

Prevalência da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento em Unidade de Saúde da Família do Recife/PE.

Victor Fernando da Silva Lima ¹

Cristiene Gama Tenório ²

RESUMO

O objetivo deste estudo é investigar se os profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família tem predisposição à Síndrome de Burnout e quais são suas principais formas de enfrentamento diante de estressores. Foi realizado um estudo transversal descritivo, desenvolvido com 13 agentes de saúde da USF Vila Boa Vista em Recife/PE. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o Questionário Jbeili, elaborado por Chafic Jbeili, inspirado no Maslach Burnout Inventory – MBI. E a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), com o objetivo de mensurar estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos. A análise dos questionários mostrou um quadro preocupante entre os agentes comunitários de saúde. Todos os profissionais que participaram do questionário apresentaram uma pontuação relevante. O grupo estudado apresentou bons valores de enfrentamento alicerçados em estratégias focalizadas no problema, no Pensamento Fantasioso e na Busca de Suporte Social. E levemente reduzida nas estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Em suma, é importante que políticas de atenção à saúde aos profissionais sejam formalizadas. É necessário, portanto, que essas iniciativas sejam tomadas e permaneçam em acompanhamento constante, e não em forma de iniciativas isoladas. O processo do adoecimento profissional é crônico, dessa forma, o cuidado deve ser permanente.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional; Estresse Ocupacional; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador.

¹ Graduando do curso de Medicina na Universidade de Pernambuco (UPE).

² Prof^ª. Msc. no curso de Medicina na Universidade de Pernambuco (UPE). E-mail: cristiene.tenorio@upe.br

Prevalence of Burnout Syndrome in Community Health Agents and Coping Strategies in the Health Unit of the Family of Recife / PE.

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate whether the health professionals of the Family Health Unit are predisposed to Burnout Syndrome and what are their main ways of coping with stressors. A descriptive cross - sectional study was carried out with 13 health agents from the Vila Boa Vista USF in Recife / PE. The evaluation instruments used were the Jbeili Questionnaire, prepared by Chafic Jbeili, inspired by the Maslach Burnout Inventory - MBI. And the Ways of Coping Questionnaire (WCQ), with the objective of measuring coping strategies in relation to specific stressors. The analysis of the questionnaires showed a worrying picture among community health agents. All the professionals who participated in the questionnaire presented a relevant score. The group studied presented good values of confrontation based on strategies focused on the problem, on Fantastical Thinking and on the Search for Social Support. It is slightly reduced in coping strategies focused on emotion. In short, it is important that health care policies for professionals be formalized. It is therefore necessary that these initiatives be taken and kept under constant monitoring, not in the form of separate initiatives. The process of professional illness is chronic, so care must be permanent.

Keywords: Professional Burnout; Occupational Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida em parâmetros nacionais e internacionais como bastante funcional e resolutive para organização de sistemas de saúde. Há mais de três décadas essa estratégia integrativa de atenção vem favorecendo o acesso aos cuidados e a racionalização de custos, gerando novos modelos criativos e efetivos para solução e prevenção de complexos problemas de saúde no território (ABRANTES, 2017).

Quando em 1994 foi implantado, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), as comunidades científicas e organizações sociais comemoraram a evolução histórica do país, que finalmente assumiu a responsabilidade de favorecer o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, estimulando qualidade e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, igualdade, integralidade e participação da comunidade.

A origem do PSF remonta, ainda, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Este último teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Brasil, na busca de alternativas que possibilitassem melhorias nas condições de saúde de suas comunidades. Surgiu, então, uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades (BRASIL, 2017).

O agente comunitário de saúde (ACS), por definição do Ministério da Saúde, acompanha entre 450 e 750 famílias por microárea. Esta categoria tem um papel muito importante como mediador, pois é o membro da equipe que faz parte da comunidade, dessa maneira, conhece melhor a realidade local, o que possibilita que a criação de vínculo seja facilitada, a fim de promover uma maior inclusão da comunidade nos atendimentos na própria unidade de saúde (BRASIL, 2017).

