



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

JOYCE GRAZIELLE BURATTI

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

PIRACICABA

2018

JOYCE GRAZIELLE BURATTI

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada à Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos exigidos
para a obtenção do título de Mestra em
Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Jaqueline Vilela Bulgareli

Este exemplar corresponde à versão
final da dissertação defendida pela
aluna Joyce Grazielle Buratti e
orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Jaqueline
Vilela Bulgareli.

PIRACICABA

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

B89p Buratti, Joyce Grazielle, 1988-
Prevalência da síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde /
Joyce Grazielle Buratti. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Jaqueline Vilela Bulgareli.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Esgotamento profissional. 2. Saúde do trabalhador. 3. Agentes
comunitários de saúde. I. Bulgareli, Jaqueline Vilela, 1980-. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Prevalence of Burnout syndrome in community health agent

Palavras-chave em inglês:

Burnout, professional

Occupational health

Community health workers

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Jaqueline Vilela Bulgareli [Orientador]

Dagmar de Paula Queluz

Pedro Bordine Faleiros

Data de defesa: 25-01-2018

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 25 de Janeiro de 2018, considerou a candidata JOYCE GRAZIELLE BURATTI aprovada.

PROFª. DRª. JAQUELINE VILELA BULGARELI

PROF. DR. PEDRO BORDINI FALEIROS

PROFª. DRª. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

“Cada pessoa esta em contato especial com uma pequena parte do universo contido dentro de sua própria pele”.

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente” (B.F. Skinner).

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques.

À Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, coordenadora do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP/UNICAMP, pela oportunidade e incentivos.

À Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon pelo pela inspiração, incentivo e auxílio emocional e prático para a concretização deste sonho.

À Secretaria de Saúde do município de Piracicaba pela estrutura fornecida.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli por todo apoio, paciência e auxílio.

À minha família amada Célia Stoco Volpato Buratti, José Claudimir Buratti, Eduardo José Buratti e, em especial, Jefferson José Volpato Buratti por todo o carinho, compreensão, apoio e parceria. Nada seria possível sem a dedicação e carinho de vocês. Aos meus avós por todo cuidado, incentivo e carinho.

Agradeço aos amigos que sempre estiveram ao meu lado me incentivando a seguir em frente nestes tempos áridos, principalmente, Jucinele Lodi, Ana Luiza Becker Geraldi, Pedro Henrique Braga Pierozzi, Melisa Gomes, Jussara Silveira Leite, Renata Pastor Cardoso, Rogério Moreira Cardoso e Margareth Piovan Hilário da Silva.

Muito obrigada pelas contribuições, carinho e todo auxílio.

Como agradecimento especial, à Deus. Sempre iluminado meu caminho e me dando força para prosseguir.

Minha eterna gratidão!

RESUMO

A Síndrome de Burnout (SB) atinge diretamente Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devido ao contato direto e constante com os problemas dos usuários e do envolvimento emocional com os mesmos. O objetivo do estudo foi investigar a prevalência da Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde que trabalhavam 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 por meio de tabela de frequência. 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 chaves: Burnout; Saúde Ocupacional; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

Burnout Syndrome (BS) directly affects health professionals, Community Health Agents, due to the direct and constant contact with users' problems and emotional involvement with them. 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 by means of a frequency table. 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 the participants were female (93.6%), married (65.3%), with 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; Community Health Agent.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. ARTIGO: Prevalência da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde em um município de médio porte do Estado de São Paulo.	13
3. CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	
Apêndice 1 - Questionários Sociodemográfico	37
Apêndice 2 - Termos de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE)	38
ANEXOS	
Anexo 1 - Certificado do Comitê em Ética em Pesquisa	41
Anexo 2 - Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	42

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é um processo de adoecimento de caráter multifatorial e psicossocial, em função da intensa e constante exposição do trabalhador aos agentes potencialmente estressores presentes na rotina diária de trabalho (Palazzo et al., 2012; Maia, 2011; Carlotto e Palazzo, 2006; Sbissa, 2017). É reconhecida como uma doença profissional dentro do quadro de fadiga, podendo ter caráter culposo, doloso ou acidental. Os sintomas atingem aspectos físicos e psíquicos, a saber: sentimento de esgotamento mental e físico; cefaleia; náuseas; taquicardia; falta de perspectiva; perda de motivação; concentração; sentimentos de inadequação e fracasso profissional; depressão e apatia em relação ao trabalho e nas relações interpessoais (França, 2011).

No Brasil, o afastamento do trabalho por doenças segue a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) 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, 2014).

