendimento na atenção primária à saúde passou a ser mediado pelos ACS⁸. Esses profissionais estão na “ponta” do sistema de saúde e mais próximos às famílias, conhecem as realidades locais e são responsáveis pelas ações de educação em saúde e pelo mapeamento dos seus territórios de atuação⁹. Os ACS são moradores da própria região atendida pelo serviço de saúde em que atuam. Recebem treinamento e passam a trabalhar informando à comunidade sobre os tipos de atendimento disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, mediando a relação entre a comunidade e os profissionais, marcando consultas, verificando vacinas, informando sobre grupos de acompanhamento e sensibilizando os profissionais do Programa de Saúde da Família sobre as demandas específicas da comunidade⁸⁻¹³.

No Brasil, a tarefa dos ACS como mediadores entre a comunidade e os serviços de saúde teve início em 1987, no Ceará, e suas atribuições foram estendidas e regulamentadas pelo Governo Federal no ano 2000¹². Por definição do Ministério da Saúde, cada ACS acompanha entre 450 e 750 famílias por microárea¹⁴. A atuação dos ACS visa promover maior identificação da comunidade com o serviço de saúde, já que os agentes são escolhidos entre membros da própria comunidade⁶. De acordo com Nunes et al.¹⁵, os ACS atuam na

organização da comunidade, na mediação do contato com o sistema de saúde e na prevenção dos problemas de saúde ou de seu agravamento, especialmente nos chamados grupos de risco. As atividades desenvolvidas pelos ACS os colocam em uma posição fundamental na Política Nacional da Atenção Básica, pois são protagonistas na identificação dos principais problemas que afetam a saúde da comunidade. O protagonismo na atenção primária exercido por esses profissionais também os coloca diante de situações e contextos para os quais não receberam formação ou ainda não estão preparados⁹.

Faz parte das funções do ACS entrar nas casas dos integrantes da comunidade, ouvir suas histórias e queixas, questionar sobre questões de saúde e higiene. Essas tarefas geram uma relação de maior intimidade entre os agentes e a comunidade¹⁵. Lunardelo¹⁶ e Nunes et al.¹⁵ pontuam que o contato com a população gera intenso envolvimento pessoal, com possibilidade de desgaste emocional para o ACS. Se por um lado essa aproximação foi planejada e desejada pelos criadores do Programa de Saúde da Família, por outra vertente, ela acarreta algumas complicações para a vida dos ACS. Eles precisam lidar com uma enorme variedade de contextos, com a necessidade de adequar sua abordagem e suas intervenções nas questões de saúde, o que os conduz a uma postura que pode se alternar entre assistencialismo e promoção de saúde.

Kluthcovsky et al.¹⁷ atentam para a negligência desse aspecto nos estudos sobre os ACS. Esses autores revisaram a literatura em busca de estudos sobre os ACS e observaram um aumento das publicações sobre essa temática a partir do ano 2000. Contudo, observaram também que os trabalhos desenvolvidos abordavam temas relacionados com as atividades desenvolvidas, o processo junto da comunidade e os resultados obtidos com o trabalho dos agentes, não abordando o impacto para a vida pessoal do próprio ACS ou sua qualidade de vida.

Segundo Silva e Dalmaso¹¹, na realização de seu trabalho, os ACS vivenciam uma série de situações para as quais não existe um saber sistematizado, tampouco instrumentos adequados para o desenvolvimento de um bom trabalho e gerência. Essas ações compreendem desde a forma de abordagem da família, o contato direto e imediato com situações de vida precárias determinantes das condições de saúde, até o posicionamento ante a desigualdade e a busca da cidadania. Esses profissionais também se deparam com ambientes, muitas vezes perigosos, insalubres e propícios a riscos à saúde, adicionados às pressões e exigências do próprio trabalho, o que pode favorecer o desenvolvimento da síndrome de Burnout e outras doenças relacionadas ao trabalho.