Algumas das funções do ACS incluem realizar visitas domiciliares com o intuito de ouvir as histórias e acolher os problemas pelo qual passam os integrantes da comunidade, assim como também praticar com essas atividades de educação em saúde. Essas tarefas promovem uma maior aproximação entre a comunidade e o profissional (BARROSO e GUERRA, 2013).

Destaca-se que o contato com a população possibilita um maior envolvimento pessoal, porém, com desgaste emocional para o agente comunitário de Saúde. Se em uma perspectiva essa aproximação é positiva, fortalecendo o vínculo equipe de saúde e

comunidade, por outra acarreta em algumas complicações na vida do agente de saúde (BARROSO e GUERRA, 2013).

Além desses fatores, os ACS vivenciam em sua jornada laboral, diversas outras situações que contribuem no processo de adoecimento profissional, seja fatores físicos (como insolação, rotas distantes e de difícil acesso), como também sociais (relações interpessoais no ambiente profissional desgastadas, alta cobrança por parte da comunidade e dos superiores). Essa série de situações em uma perspectiva crônica, pode atuar como estressores e ocasionar em forma somatotópica, em transtornos e doenças ocupacionais, como a Síndrome de *Burnout* (SB).

A síndrome de Burnout, também conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional, é considerada pela Previdência Social como doença do trabalho. A palavra “Burnout” é constituída pelo termo “Burn” que significa queima e o termo “out” que significa exterior/externamente. A união desses sugere que o indivíduo acometido pela síndrome se consome física e emocionalmente, podendo apresentar um comportamento depressivo ou agressivo (CODD, W.; VASQUES-MENEZES, 1999).

Burnout é uma síndrome ocupacional de caráter multidimensional. É caracterizada por meio da presença simultânea de 3 dimensões: a exaustão Emocional (EE), a Despersonalização(DP) e a Reduzida Realização Profissional (RRP) (Benevides-Pereira AMT, 2003).

A dimensão da exaustão emocional(EE) é caracterizada por falta de energia e entusiasmo. A dimensão da Despersonalização (DP) quando acentuada leva o profissional a demonstrar um comportamento frio e impessoal com os usuários atendidos e com os parceiros de trabalho. Por último, a dimensão da Redução da Realização Pessoal leva o profissional a não se sentir bem/realizado ao realizar as atividades laborais as quais são designadas a sua profissão. (Benevides-Pereira AMT, 2003).

Diante dessa série de acontecimentos externos e internos, o indivíduo passa a utilizar de estratégias de enfrentamento como meio de aumentar a percepção de gerenciamento pessoal das situações estressoras e a opção pelo indivíduo depende do repertório interno o qual o mesmo possui e das experiências anteriores nas quais essas estratégias foram reforçadas (TELES e PIMENTA, 2009).

Dessa forma, as estratégias de enfrentamento são referidas como esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências e demandas internas e externas, o que é um processo multidimensional que tem por objetivo tornar

mais amenos os efeitos dos agentes estressores ao qual o individuo é submetido (TELES e PIMENTA, 2009).

Tendo em pauta essa discussão, o presente trabalho destinou-se a investigar a prevalência da síndrome de Burnout em seus diferentes estágios em agentes de saúde, assim como as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses profissionais.

METODOLOGIA

Estudo de Campo, exploratório com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Vila Boa Vista localizada na cidade do Recife/PE. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a junho de 2017.

A população do estudo foi constituída por Agentes Comunitários de Saúde, por estes estarem sob condições de estresse cotidiano em razão de seu contato com a realidade socioambiental das famílias e suas demandas de diferentes naturezas. Os critérios de inclusão constituíam: Ter vínculo formal com a Secretária Municipal de Saúde; Atuar na Atenção Primária de Saúde, com carga de no mínimo trinta horas semanais; ter nível superior; Aderir de forma voluntária à pesquisa e estar comprometido com seu cuidado pessoal. Foram excluídos da amostra os profissionais que se recusaram a participar do estudo e aqueles que, por algum motivo, estiveram afastados do trabalho devido a férias ou licenças médicas, prêmio, entre outros.