Dentro do quadro de sintomas são identificados três dimensões em que o sujeito sente/passa no desenvolver da doença: desgaste psíquico (DP), indolência (IN), Ilusão pelo trabalho (IT) e Culpa (C). A primeira dimensão conhecida como desgaste psíquico é sentida como esgotamento físico e mental, falta de recurso para resolução dos problemas cotidianos e sentimento de ineficácia. Pode ser percebida como desinteresse e desmotivação no trabalho, devido a queda na quantidade e qualidade da produção. Na segunda dimensão, Indolência, percebe-se prejuízos na interação interpessoal com membros da comunidade e colegas de trabalho, assim como sentimento indiferença em relação ao sofrimento do outro. Ocorre a cisão entre os acontecimentos e o recíproco sentimento como um meio de lidar com o sofrimento vivenciado. No entanto esse processo chamado de dissociação agrava o estado de adoecimento mental,

principalmente por não sentir prazer nas atividades que antes lhe agradavam e evita interações pessoais tanto no trabalho, quanto na vida pessoal. É percebido por indiferença ou frieza dentro das relações interpessoais. A terceira dimensão, Baixa Ilusão pelo Trabalho, é a percepção do resultado de seu trabalho como ineficaz, apesar dos esforços empregados na atividade. Isso ocorre, principalmente, discrepância entre a expectativa criada pelo trabalhador com relação ao resultado do seu trabalho e as reais condições que se apresentam, como: limitação de recursos, falta de reciprocidade da comunidade, gestão ou colegas de trabalho, entre outros. Portanto, o indivíduo apresenta alta expectativa com relação ao resultado de seu trabalho e seus esforços como insuficientes para resolver tais problemas, abalando a autoestima. Passa a sentir-se infeliz e insatisfeito consigo mesmo e com seu trabalho. A quarta dimensão é marcada pelo sentimento de culpa proveniente aos novos padrões de comportamentos estabelecidos, assim como os sentimentos de desvalia, em função do adoecimento apresentado (Albuquerque et al, 2011; Maia, 2011). As dimensões da SB variam a intensidade e não existe uma ordem de desenvolvimento, ou seja, o quadro de sintoma varia de acordo com diferenças individuais, histórico de vida, fatores genéticos, assim como natureza do estressor e tempo de exposição (Maslach, 2001). Esta amplitude de variáveis torna a prevenção da síndrome algo desafiador. Quanto ao tratamento, o maior agravo é a demora do trabalhador em reconhecer o estado de adoecimento e buscar auxílio profissional.

O Primeiro profissional a catalogar a SB foi o psiquiatra e psicólogo Herbert Freudenberger (1974) ao identificar um estado psíquico de fadiga física e emocional nos profissionais do hospital em que trabalhava. Percebeu, também, que a causa do esgotamento era proveniente a expectativa frustrada na resolução de problemas relacionados ao trabalho, ao qual se dedicou intensamente (Martín et al., 2001). A doença iniciou na área da saúde com médicos e enfermeiros e, se estendeu as demais áreas como cirurgião dentista, gestores, professores, guardas municipais e Agente Comunitário de Saúde (ACS), entre outras profissões que envolvem exposição a risco ocupacional. Sabe-se que existem algumas características de risco, a saber: profissionais comprometidos e com alta expectativa em relação ao resultado do seu trabalho; sobrecarga e/ou longa jornada de trabalho; contato interpessoal direto e constante com as dificuldades ou até mesmo a morte dos usuários do serviço (França, 2011; Brow & Mc Clafferty, 2014, Briese 2015).

O cargo de ACS, por ser uma profissão contemporânea e não ter formação acadêmica, merece atenção especial (Benevides-Pereira, 2013; Maia, 2011; Telles e Pimenta, 2009). O cargo de ACS foi criado em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS), regulamentado sob a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (Brasil, 2006). O objetivo da inserção deste profissional na saúde foi de encontrar alternativas para melhorar a saúde da comunidade local e fornecer ocupação e renda para membros da comunidade.

Para tanto, foi desenvolvido o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) (Brasil, 2001), a fim de regulamentar e dar respaldo a profissão. Sua função é orientar e acompanhar a saúde das famílias residentes no território adscrito, através de atividades preventivas e de promoção à saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017). Atua também como elo entre as necessidades de saúde das famílias e os serviços oferecidos pela rede, cadastra as famílias, alimenta os registros (DATASUS) nacionais (Brasil, 2006; Ferraz e Aerts 2005, Brasil, 2009, Rezende et al, 2011). Diante das funções descritas percebe-se sobrecarga de trabalho e o contato direto e constante com os problemas da comunidade, levando este profissional a condição de vulnerabilidade com relação a saúde mental, inclusive no desenvolvimento da Síndrome de Burnout (Furlan, 2011; Briese 2015; Sbisse, 2017). Fato esse, comprovado nos achados de Telles e Pimentel (2009) e Silva (2008) que estudaram a incidência da SB num município localizado no interior de Minas Gerais e na cidade de São Paulo. Numa amostra de 80 ACS, identificou que 24,1% apresentavam Burnout.