Burnout é uma síndrome multidimensional, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A referida síndrome é mais frequentemente

diagnosticada em profissionais que lidam diretamente com pessoas, uma vez que o relacionamento profissional requer resposta emocional contínua¹⁸. A síndrome de Burnout, para Benevides-Pereira¹⁸, vai além do estresse, pois está intimamente relacionada com o trabalho. O *burnout* tem três características principais:

1. exaustão emocional, na qual a energia do trabalhador para a realização das atividades laborais fica comprometida;
2. despersonalização, que leva à adoção de um comportamento frio e impessoal com colegas e clientes;
3. redução da realização pessoal, que leva o profissional a não se sentir realizado por desenvolver suas atividades. Segundo Codo e Vasques-Menezes¹⁹, essa doença consiste na “síndrome da desistência”, uma vez que o indivíduo deixa de investir afetivamente em seu trabalho, bem como nas relações afetivas dele decorrentes e, aparentemente, torna-se incapaz de se envolver emocionalmente.

Reinhold²⁰ indica que o desenvolvimento da síndrome de Burnout está relacionado a três fatores: fatores externos, fatores internos ou pessoais e fatores psicológicos e comportamentais. Os fatores externos envolvem: jornada de trabalho excessiva, excesso de burocracia, indisciplina, ausência de tempo livre para interagir com colegas, ausência de reconhecimento pelo bom trabalho, elevadas expectativas dos superiores e da comunidade em relação ao trabalho desenvolvido pelo profissional, tédio decorrente de tarefas repetitivas e falta de autonomia. Os fatores internos ou pessoais são: vulnerabilidade biológica e psicológica, perfeccionismo, controle de tudo (durante todo o tempo), expectativas elevadas, aspirações irrealistas, autoestima baixa, exagerado senso de responsabilidade e negativismo. Os fatores psicológicos e comportamentais compreendem: escolha profissional equivocada, problemas pessoais, perdas, doença pessoal, ausência de atividades sociais, de lazer, afastamento da família por excesso de trabalho e desilusões.

Apesar da importância dos ACS para a política de atendimento público em saúde no Brasil e do caráter de atendimento direto ao público envolvido em suas atividades, são escassos os estudos sobre a existência do *burnout* nessa população. Outro aspecto negligenciado sobre os ACS é seu atual estado de qualidade de vida e as possíveis relações entre sua qualidade de vida e os aspectos do trabalho que eles executam. A definição sobre o que seja qualidade de vida tem sido um dos dificultadores para sua investigação. Há diferentes modos de conceituá-la e as várias definições existentes envolvem as dimensões biológica, psíquica, social, cultural e ambiental^{21,22}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a qualidade de vida como uma inter-relação harmoniosa entre os aspectos físico e psicológico, as relações sociais e o meio ambiente da vida de um indivíduo²³.

Diante da importância dos ACS para a saúde pública e da carência de estudos sobre o *burnout* e a qualidade de vida desses profissionais, o presente estudo propôs a avaliação da existência da síndrome de Burnout e da qualidade de vida dos ACS da cidade de Caetanópolis, no interior de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e correlacional, que investigou a existência da síndrome de Burnout e o nível de qualidade de vida em ACS da cidade de Caetanópolis (MG). A coleta dos dados ocorreu durante os meses de agosto e setembro do ano de 2011. As entrevistas foram individuais e previamente marcadas com os ACS.

Participantes

A cidade de Caetanópolis possuía 10.231 habitantes em 2010²⁴. O município trabalha exclusivamente com o modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) e contava, na época da coleta de dados (segundo semestre de 2011), com três equipes de saúde da família, sendo duas para atendimento na área urbana e uma para atendimento na área rural do município. Cada equipe de saúde da família era composta por: um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e oito ACS.

No ano de 2011, Caetanópolis contava com 24 ACS. Como o número de ACS era relativamente reduzido, optou-se por investigar todos os profissionais, trabalhando com a população de ACS do município e não com amostragem. Após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (processo nº 2.090/2011), todos os ACS da cidade de Caetanópolis foram convidados a participar do presente estudo. Todos aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização da coleta dos dados.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por uma entrevistadora treinada, que aplicou os instrumentos em encontros individuais previamente agendados com os ACS, fora de seus locais de serviço.