Conforme a listagem de profissionais fornecida, a unidade contava com 25 profissionais de saúde atuantes. Destes, 13 cumpriram com todos os critérios.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados de autopreenchimento: a Escala preliminar de Identificação da Síndrome de Burnout e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

A Escala Preliminar de Identificação da Síndrome de Burnout, foi elaborada e adaptada por Chafic Jbeili, inspirado no Maslach Burnout Inventory – MBI. Possui o mesmo objetivo do inventário que lhe deu origem, entretanto possui a vantagem de possuir menos itens e ter o processamento dos dados facilitado. A escala preliminar possui 20 itens e deve ser preenchida com a escala de Likert 1 a 5, sendo o (1 correspondente ao “nunca” e o 5 ao “frequentemente”). Os resultados são expressos em

faixas de risco/vulnerabilidade a partir dos resultados apresentados nos somatórios dos pontos. Além disso, fornece importantes interpretações acerca das diferentes percepções das dimensões da SB.

A EMEP foi adaptada para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997), com o objetivo de mensurar as estratégias de enfrentamento em relação a estressores específicos; a escala conta com 45 itens que devem ser preenchidos com uma escala de Likert, assim como na escala anterior, e uma pergunta discursiva. Os itens da escala são distribuídos em 04(quatro) fatores. (Fator 1 - Estratégias de Enfrentamento focalizadas no problema, Fator 2- Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, Fator 3- Práticas religiosas/ Pensamento Fantasiado, Fator 4- Busca de Suporte Social).

Os dados preenchidos nos instrumentos foram inseridos em planilhas criadas pelo software Microsoft Office Excel 2007. Neste os dados foram processados de acordo com as indicações dos autores de cada instrumento.

É importante destacar que todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos, riscos, benefícios e direitos durante a realização da pesquisa. Todos os participantes aderiram voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para a realização da presente pesquisa, foi requerida a autorização da Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES) do município do Recife, obtendo aprovação plena para coleta de dados, a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE da Universidade de Pernambuco sob o parecer nº 1.991.146.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva dos dados (média, desvio-padrão, mediana e percentagem) e apresentados sob a forma de tabelas.

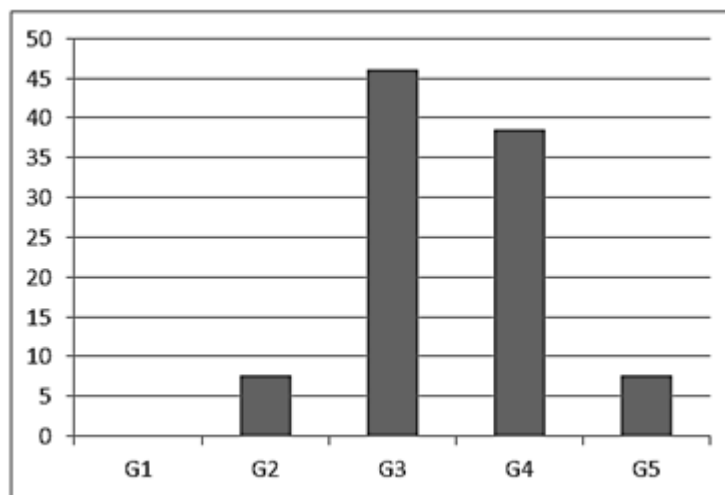
Com relação a Escala Jbelli, ou preliminar de Burnout temos que os dados obtidos, por meio desta, permitiu caracterizar grupos que possuem probabilidade de estarem desenvolvendo diferentes estágios da SB. Foram divididos, então, em 5 grupos.

Sendo respectivamente G1, *nenhum indício de SB*; G2, *possibilidade de desenvolver SB*; G3, *estágio inicial de SB*; G4, *estágio moderado de SB* e G5, *estágio considerável de SB*.

Todos os profissionais ou estavam em algum estágio da SB ou possuíam a possibilidade de desenvolvê-la. Corresponde-se G1 com 0%, G2 com 7,7%, G3 com 46,1%, G4 com 38,5% e G5 com 7,7%.

Sendo que 46% dos participantes possuíam níveis moderados ou bastante consideráveis de SB. Esta estatística é bastante alta, uma vez que as literaturas indicam um padrão de 3 a 5% dos profissionais de saúde que apresentam gravemente a SB.

Tabela 01 – Grupos em diferentes estágios de desenvolvimento de SB.