O diagnóstico precoce e o conhecimento de suas interfaces é indispensável para a melhoria da saúde ocupacional do Agente Comunitário de Saúde e indiretamente de todo seu ambiente de trabalho. Além do mais, a qualidade do serviço prestado pelo ACS, na Estratégia Saúde da Família, tem interferência direta na dinâmica de trabalho saudável. Torna-se essencial estudos que avaliem o desenvolvimento da síndrome e seus sintomas de adoecimento em geral. Assim sendo, o objetivo do estudo foi investigar a prevalência da Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

Esta dissertação está baseada na Resolução CCPG/002/06/UNICAMP, que regulamenta o formato alternativo de impressão das Dissertações de Mestrado, permitindo a inserção de artigos científicos de autoria do candidato.

Este artigo foi elaborado de acordo com as normas de submissão da Revista Ciências e Saúde Coletiva. Qualis B1.

2. ARTIGO

Prevalência da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde em um município de médio porte do Estado de São Paulo

Prevalence of Burnout Syndrome in Community Health Agents in a medium-sized municipality in the State of São Paulo

Autores: ¹Joyce Grazielle Buratti, ²Gláucia Maria Bovi Ambrosano, ³Rosana de Fátima Possobon, ⁴Inara Pereira da Cunha, ⁵Jaqueline Vilela Bulgareli.

¹Mestranda em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/UNICAMP. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: joygb8@gmail.com. Tel: (19) 98213-3636.

²Professora da FOP/UNICAMP. Doutora em Bioestatística. Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: glauceabovi@gmail.com

³ Professora da FOP/UNICAMP. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: possobon@fop.unicamp.br

⁴Doutoranda em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: inara-pereira@hotmail.com.

⁵Pesquisadora da FOP/UNICAMP. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas FOP/Unicamp. Departamento de Odontologia Social. Av. Limeira, 901 – Bairro Areião. Caixa Postal 52. CEP: 13414-903. Piracicaba-SP-Brasil. E-mail: 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 por meio de tabela de frequência. 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-chaves: 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 by means of a frequency table. 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 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.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) foi definido 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 usuários¹ é reconhecida como um agravo importante, principalmente em sítios laborais em que o contato humano se destaca, como por exemplo, entre os professores², médicos³ assistentes sociais e demais serviços humanos⁴, assim como em agentes comunitários de saúde (ACS)^{4,5,6,7,8}.

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.

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 materna⁹. 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 realizados¹⁰. 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 ESF¹¹. Houve uma 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 saúde¹².

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 saúde¹³.

Na prática, o trabalho do ACS é penoso, e acarreta efeitos na saúde física e mental dos profissionais^{14,15,16}. 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^{17,18}. 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^{4,5,19}.

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.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

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.

Tipo de estudo

Estudo transversal, envolvendo os agentes comunitários de saúde (ACS) de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo.

Local do estudo

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.

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.

Universo do estudo

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.

Critério de Inclusão e de Exclusão

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.

Coleta de Dados

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-Monte²¹. 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)²¹.

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.

Análise dos 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”²³ 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 ($P \geq 90$)^{11,21}.

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.

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

Variáveis	Categorização	N	%
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

*Valor do salário mínimo vigente 880,00.

De acordo com a classificação do manual CESQT²¹, os níveis de SB foram divididos em percentil (Tabela 2): nível muito baixo (P<=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>=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 existem casos mais graves em que ocorre o acréscimo do sentimento de culpa, denominado de perfil 2, com 24,30% dos ACS em nível crítico^{21,22}. 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.

Tabela 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	Baixo	Médio	Alto	Crítico
	$P \leq 10$	$P11-P33$	$P34-P66$	$P67-P89$	$P \geq 90$
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%)

*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.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram alta prevalência no nível crítico da Síndrome de Burnout (SB) 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 Gerais¹⁷, assim como à prevalência de 78% verificada em um trabalho feito em Dourados/MS, com 147 ACS²⁴. Porém, foi similar aos resultados encontrados por Barroso⁵, 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 crônico⁶. 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 doença²⁶.

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 SB²⁶. Tais características acarretam em prejuízos organizacionais para a Unidade de saúde devido à 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^{7,22}.

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. Apesar da SB não estar registrada neste código, seus sintomas estão registrados em diferentes códigos, a saber: 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)²⁵.

No processo de trabalho dos ACS foram identificados 140 cargas de trabalho, distribuídas em cargas mecânicas, fisiológicas, psíquicas, físicas e químicas¹⁶. Dentre elas, destacam-se as condições precárias do serviço (falta de estrutura física e/ou material), conflitos organizacionais e problemas gerenciais, 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 e torção de tornozelo com as calçadas irregulares. Existem também os riscos biológicos, através do contato com os usuários infectocontagiosos²⁸.