Foram utilizados os quatro instrumentos, citados a seguir.

1. Questionário sociodemográfico, composto por 12 questões sobre aspectos sociodemográficos, profissionais, práticas de lazer, estratégias de enfrentamento e existência de sintomas somáticos nos ACS. Esse questionário foi desenvolvido pelas autoras, especialmente para o presente estudo.
2. Maslach Inventory Burnout (MBI), validado para o Brasil por Robayo-Tamayo²⁵. O instrumento é composto por 22 itens e avalia três aspectos que compõem o *burnout*:

exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. O MBI ainda não tem ponto de corte estabelecido para o Brasil, por isso, no presente trabalho adotou-se os pontos de corte utilizados por Moreira et al.²⁶. Assim, considerou-se com *burnout* todas as pessoas com pontuação total igual ou maior que 34 pontos no MBI. Para a classificação dos níveis de *burnout* adotou-se, adicionalmente, os pontos de corte: para Exaustão Emocional adotou-se nível alto (27 pontos ou mais), médio (19 a 26) e baixo (menor que 19); para Despersonalização considerou-se nível alto (10 pontos ou mais), médio (6 a 9) e baixo (menor que 6); e para Realização Pessoal a pontuação foi invertida, considerando-se nível alto (33 pontos ou menos), médio (34 a 39) e baixo (40 pontos ou mais).

3. Critério de Classificação Econômica Brasil 2010 (Critério Brasil). O Critério Brasil foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa e avalia, por meio do número de alguns eletrodomésticos, a existência de empregada doméstica trabalhando na casa, o nível de escolaridade do chefe da família e a classe socioeconômica da família avaliada;
4. World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref). O WHOQOL-bref é composto por 26 questões — duas gerais, que avaliam a qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde, e 24 que avaliam quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Adotou-se os procedimentos de correção informatizada indicados pelos autores, disponíveis no endereço virtual <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>. Como esse instrumento não tem ponto de corte definido para o Brasil, inicialmente os resultados foram transformados em percentil e, posteriormente, comparou-se os valores entre os integrantes da amostra com os resultados de Fleck et al.²⁷.

Análise dos dados

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente para caracterizar os ACS, o *burnout* e a qualidade de vida. Em seguida, realizou-se o teste de correlação de Spearman para determinar a existência de relação entre o *burnout* e a qualidade de vida. A análise estatística do presente estudo foi feita utilizando o programa SPSS, versão 17.0.

RESULTADOS

Análises Descritivas

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (87,5%), com idade média foi de 29 anos (DP±6,9), solteiros (54,2%),

com filhos (56,5%) (Tabela 1). Ao responder ao questionário, a maioria dos ACS indicou ter dois filhos. A maioria possuía ensino médio completo (79,2%) e pertencia às classes econômicas C1 e C2 (37,5%), o que, segundo o Critério Brasil, representava renda entre R\$ 933,00 e R\$ 1.391,00. O tempo médio de serviço dos ACS era de três anos e meio (DP±3,31).

Os resultados mostraram que todos os ACS entrevistados apresentavam *burnout*, sendo que a maioria dos ACS apresentou nível médio de exaustão emocional (58,3%) e nível elevado de despersonalização (54,2%), apesar disso, também apresentaram nível elevado de realização pessoal (58,3%) (Tabela 2). Ao serem perguntados sobre como se sentiam com relação a seu trabalho (questionário sociodemográfico), todos os ACS explicitaram a presença da exaustão emocional, pois

Tabela 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde, Caetanópolis (MG), 2011 (n=24)

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Feminino	21	87,5
Masculino	03	12,5
Estado civil		
Solteiro	13	54,2
Casado	10	41,7
Separado/divorciado	01	4,2
Escolaridade		
2º grau completo	19	79,2
3º grau incompleto	03	12,5
3º grau completo	02	8,3
Classe socioeconômica		
B1	01	4,20
B2	06	25,0
C1	08	33,3
C2	09	37,5

