Quality of life at work and Burnout in Family Health Strategy teams

Fernanda de Oliveira*
Sandra Poncio Feltrin**
Rafael Zaneripe de Souza Nunes**
Marieli Mezari Vitali*
Lisiane Tuon**
Graziela Amboni**
Karin Martins Gomes**

Abstract

The aim of the present study was to analyze the Quality of Life at Work and Burnout Syndrome of health professionals who work in the Family Health Strategy program of a municipality in southern Santa Catarina. This was a cross-sectional study conducted with 145 health professionals. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, Quality of Life Assessment Instrument - WHOQOL-bref, and Maslach Burnout Inventory (MBI). Pearson's chi-squared test was used to quantify the association or independence between Quality of Life and Burnout Syndrome and work-related variables. The results were analyzed using the SPSS Software and indicated the prevalence of depersonalization, emotional exhaustion, and average personal fulfillment, with the possibility of progressing to a Burnout Syndrome. Regarding the Quality of Life, most of the interviewees demonstrated physical, psychological domains, and environment as regular. These domains are directly related to professional occupation, and Community Health Agents are the professionals who most need to improve them, a fact that may be related to their insertion in the community and role assignments. This research points out the illness of health workers related to occupational suffering. The need to create reception strategies, as well as prevention and health recovery actions for these professionals, is highlighted.

Keywords: Quality of Life. Occupational Stress. Worker's health.

INTRODUCTION

The Brazilian public health model, proposed by the Federal Constitution of 1988 and consolidated as the Unified Health System (SUS), advocates a new paradigm of assistance to the population, which in turn leads health professionals to experience peculiar situations in their work routine. This reality is evident in the Family Health Strategy program, in which the performance of professionals is marked by involvement with the population of their territory of coverage, direct contact with the suffering of others, creation of affective bonds, among others¹. For Tomasi et al.², these professionals are the basis of the health system and, therefore, are protagonists in the development and improvement of this system. Moreover, these professionals are exposed to several challenges and work stressors that can cause physical and psychological exhaustion³,⁴. In the context of health professionals, studies indicate that quality of life is represented in a multifaceted way by professionals from

DOI: 10.15343/0104-7809.202044475485

* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil.
**Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC, Brasil.
E-mail: fernanda.nlvr@gmail.com
the Family Health Strategy, encompassing social, psychological, and physical aspects. Issues related to monetary factors, number of professionals in institutions, interpersonal relationships between staff and users, as well as, numerous other factors lead to professional dissatisfaction, stress, and emotional problems, which directly affect the quality of life of these individuals.

Quality of Life is defined by the World Health Organization (WHO) as the way in which the individual perceives their position in life, goals, expectations, and concerns regarding the culture, context and value system in which they live. The notion of Quality of Life at Work is complex and changing, covering physical, psychological, technological, and social dimensions of work.

Research on Occupational Health and Quality of Life at Work (QLW) reveals the systematic and growing illness of health workers. Camelo and Angerami identified a higher level of stress in workers who provide assistance to communities, compared to those who work in the hospital environment. Fernandes et al. point out a relationship between the quality of life of nurses in family health teams and the level of independence, the type of employment relationship, the workload, and satisfaction with work. While the study by Paiva, which investigates the association between working conditions and the impact on health professionals' well-being and health, found an association between the presence of Burnout factors in the decreasing of the quality of life of such professionals.

In this context, to deal with work situations, health professionals who are already in a stressful state develop individual protection mechanisms. Such strategies for individualizing suffering tend to naturalize the illness of workers in this sector. This naturalization leads professionals and managers to assume that this suffering is inherent in the profession of these workers. This fact can result in an oversight of professionals who are dedicated to the health of the population and that as citizens have the right to proper health.

Burnout Syndrome (BS) concerns this process of chronic stress at work, resulting in impaired work activities. Given the importance of the relationship factor in the development of this syndrome, there is a predominance of Burnout among professionals, such as: those in healthcare, teachers, and police officers. In a sociopsychological conception, Burnout Syndrome has multidimensional aspects in response to chronic work stress involving three main factors: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal fulfillment.

Emotional exhaustion is considered as the lack of energy and exhaustion at the worker's emotional level. With regards to depersonalization, there is a sphere of negative feelings towards work and emotional hardening, characterized by detachment from the environment and co-workers. Finally, still within the main aspects involving the Burnout Syndrome, the reduction of professional achievement involves the spheres of negative self-assessment of the worker, with a consequent reduction in performance and productivity.

As citizens and workers, health professionals are entitled to conditions to carry out their work activities without prejudice to health and with quality of life. In this sense, from this primary right, the improvement of the working and living conditions of these professionals can generate positive impacts on their health and quality of life, in addition to offering subsidies for the improvement of work processes and practices and, consequently, on population health. Therefore, based on the literature...
on the subject, it is hypothesized that due to the high workloads and unfavorable work environments, health professionals, specifically in the FHS, face high levels of stress on a daily basis that may contribute to their physical and psychological illness.