Vale discutir alguns fatores da cultura organizacional que são potencialmente estressantes, como é o caso do trabalho passivo e de alta exigência. Estas características afetam diretamente e negativamente a saúde do profissional, causando o desgaste psíquico. O oposto acontece no caso do trabalho ativo, com autonomia nas decisões laborais e presença de apoio social ao trabalhador. As características apresentadas acima com relação a cultura organizacional e gerencial contribuem para a saúde mental da organização e na prevenção de doenças mentais e psicossomáticas²⁷. É importante pensar nessas estratégias como elementos de prevenção e resiliência com relação à saúde ocupacional, principalmente com relação ao desgaste psíquico.

O desgaste psíquico, componente da síndrome de Burnout, representa intensa exaustão emocional, produzindo uma sensação de esgotamento mental, falta de energia ou de habilidade para gerenciar as dificuldades da prática de trabalho^{29,30}. 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^{6,7,23}. O desgaste psíquico também se destacou entre os ACS avaliados em Aracaju/SE, dentre os 222 agentes entrevistados, 57,7% apresentaram grau moderado ou grave³¹.

O processo de adoecimento mental entre os trabalhadores da estratégia saúde da família perpassa muitos fatores, como a presença de transtornos mentais comuns⁷, ansiedade¹⁷ e sofrimento moral³² 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 intersectorialidade de promoção da saúde e prevenção de agravos³².

Além disso, por compartilharem os 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 trabalho³². Essa é uma questão abordada com frequência nos estudos do esgotamento emocional^{4,6,8,16}. Por outro lado, a locomoção para o trabalho, assim como o vínculo e confiança já estabelecido com a comunidade local, eram fatores protetivos a saúde ocupacional. 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 trabalho³³. Por ser recente, ainda não se sabe o impacto da mudança na saúde ocupacional e na dinâmica de trabalho do ACS. A nova política, aparentemente diminui esse fator estressor, mas, acrescentou novas possíveis atribuições aos ACS, como aferir pressão arterial, realizar glicemia capilar e realizar técnicas e limpeza de curativos³³.

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 religiosas¹².

Essas características sociodemográficas supracitadas também foram encontradas no presente estudo, e em outros que levantaram o perfil dos ACS com SB^{5,6}. 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^{7,8, 23,24}.

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 Saúde³⁴. 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 intersectorialidade¹⁰. Outra recomendação do ministério é que os profissionais participem do processo de educação permanente³⁴. 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 epidêmicas³⁵.

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 cotidiano⁸. 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 SUS³⁶. A falta de preparo também contribui para a desvalorização do ACS perante a equipe e a comunidade, prejudicando a saúde mental do trabalhador¹⁹.

Segundo o modelo teórico proposto por Gil-Monte¹, 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 do 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^{4,5,21}. 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)³⁷.

A alta prevalência da SB encontrada, 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 item, os ACS utilizam medidas interventivas próprias para minimizar alguns aspectos dos desgastes psicológicos decorrentes do processo de trabalho, buscando movimentos religiosos⁶, 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 emoções²⁵. 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 mental¹⁷.

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.

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.

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 ACSs, 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.

REFERÊNCIAS

1. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (“burnout”): una enfermedad laboral em la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
2. Costa LT, Gil-Monte PR, Possobon RF, Ambrosano GMB. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma Amostra de Professores Universitários Brasileiros *Psicologia: Reflexão e crítica*, 26(4),636-6242;2013.
3. Scherer, et al. O trabalho do servidor público: organização, prazer e sofrimento. *Ver. Interdisciplinar de Estudos em Saúde*. V.5 n(12) 2017.
4. Souza AKS, Maria AL. Síndrome de Burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. *Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano – Vol.6, n.3., p.1-12 – Jul/Set., 2016*.
5. Barroso SM, Pereira GAR. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. saúde colet. [Internet]*. 2013 Sep [cited 2017 Nov 30];21(3): 338-345.
6. Telles H, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude soc.[Internet]*. 2009 Sep [cited 2017 Nov 30],18(3): 467-478
7. Barroso SM, Guerra ARP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Catanópolis (MG). *Cad. de Saúde Coletiva* 2013, Rio de Janeiro, 21 (3); 338-45.
8. Maia DG et al. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, vol. 36, núm. 123, 2011, pp. 93-102
9. Marques AM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 jan [cited 2017 Dec 04];16(1):349-360.
10. Brasil. 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). Brasília, 28 mar. 2006a. 10
11. Brasil. Política Nacional da Atenção Básica. Serie Pacto pela Saúde volume 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