Tabela 2. Caracterização do Burnout, pelo Maslach Inventory Burnout, Caetanópolis (MG), 2011 (n=24)

	n	(%)
Prevalência de Burnout	24	100
Exaustão emocional		
Baixo	07	29,2
Médio	14	58,3
Alto	03	12,5
Despersonalização		
Baixo	03	12,5
Médio	08	33,3
Alto	13	54,2
Realização pessoal		
Baixo	01	4,2
Médio	09	37,5
Alto	14	58,3

relataram sentimentos de incapacidade no trabalho, falta de vontade para ir trabalhar, nervosismo, sensibilidade emocional em baixa, falta de paciência e problemas pessoais interferindo na rotina dos trabalhos. Além disso, os entrevistados indicaram que a insônia chegou a prejudicar seu raciocínio, dificultando a execução do planejamento do dia. Indicaram, ainda, que a proximidade com os problemas dos pacientes agravou seu estado de despersonalização.

A maioria dos ACS atribuiu o estresse aos trabalhos que desempenham (54,2%); acreditam, também, que seu estado emocional interfere para o bom andamento das atividades que desempenham (70,8%). Os ACS relataram contar com suporte social (91,7%) e indicam os colegas de trabalho (72,7%), a família (22,8%) e os amigos (4,5%) como as principais fontes desse apoio (Tabela 3).

Observou-se, ainda, que a qualidade de vida não foi classificada como boa em nenhum dos aspectos avaliados (psicológico, físico, relações sociais, meio ambiente e geral) pelos ACS. O domínio das relações sociais ($\bar{X}=15,4$) foi o domínio mais próximo da média mínima atribuída à boa qualidade de vida por Fleck et al. (2000), que foi de 15,5. O domínio psicológico ($\bar{X}=14,4$), o físico ($\bar{X}=12,9$), o meio ambiente ($\bar{X}=12,5$) e a qualidade de vida geral ($\bar{X}=11,8$) apresentaram médias mais baixas, indicativas de pior qualidade de vida (Tabela 4). Considerando o ponto de corte proposto por Fleck et al.²⁷, 94,5% dos ACS entrevistados estavam com qualidade de vida ruim.

Quanto aos tipos de enfrentamento utilizados pelos ACS, ou seja, as ideias ou práticas utilizadas para lidar com as situações estressantes do dia a dia, a maioria dos ACS indicou recorrer às atividades de lazer (45,5%) e ao pensamento positivo (27,3%) como formas de enfrentamento. Apenas um entrevistado disse ter capacidade de não levar os problemas do cotidiano de trabalho para casa, e um ACS informou que buscava alterar as situações que não lhe agradavam (Tabela 4).

Análises Correlacionais

Os resultados indicaram que a exaustão emocional apresentou correlação positiva elevada com a realização pessoal ($\rho=0,75$; $p\leq 0,001$), o que pode indicar que as pessoas mais exaustas são as que também se sentem mais realizadas (Tabela 5). A exaustão emocional apresentou correlação negativa moderada com a qualidade de vida geral ($\rho=-0,57$; $p\leq 0,001$) e com o domínio de meio ambiente ($\rho=-0,60$; $p\leq 0,001$).

A qualidade de vida geral demonstrou correlação positiva significativa com todos os domínios de qualidade de vida: fator psicológico ($\rho=0,58$; $p\leq 0,001$), físico ($\rho=0,77$; $p\leq 0,001$), relações sociais ($\rho=0,56$; $p\leq 0,001$) e meio ambiente ($\rho=0,90$; $p\leq 0,001$). Além disso, apresentou correlação