Ainda, foi possível proporcionar a gravidade do acometimento em cada uma das dimensões da SB (Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Reduzida Realização Profissional (RRP)). Os resultados obtidos foram categorizados em diferentes índices (baixo, moderado e alto).

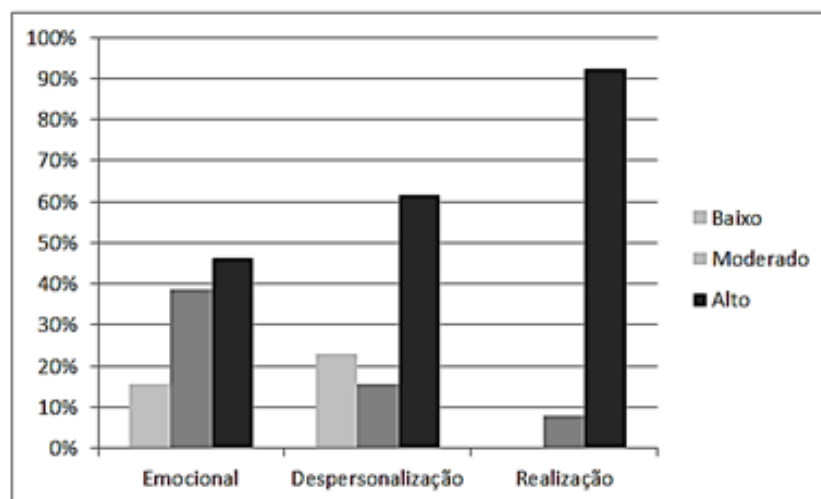
A porcentagem de profissionais sofrendo de EE baixo foi de 15,38% , moderado de 38,46% e de EE alto de 46,15%.

Em relação a DE 23% apresentavam baixos índices, 15,38% índices moderados e 61,53% índices elevados de despersonalização.

A Reduzida Realização Profissional foi constatada baixa em 0% dos casos, 7,7% em estado moderado e 92,3% em níveis elevados.

Dessa forma, percebe-se uma prevalência importante de acometimentos graves em cada uma das dimensões.

Tabela 02 - Distribuição de grupos em diferentes graus de acometimento para cada dimensão, segundo a Escala Preliminar de Burnout (Escala Jbelli).



Para analisar a consistência interna dos quatros fatores da Escala EMEP foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach. Obtendo valores de confiabilidade de 0,84 no Fator 1 - Estratégias de Enfrentamento focalizadas no problema, de 0,81 no Fator 2- Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, de 0,74 no Fator 3- Práticas religiosas/ Pensamento Fantasiado de 0,7 no Fator 4- Busca de Suporte Social.

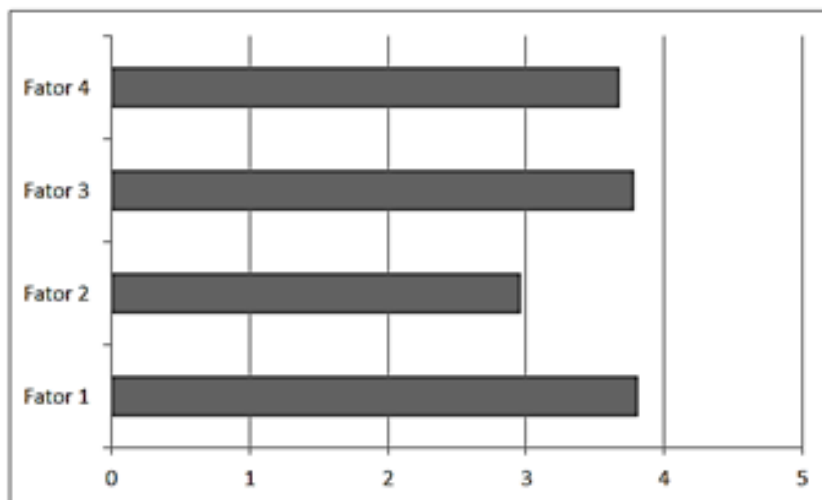
Com relação aos modos de Enfrentamentos do grupo, avaliados a partir da escala EMEP, com a qual é gerado um resultado que compreende valores entre 0-5.