12. Carreiro GSP, Ferreira MOF, Laerte R, Silva AO, Dias D. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013; 15: 146-55.
13. Souza RF, Abrahao AL. Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia de saúde da família (ESF) *Revista Labor (S1)*; v 1, n 3, p 82-95; mar. 2017. ISSN 1983-5000.
14. Santos AM, Batista M CCP, Arlete OS. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 50, núm. 1, febrero, 2017, pp. 95-103.
15. Spoladore JS, From DA, Selow MLC. Possíveis doenças e riscos que acontecem aos agentes comunitários de saúde em sua rotina de trabalho. *Revista Dom Acadêmico*, Curitiba, v.2, n.1, p.53-155, jan/jun. 2017.
16. Almeida MCS, Baptista MCP, Arlete PS. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 50, núm. 1, fevereiro, 2016, pp. 95-103
17. Resende C, et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil) *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, núm. 4, abril, 2011, pp. 2115-2122.
18. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações na assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*; Brasília Vol. 66, Iss. 3, (May/Jun 2013): 358-365. 115-120.
19. Ribeiro SFR.; Amaral PJV; Staliano, P. Sofrimento Psíquico do Agente Comunitário de Saúde: revisão bibliográfica. *R. Laborativa*, v. 4, n. 1, abr. 2015, p. 79-96.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2014. Acesso em 27 de Maio de 2016, disponível em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=353870>.
21. Gil-Monte PR. CESQT - Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo: manual. Madrid: TEA; 2011.
22. Gil-Monte PR. 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* v.42 n.1. Porto Alegre abr.2008.

23. Lampert SMA et al. Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. Rev. SPAGESP [Internet]. 2017 [citado 2017 Nov 29]; 18(1): 20-33
24. Araújo MAN et al. Síndrome de burnout e a relação com o estresse laboral em agentes comunitários de saúde. Ver. Enferm. UFPE on-line., Recife, 9(Supl. 4):8097-102, maio. 2015.
25. CID-10 Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993. 352p.
26. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico Estatístico para doenças mentais DSM-IV-TR. 4 edição. Ed. Artimed.
27. Thomé LDY; Kolle SH. O significado do trabalho na visão de jovens brasileiros: uma análise de palavras análogas e opostas ao termo "trabalho". Rev. Psicol., Organ. Trab. vol.14 no.4 Florianópolis dez. 2014.
28. Feijó FR, Kersting I, Bunchen C, Oliveira PAB, Estresse ocupacional em trabalhadores de uma fundação de atendimento socioeducativo: prevalência e fatores associados. Rev. Bras.Trab. 2017.15(2)124.33.
29. Medeiros LNB, Guedes CDFS, Silva DR, Souza TKC, Costa AB, Neta BPAA. Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. Rev eletrônica estágio saúde.2015; 4(2):180-192.
30. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, Washington, v. 52, p. 397-422, 2001.
31. Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
32. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2014.Nov.29, 19(12): 4719-472.
33. Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (4): 386-92.
34. Brasil. Portaria GM N 2.436, de 21 de setembro de 2017. Publicada a Portaria GM n. 2436 que 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)

35. Brasil. 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, Brasília-DF, 6 out. 2006b.
36. Santos, LPGS, Francolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 76-83, mar. 2010.
37. Cremonese G; Motta RF; Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental dos agentes comunitários de saúde. Caderno de Psicologia Sociedade e Trabalho, São Paulo, v. 16, n. 2, p.279-293, dez. 2013.

3. CONCLUSÃO

Conclui-se a existência de alta prevalência de Síndrome de Burnout (SB) em Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É importante o olhar e o compromisso da gestão com relação à saúde ocupacional dos ACSs, assim como a implantação de condutas preventivas e núcleos de apoio à saúde laboral a fim de auxiliar no enfrentamento cotidiano no de situações potencialmente estressoras.

Sugerem-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.

REFERÊNCIAS:

- Ibuquerque, F., Melo, C., & Neto, J. (2011). Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da estratégia de saúde da família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), pp. 542-549.
- Almeida, A. C. (2013). A síndrome de burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos Institucionalizados. (*Dissertação de Mestrado*) Universidade da Beira Interior.
- Barroso, S. M., & Pereira, G. A. (2013, set). Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. saúde colet. [Internet]*, 21(3), pp. 338-345.
- Bartholomeu, D., Nunes, C., & Machado, A. (2008, jun). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *PsicoUSF*, 13(1), pp. 41-50.
- Benevides-Pereira, A. (2003, ago). O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1(1), pp. 4-11.
- Bezerra, J., & Camargo, A. (2012). Relação entre qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout nos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde*.
- Carlotto, M., & Palazzo, L. S. (2006, mai). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, 22(5), pp. 1017-1026.
- França, G. (2011). Energias de ordem mista: doenças parasitárias. Sevícias (síndrome da criança maltratada. Síndrome do ansião maltratado. Violência contra mulher. Tortura). In: França GV. . 3 Edição. In G. V. França, *Medicina Legal* (3ª ed., pp. 167-186). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Maia, L. G., Silva, N. D., & Mendes, P. C. (2011, jan). Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), pp. 93-102.
- Martín, M. C., Fernández, F. B., Gómez, R. N., & Martínez, F. C. (2001, Marzo). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), pp. 313-317.