Tabela 3. Caracterização das percepções subjetivas, suporte social e estratégias de enfrentamento dos Agentes Comunitários de Saúde, Caetanópolis (MG), 2011 (n=24)

	n	(%)
Percepção de Estresse		
Sim	13	54,2
Não	09	37,5
Não respondeu	02	8,3
Interferência emocional no trabalho		
Sim	17	70,8
Não	07	29,2
Suporte Social		
Sim	22	91,7
Não	02	8,3
Origem do Suporte social		
Família	05	22,8
Amigos	01	4,5
Colegas	18	72,7
Tipo de Enfrentamento:		
Pensamento positivo	08	36,4
Atividade de lazer	10	45,5
Reza	02	9,1
Não levar problemas para Casa	01	4,5
Faz algo pra mudar a situação	01	4,5

Tabela 4. Caracterização da qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde, avaliado pelo WHOQOL-bref, Caetanópolis (MG), 2011 (n=24)

	Média (DP)	QV Ruim (%)	QV Boa (%)
Qualidade de vida Geral	11,75 (1,9)	23 (95,8)	01 (4,2)
Aspecto psicológico	14,14 (1,5)	20 (83,3)	04 (16,7)
Aspecto físico	12,95 (1,1)	24 (100,0)	00 (0,0)
Relações sociais	15,44 (2,1)	10 (41,7)	14 (58,3)
Meio ambiente	12,50 (2,2)	22 (91,7)	02 (8,3)

DP: Desvio-padrão; QV: Qualidade de vida pelo WHOQOL-bref: World Health Organization Quality of Life Instrument Bref

positiva moderada com a percepção do ACS de que seu estado emocional havia afetado seu trabalho ($\rho=0,52$; $p\leq 0,001$), indicando que os ACS que não acreditavam na influência do estado emocional apresentaram melhor qualidade de vida. Observou-se, ainda, correlação entre os domínios meio ambiente e físico da qualidade de vida ($\rho=0,75$; $p\leq 0,001$) e com as relações sociais ($\rho=0,42$; $p\leq 0,005$).

A percepção de que o estado emocional interfere no trabalho apresentou correlação significativa, com o total de pontos da escala de *burnout* ($\rho=-0,46$; $p\leq 0,05$). A percepção de que o estado emocional afetava o trabalho também apresentou relação significativa com a exaustão emocional

($\rho=-0,62$; $p\leq 0,001$), a despersonalização ($\rho=-0,45$; $p\leq 0,05$), a realização pessoal ($\rho=0,63$; $p\leq 0,001$), o aspecto físico da qualidade de vida ($\rho=0,45$; $p\leq 0,05$) e os aspecto de meio ambiente da qualidade de vida ($\rho=0,59$; $p\leq 0,001$). A escolaridade apresentou correlação significativa com o suporte social ($\rho=0,52$; $p\leq 0,001$), indicando que as pessoas com mais tempo de escolarização possuíam mais suporte social.

DISCUSSÃO

Os ACS possuem um lugar de destaque na atual proposta de atenção primária em saúde no Brasil. Assim, qualquer estudo que esclareça suas condições de estresse, *burnout* e qualidade de vida torna-se importante para embasar medidas interventivas. O perfil evidenciado dos ACS da cidade de Caetanópolis é similar à indicação feita por Kluthcovsky et al.¹⁷, que indicou maior presença de mulheres e de nível médio de escolaridade entre os ACS.

Observou-se que todos os ACS se classificaram para a identificação de *burnout* e que quase 60% apresentavam grau médio de exaustão emocional, o que indica que a maior parte desses profissionais estava esgotada e sobrecarregada emocionalmente. Além disso, durante as entrevistas a maioria dos ACS relatou sentir-se estressada (54,2%). Tironi et al.²⁸ indicam que a exaustão emocional é a primeira reação sintomática do *burnout* e surge decorrência do estresse ocupacional. O estudo de Lacerda e Hueb²⁹ também observou tendência das pessoas com elevada exaustão emocional a desenvolverem sintomas

de *burnout*. Feliciano et al.³⁰ indicaram que a prevenção do estresse no trabalho é atualmente um problema de saúde pública, requerendo intervenção rápida, sob pena de prejudicar trabalhadores e usuários de serviços de saúde.