No fator 1 obteve-se o valor médio para o grupo de 3,81; no fator 2 de 2,96; no fator 3 de 3,79 e no fator 4 de 3,68. Têm-se como valores de bom enfrentamento de problemas contemplados entre o intervalo de valores 3 a 5.

Dessa forma, o grupo estudado apresentou bons valores de enfrentamento alicerçados em estratégias focalizadas no problema, nas práticas religiosas/ Pensamento Fantasiado e na Busca de Suporte Social. E levemente reduzida nas estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção.

Como resultado de variâncias encontradas no grupo estudado entres os fatores, temos em ordem crescente: 0,215; 0,247; 0,257; 0,453.

Tabela 03 – Resultados médios obtidos a partir da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas pelo grupo de profissionais.



CONCLUSÃO

A análise dos dados encontrados nesta pesquisa, embora a partir de uma pequena amostra obtida na USF Vila Boa Vista, localizada na cidade do Recife-PE, aponta resultados de importante relevância científica e político-social.

Em consonância com a literatura, constatou-se uma importante vulnerabilidade dos profissionais de saúde para a Síndrome de Burnout, especialmente aos que atuam na atenção primária. Especificamente na USF estudada, a qual vem atravessando os desafios da gestão SUS por mais de 15 anos, como a permanência instável dos profissionais de nível superior, evidenciou-se a sobrecarga da equipe de agentes de saúde. A prevalência de SB demonstrou ser bem superior ao esperado pelas descrições da literatura.

Os resultados desta análise presta um importante serviço à saúde pública por duas razões ; primeiro como um alerta para os sistema de gestão do SUS na atenção básica da cidade do Recife-PE, assim como as organizações do trabalho, governamentais ou não, que estejam envolvidas com a saúde do trabalhador, ao desvendar e revelar as necessidade de cuidado destes trabalhadores, que prestam

suporte diário aos serviços de saúde nas comunidades, e estão gravemente afetados pela sobrecarga associada a despreparação na gestão do estresse cotidiano, que vem afetando a própria saúde do trabalhador, comprometendo sua produtividade e sua qualidade de vida.

É importante que políticas de atenção à saúde a esses profissionais sejam formalizadas. É necessário, portanto, que essas iniciativas sejam tomadas e permaneçam em acompanhamento constante, e não em forma de iniciativas isoladas. O processo do adoecimento profissional é crônico, dessa forma, o cuidado deve ser permanente.

E por outro lado, cumpri a tarefa de chamar a atenção dos profissionais da saúde, para suas próprias necessidades de cuidado com sua saúde, não apenas física, mas também emocional, mental e relacional, ao permitir que eles reconheçam os fatores predisponentes desta síndrome de estresse ocupacional, para aprender a minimizá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, Jacira. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Portal da Saúde. **Agente Comunitário de Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em 15 ago. 2017.

BARROSO, Sabrina Martins; GUERRA, Adriane da Rocha Pereira. **Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG)**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 338-345, Set. 2013.

Benevides-Pereira AMT. **O estado da arte do burnout no Brasil**. Ver Eletrônica InterAção Psy. 2003;1(1):4-11.

CODO W, Vasques-Menezes I. **Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação**. São Paulo; 2000.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. **O que é burnout?** In: CODO, W. (Org.). Educação: Carinho e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 237-255.

TELLES, Heloisa e PIMENTA, Ana Maria Carvalho. **Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento**. Saude soc. [online]. 2009, vol.18, n.3, pp.467-478.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; TROCCOLI, Bartholomeu T.; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, Set. 2001.

NASCIMENTO, Diego Filipe de Lima et al. **Identificação preliminar da síndrome de Burnout em Professores do IF goiano campus Urutaí – GO**. ENCICLOPÉDIA

BIOSFERA, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v.8, n.15; p. 2089- 2098.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **Maslach Burnout Inventory**. (research manual, second edition). Consulting Psychologist Press: Palo Alto, 1986.

SUEHIRO, Adriana Cristina Boulhoça; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; HATAMOTO, Clarice Tsuguico e CARDOSO, Marcelo Moraes. **Vulnerability to stress and satisfaction in Work in Family Health program professionals**. Bol. psicol [online]. 2008, vol.58, n.129, pp. 205-218. ISSN 0006-5943.