- Albuquerque, F., Melo, C., & Neto, J. (2011). Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da estratégia de saúde da família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), pp. 542-549.
- Almeida, A. C. (2013). A síndrome de burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos Institucionalizados. (*Dissertação de Mestrado*) Universidade da Beira Interior.
- Barroso, S. M., & Pereira, G. A. (2013, set). Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. saúde colet. [Internet]*, 21(3), pp. 338-345.
- Bartholomeu, D., Nunes, C., & Machado, A. (2008, jun). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *PsicoUSF*, 13(1), pp. 41-50.
- Benevides-Pereira, A. (2003, ago). O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1(1), pp. 4-11.
- Bezerra, J., & Camargo, A. (2012). Relação entre qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout nos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde*.
- Briese G, et al. (2015, Abr/Jun). Sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde. *Cienc. Cuid. Saúde*; 14(2):1035-1042.
- Carlotto, M., & Palazzo, L. S. (2006, mai). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, 22(5), pp. 1017-1026.
- França, G. (2011). Energias de ordem mista: doenças parasitárias. Sevícias (síndrome da criança maltratada. Síndrome do ansião maltratado. Violência contra mulher. Tortura). In: França GV. . 3 Edição. In G. V. França, *Medicina Legal* (3ª ed., pp. 167-186). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Maia, L. G., Silva, N. D., & Mendes, P. C. (2011, jan). Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), pp. 93-102.

- Martín, M. C., Fernández, F. B., Gómez, R. N., & Martínez, F. C. (2001, Marzo). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), pp. 313-317.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001, February). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 397-422.
- Mc-Clafferty, H., & Brown, O. (2014, oct). Physician health and wellness. *American Academic of Pediatrics*, 134(4), pp. 830-835.
- Ministério da Saúde. (2009). *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Retrieved Maio 27, 2016, from O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf
- Miranda, S., & Costa, E. (2011). Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental [mestrado]. *PUC*.
- Palazzo, L. S., Carlotto, M. S., & Aerts, D. R. (2012). Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Rev. Saúde Pública*, 46(6), pp. 1066-1073.
- Picci, R. L., Arcidiacono, M. C., Carezana, C., Giaretto, R. M., Paschetta, E., Giglio, D., et al. (2011, jul). O serviço psiquiátrico de diagnóstico e tratamento no hospital geral: usuários e novas urgências. *J Nurs Health*, 1(2), pp. 300-310.
- Resende, M. C., Azevedo, E. G., Lourenço, L. R., Faria, L. d., Alves, N. F., Farina, N. P., et al. (2011, Apr). Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), pp. 2115-2122.
- Santos, L., & Francolli, L. (2010, mar). O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), pp. 76-83.
- Silva, A., & Menezes, R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agente comunitário de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 42(5), pp. 921-929.
- Sbissa AP, Ribeiro N, Sbissa AS. (2017) A relação entre a satisfação no trabalho com a

saúde do trabalhador: um estudo em uma cooperativa de crédito. *Arq. Catarin Med.* 2017 jul-set; 46(3):147-159.

Spoladore, J. d., From, D. A., & Selow, M. L. (2017, Jan/Jun). Possíveis doenças e riscos que acontecem aos agentes comunitários de saúde em sua rotina de trabalho. *Revista Dom Acadêmico*, 2(1), pp. 53-155.

Telles, S., & Pimenta, A. (2009). Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc.*, 18(3), pp. 467-478.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário Sociodemográfico.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO:

Nome: _____. Sexo: () F () M Idade: __. Tempo de desempenho da função:

1) Estado Civil

- (A) Solteiro(a). (B) Casado(a). (C) Vivendo como casado. (D) Separado(a). (E) Divorciado(a).
(F) Viúvo(a)

2) Número de filhos (0 se não tiver) _____.

3) Número total de famílias que é responsável na micro área de abrangência _____.