No estudo de Tironi et al.²⁸, a exaustão emocional foi considerada a primeira dimensão afetada nos médicos avaliados, representando também sua primeira reação ao estresse gerado pelas exigências do trabalho. Observaram que, após a exaustão, os médicos apresentavam cansaço físico e emocional, dificuldade para relaxar e desempenhar suas atividades laborais.

Os resultados também indicaram a presença de elevada despersonalização na maioria dos ACS entrevistados. Este é um resultado preocupante, uma vez que tal sintoma remete à atuação impessoal e desumanizada do profissional. Segundo Tironi et al.²⁸, com a despersonalização o trabalhador pode chegar a agir de maneira cínica e irônica com os receptores de seu trabalho.

Na presente pesquisa também se observou que a maioria dos ACS apresentava escores elevados de realização pessoal (58,3%). Essa dimensão media os aspectos negativos do trabalho, servindo como fator de proteção para o surgimento do *burnout*. Um dos aspectos que contribui para a manutenção da percepção de realização pessoal vem do tipo de trabalho realizado, que permite ao ACS sentir-se útil para a comunidade em que vive e atua. A manutenção do nível elevado de realização pessoal em profissionais de saúde também foi observada por Lacerda e Hueb²⁹ e Moreira et al.²⁶

Tabela 5. Análises correlacionais, Caetanópolis (MG), 2011 (n=24)

	Exaustão	Despersonalização	Realização	QV - Geral	QV - psicológico	QV - Físico	QV - social	QV - ambiente	Enfrentamento	Estresse	Suporte Social	Tempo de Serviço	Estado emocional
Exaustão	1,00												
Despersonalização	0,38	1,00											
Realização	0,75**	0,37	1,00										
QV - Geral	-0,57**	-0,24	-0,21	1,00									
QV- psicológico	-0,28	-0,24	-0,20	0,58**	1,00								
QV - físico	-0,33	-0,15	-0,14	0,76**	0,26	1,00							
QV - social	-0,15	-0,03	0,18	0,55**	0,09	0,31	1,00						
QV - ambiente	-0,60**	-0,22	-0,24	0,89**	0,32	0,74**	0,42*	1,00					
Enfrentamento	-0,09	-0,18	-0,33	-0,10	-0,27	0,04	0,02	0,00	1,00				
Estresse	-0,37	-0,35	-0,17	0,06	-0,14	0,00	0,08	0,24	0,07	1,00			
Suporte Social	-0,16	0,26	-0,03	0,10	0,03	0,22	-0,20	0,12	0,00	-0,27	1,00		
Tempo de Serviço	0,19	0,14	0,13	-0,01	-0,12	0,23	-0,34	0,09	0,10	0,05	0,00	1,00	
Estado emocional	-0,62**	-0,45*	0,63**	0,52**	0,74	0,45*	0,16	0,59**	0,19	0,41*	-0,19	0,09	1,00

QV: Qualidade de vida

Identificar os fatores associados ao surgimento do *burnout* permitiria embasar intervenções efetivas, mas os estudos sobre a síndrome focam sua atenção quase exclusivamente nas características pessoais (personalidade, escolaridade e renda) e exigências do trabalho ao investigar os fatores de risco para *burnout*^{26,28,29}. Em nosso estudo investigamos outros fatores, mas apenas a percepção sobre a emoção interferir no trabalho mostrou correlação com o *burnout*. Essa percepção também mostrou relações significativas com a qualidade de vida geral e com aspectos específicos da qualidade de vida (físico e meio ambiente).

Os resultados sobre a qualidade de vida dos ACS de Caetanópolis indicaram uma situação preocupante. Nenhum dos domínios avaliados mostrou-se dentro de uma faixa indicativa de boa qualidade de vida. Este dado difere dos observados por Moreira et al.²⁶ sobre professores, em que a maioria dos professores estava satisfeita com sua qualidade de vida.