4) Com que frequência de afasta do trabalho por motivos de saúde

- (A) Nenhuma (B) Pouca (C) Nem pouca nem muita (D) Muita (E) MUITÍSSIMA

5) Situação econômica da família (renda familiar mensal)

- (A) Até R\$ 880,00 (B) De R\$880,00 a R\$ 1760,00 (C) De R\$ 1760,00 a R\$ 2640,00 (D) De R\$ 2640,00 a R\$ 4400,00 (E) De R\$ 4400,00 a R\$ 6160,00 (F) De R\$ 6160,00 a R\$ 9240,00 (G) Acima de R\$ 9240,00

6) Número de pessoas residentes na mesma família

- (A) Até 2 Pessoas (B) 3 Pessoas (C) 4 Pessoas (D) 5 Pessoas (E) 6 Pessoas (F) Acima de 6 Pessoas

7) Grau de instrução

- (A) 5ª e 8ª série completa (antigo ginasial) (B) 2º grau incompleto (antigo colegial)
(C) 2º grau completo (antigo colegial) (D) Superior incompleto
(E) Superior completo

8) Habitação (moradia)

- (A) Residência própria quitada (B)Residência própria com financiamento a pagar
(C) Residência cedida pelos pais ou parentes (D) Residência cedida em troca de trabalho
(E) Residência alugada (F) residência cedida por não ter onde morar

E-mail:

Obrigada!!

Apêndice 2 – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E EXCLARECIDO

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Título: “Síndrome de Burnout, autoeficácia e habilidade social em agentes comunitários de saúde”

Convido você a participar da pesquisa “*Síndrome de Burnout, autoeficácia e habilidade social em agentes comunitários de saúde*” que está sendo desenvolvida pela psicóloga Joyce Grazielle Buratti, aluna de mestrado e pela Prof.^a Dr.^a Jaqueline Vilela Bulgareli, sua orientadora, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp). Este Termo que você está recebendo tem a finalidade de esclarecer você sobre os detalhes desta pesquisa para que você decida se quer ou não participar. As informações contidas neste termo foram recomendadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP-Unicamp. Caso aceite participar, você receberá duas cópias deste Termo, sendo que deverá assinar uma das cópias e devolver às pesquisadoras. Assim, leia atentamente os itens abaixo e tire suas dúvidas com as pesquisadoras. Agradecemos muito pela sua participação!

1. Justificativa para Pesquisa: Detectar, ainda na gestação, possíveis dificuldades que a mulher vivencia durante a amamentação e identificá-las o mais rápido possível, para evitar que ocorra o desmame precoce e a introdução de chupeta.

2. Objetivos da Pesquisa: será investigar a prevalência da Síndrome de Burnout e a sua possível associação com as variáveis sociodemográficas, autoeficácia e habilidade social, numa amostra de agentes comunitários de saúde.

3. Procedimentos a serem empregados: a pesquisa será feita num único encontro, onde o pesquisador entregará questionários contendo as seguintes perguntas: sua idade, gênero, tempo de profissão, nível de escolaridade, habitação, número de pessoas assistidas na micro área, número de filhos, afastamento do trabalho por motivo de saúde, renda familiar, sua autopercepção em relação ao trabalho e a vida cotidiana e, itens de interação social. O tempo

médio de preenchimento será em torno de 20 a 25 minutos e será autoaplicado, ou seja, você responderá sozinha, entretanto, a pesquisadora estará presente no local, para sanar possíveis dúvidas.

4. Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: não haverá grupo controle, pois o procedimento envolve apenas a aplicação de questionários.

5. Métodos alternativos existentes para a obtenção da informação desejada: Não existe outra forma de ter estas informações, se não for perguntando para as gestantes.

6. Desconfortos e riscos previsíveis: não há risco previsível, pois trata-se de aplicação de questionários.

7. Benefícios diretos aos voluntários: Além dos benefícios científicos, não há previsão de benefícios diretos aos participantes.

8. Acompanhamento e assistência ao sujeito: O participante poderá entrar em contato com a pesquisadora quando houver necessidade através do email ou telefone disponível no final do termo.

9. Garantias: As pesquisadoras garantem que você será esclarecido(a) em relação a qualquer dúvida que tenha antes, durante ou na finalização da pesquisa.

10. Recusa de participação: Se você não quiser iniciar sua participação na pesquisa ou quiser deixar de participar no meio da pesquisa, você poderá fazer isso livremente, sem causar prejuízo a você ou comprometer o seu trabalho na Unidade de Saúde da Família.

11. Confidencialidade dos dados: Os dados serão arquivados pelas pesquisadoras que se comprometem a mantê-los sob sigilo, ou seja, só elas terão acesso a estas informações. Além disso, cada participante receberá um código e este código será colocado em todas as fichas. Os dados são mantidos sem ter o nome nas fichas.

12. Eventuais despesas decorrente da participação: Não há previsão de ressarcimento, pois a participação na pesquisa não trará despesas ao voluntário.

13. Indenização aos voluntários: Como a pesquisa não tem nenhum risco previsível, pois serão feitas apenas entrevistas, não há previsão de indenização.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) está presente em duas vias, sendo que uma deverá ser entregue ao pesquisador responsável, e outra ficará com o voluntário.

Eu, _____, declaro ter sido suficientemente informado (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “Síndrome de Burnout, autoeficácia e habilidade social em agentes comunitários de saúde”, de responsabilidade da mestranda/pesquisadora Joyce Grazielle Buratti e da Prof^a Dr^a Jaqueline Vilela Bulgareli. Estou ciente das garantias de confidencialidade que permitem a divulgação dos resultados e dos dados, desde que não seja possível a identificação de sua origem. Minha participação possui caráter voluntário, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Sendo assim:

() **concordo** em participar da pesquisa. () **discordo** em participar da pesquisa.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

14. Todas as páginas do TCLE serão rubricadas pelo sujeito da pesquisa (ou responsável) e pesquisador.

Para contato com os pesquisadores:

Joyce Grazielle Buratti – joygb8@gmail.com ou pelo telefone 19-98213-3636

Jaqueline Vilela Bulgareli – jaquelinebulgareli@gmail.com ou pelo telefone 19-2106-5275

Endereço: Av. Limeira, 901 – Piracicaba/SP CEP: 13414-900. Telefone: (19) 2106-5363

Em caso de dúvida em relação a seus direitos como sujeito de pesquisa contate o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FOP-Unicamp): Endereço: Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52 / Piracicaba/ SP – CEP: 13414-900 Tel/Fax: (0xx19) 2106-5349 e-mail: cep@fop.unicamp.br ou www.fop.unicamp.br/cep.

ANEXOS

Anexo 1 –Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Síndrome de burnout, autoeficácia e habilidade social em agentes comunitários de saúde", CAAE 59685816.4.0000.5418, dos pesquisadores Joyce Grazielle Buratti e Jaqueline Vilela Bulgareli, satisfaz as exigências das resoluções específicas sobre ética em pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde e foi aprovado por este comitê em 03/11/2016.

The Research Ethics Committee of the Piracicaba Dental School of the University of Campinas (FOP-UNICAMP) certifies that research project "Burnout's syndrome, self-efficacy and social skills in community health", CAAE 59685816.4.0000.5418, of the researcher's Joyce Grazielle Buratti and Jaqueline Vilela Bulgareli, meets the requirements of the specific resolutions on ethics in research with human beings of the National Health Council - Ministry of Health, and was approved by this committee on Nov, 03 2016 .

Profa. Fernanda Miori Pascon

Vice Coordenador
 CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Jacks Jorge Junior

Coordenador
 CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo e a lista de autores aparecem como fornecidos pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
 Notice: The title and the list of researchers of the project appear as provided by the authors, without editing.

Anexo 2 – Questionário para Avaliação da Síndrome de Queima-se no trabalho (CESQT).

Questionário para Avaliação da Síndrome de Queimar-se no trabalho (CESQT)

(Validade e traduzida no Brasil por Gil-Monte 2011)

Leia as afirmações abaixo e escolha a resposta que melhor descreve seu sentimento com relação ao trabalho de agente comunitário de saúde.

	Nunca.	Raramente: algumas vezes por ano.	Às vezes: algumas vezes por mês	Frequen- temente: algumas vezes por semana	Muito frecuen- temente: todos os dias
1. O meu trabalho representa para mim um desafio estimulante.	0	1	2	3	4
2. Não gosto de atender alguns usuários.	0	1	2	3	4
3. Acho que alguns usuários são insuportáveis.	0	1	2	3	4
4. Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.	0	1	2	3	4
5. Vejo meu trabalho como uma fonte de realização profissional.	0	1	2	3	4
6. Acho que as famílias são umas chatas.	0	1	2	3	4
7. Penso que trato com indiferença alguns usuários.	0	1	2	3	4
8. Penso que estou saturado(a) pelo o meu trabalho.	0	1	2	3	4
9. Sinto-me culpado(a) por alguma das minhas atitudes no trabalho.	0	1	2	3	4
10. Penso que meu trabalho me dá coisas positivas.	0	1	2	3	4
11. Gosto de ser irônico com alguns usuários.	0	1	2	3	4
12. Sinto-me pressionado(a) pelo trabalho.	0	1	2	3	4
13. Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.	0	1	2	3	4
14. Rotulo ou classifico os usuários segundo o seu comportamento.	0	1	2	3	4
15. O meu trabalho me é gratificante.	0	1	2	3	4
16. Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.	0	1	2	3	4
17. Sinto-me cansado(a) fisicamente no trabalho.	0	1	2	3	4
18. Sinto-me desgastado(a) emocionalmente no trabalho.	0	1	2	3	4
19. Sinto-me encantado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4
20. Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho	0	1	2	3	4