Com relação às estratégias de enfrentamento, os ACS adotaram principalmente a realização de atividades de lazer e pensamento positivo para lidar com situações estressantes. No trabalho de Telles e Pimenta³¹, as estratégias focadas no problema e o pensamento fantasioso também foram as mais

utilizadas pelos ACS. Além disso, observamos que a maioria dos ACS contava com fontes de suporte social, especialmente vinda dos colegas de trabalho. Não foi possível localizar outros estudos que tenham investigado o suporte social dos ACS, mas uma vez que os colegas são percebidos como fonte de apoio, essa pode ser uma das bases para intervenções sobre o estresse laboral e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Telles e Pimenta³¹ indicam que estratégias de acolhimento podem ser adotadas nos serviços, de forma a ajudar os ACS a lidar com as dificuldades do trabalho.

Os resultados do presente trabalho permitem observar o perfil de *burnout* e da qualidade de vida dos ACS de Caetanópolis (MG), mas é necessário destacar que não sabemos se ACS de outras cidades/regiões seguem o mesmo perfil. Destaca-se, ainda, outra limitação da investigação, a utilização de um questionário construído para esta pesquisa, cujas qualidades psicométricas não foram investigadas. Recomenda-se que futuros trabalhos sobre o tema realizem entrevistas aprofundadas com os ACS e avaliem também sua saúde física e suas condições concretas de trabalho. Investir na saúde e na qualidade de vida dos cuidadores é assegurar melhor saúde a toda a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Treinamento Introdutório. [Internet] Caderno de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, Caderno 2. 2000 [Citado 2013 mar 10]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cad02_treinamento.pdf
2. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ e IMS: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
3. Bock AMBM. Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva; 2002.
4. Spink MJP. Sobre a promoção da saúde: tensões entre risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA AM, SATO L, organizadores. Diálogos em psicologia social. Porto Alegre: Evangraf; 2007. p. 345-60.
5. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. Saúde Soc. 2007; 16(3): 85-91.
6. Starfild B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
7. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciên Saúde Coletiva. 2008;13(1):259-68.
8. Gomes KO, Cotta RMM, Cherschiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. 2009;18(4):744-55.
9. Campos FE, Belisario SA. A Estratégia de Saúde da Família e os desafios para uma formação profissional e a educação continuada. Rev Interface. 2001;9(5):133-42.
10. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1171-81.
11. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface. 2002;6(10):75-83.
12. Borges CC, Cardoso CL. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. Psicol Soc. 2005;17(2):26-32.
13. Pupin VM, Cardoso CL. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de "ser agente". Estudos de Psicol. 2008;13(2):157-63.
14. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 [Internet]. 2006 [Citado 2013 mar 10]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>.
15. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-46.
16. Lunardelo SN. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo (USP); 2004.
17. Kluthcovsky AGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. Rev Psiquiatr RS. 2007;29(2):176-83.

18. Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do burnout no Brasil. *Rev Eletrônica InterAção Psy*. 2003;1(1):4-11.
19. Codo W, Vasques-Menezes I. Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. São Paulo; 2000.
20. Reinhold HH. O Burnout. In: Lipp M editor. O estresse do professor. 5a ed. Campinas: Papirus; 2007.
21. Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. *Rev Lat-Am Enf*. 2008; 16(2):252-59.
22. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
23. Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-bref) [Internet], 1998. [Citado 2013 abr 16]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [Internet] [cited 2013 Mar 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>
25. Robayo-Tamayo M. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. [dissertação]. Universidade de Brasília. Brasília, DF; 2007.
26. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2009;25(7):1559-68.
27. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev de Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
28. Tironi MOS, Sobrinho CLN, Barros DS, Reis EJFB, Filho ESM, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):656-62.
29. Lacerda PN, Hueb MFD. A avaliação da síndrome de Burnout com enfermeiros de um hospital geral. *Rev Soc Psico Triângulo Min*. 2005;9(1).
30. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o Burnout. *Rev Bras Saúde Mat Inf*. 2005;5(3):319-28.
31. Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. *Saúde Soc*. 2009;18(3):467-78.

Recebido em: 16/04/2013

Aprovado em: 07/09/2013