Thus, it is necessary to know the epidemiological profile of these workers, as well as the factors associated with their quality of life and job satisfaction, so that it is possible to build collective strategies to prevent suffering at work and promote health. The identification of these factors also helps to fill the institutional gaps present in the SUS, so that primary care professionals can exercise their right to decent working and living conditions. In this context, the present study aims to analyze the quality of life at work and Burnout Syndrome of health teams that work in the Family Health Strategy program in a municipality in southern Santa Catarina.

MATERIALS AND METHODS

This is a quantitative cross-sectional study, carried out with professionals who make up the basic health teams of 21 institutions of the Family Health Strategy, in a municipality in southern Santa Catarina. 145 professionals participated in this study and met the inclusion criteria of the study, which were namely: being a health professional working in FHS in the municipality where the research was applied, and accepting to participate in the study by signing the Informed Consent Form. Regarding the exclusion criteria, the following stand out: professionals who were away or on vacation at the time of collection at their unit, professionals from other points of care in the network temporarily allocated to work in primary care, and professionals hired less than a month. This was a convenience sample, as professionals present at the institution participated in the research application, which took place from January to March 2016.

Three instruments were used for data collection, namely: a sociodemographic questionnaire developed by the authors, Maslach Burnout Inventory (MBI), and the Quality of Life Assessment Instrument - WHOQOL-bref. The participants' characterization questionnaire has the following information: age, gender, race, marital status, professional occupation, workload, time in the profession, time in the ESF, professional association, if you chose the job, leadership position, and study time. For analysis purposes, given the low representativeness of some professional categories in relation to other professions, professional occupation was divided into four categories, namely: "nurse", "nurse technicians", "community health workers", and "others". This last category groups the occupations with the lowest number of professionals, namely: general services professional (10), doctors (6), dental surgeons (3), and oral health assistants (3).

The categorical variable, race, was collected according to the categories standardized by the IBGE: white, black, brown, indigenous, and yellow. Due to the absence of indigenous and yellow individuals, these categories were excluded from the analysis. A preliminary analysis with the race/skin color variable disaggregated in whites, blacks, and browns showed that the number of observations in these last two strata was low, which may interfere with the statistical power of the analysis. Thus, it was necessary to group these categories, resulting in a categorical variable dichotomized into blacks and whites.

Created by Christina Maslach and Susan Jackson in 1978, the MBI is the most widely used Burnout rating scale in research on the
RESULTS

The sociodemographic and labor data of the studied population are described in Tables 1 and 2. Regarding the sociodemographic aspects, the female gender (92.1%), white race (85.3%), married (49.7%), residents of the neighborhood where they worked (61.7%) were the most predominant.

Data related to work aspects point to the prevalence of hired professionals (68.8%), with the occupation of Community Health Agents (53.1%). It was identified that most of the participants chose the job they perform (97.2%), and a little more than half (56.3%) claimed to have received training for the syndrome. It is a Likert-type self-assessment scale of five items ranging from “never”, “annually”, “monthly”, “weekly”, and “daily”, to be attributed to a set of feelings expressed in twenty sentences. MBI assesses how the worker experiences his work, according to three conceptual dimensions: emotional exhaustion, professional achievement, and depersonalization, which are categorized according to low, medium, and high levels.

The WHOQOL – bref is the shortened version of the WHOQOL – 100, developed by the Quality of Life group of the World Health Organization (WHO). This short version of WHOQOL was created in view of the need for a cross-cultural instrument to assess quality of life, which would allow satisfactory psychometric responses in a short time of application. This instrument has 26 questions, two of which are general on quality of life and the others represent the 24 facets that make up the original instrument (WHOQOL – 100), and are divided into four domains: physical domain, psychological domain, social relationship, and environment. The questions in each domain of the WHOQOL-bref present answers on a Likert scale of five categories, which may vary, depending on the context of the question, in intensity (“nothing” to “extremely”), capacity (“none” to “completely”), frequency (“never” to “always”), and evaluation (“very dissatisfied” to “very satisfied”, or “very bad” to “very good”).

The data were collected by the researcher at the institutions participating in the research, during business hours and in a noise-free place. The interviews were conducted individually with the application of the instruments, starting with the sociodemographic profile. Each participating professional filled out their data in an available questionnaire, as well as the MBI and WHOQOL – bref tests. The data collected were transcribed in a table in the Microsoft Excel program and for the analysis, the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 2.2 was used.

Pearson’s chi-squared test was used to analyze the data quantifying the association or independence between Quality of Life and Burnout Syndrome and the variables: professional occupation, job training, living in the work district, having a leadership position, being a professional with a permanent or temporary association, time working at FHS, professional experience, and weekly workload. The adopted statistical significance of probability values was below 5%.

The research complied with the legal ethical precepts that govern research with human beings, as indicated in Resolution No. 466/12, of the National Health Council and passed approval by the Research Ethics Committee of the University of the Extreme South of Santa Catarina with CAAE 45679715.0.0000.0119 and Opinion No. 1.101.244. Participation in the study was dependent upon the signing of the Informed Consent Form (ICF) and the anonymity of the participants was guaranteed.
work they do in the FHS.

The data obtained through the Maslach Burnout Inventory (MBI) in relation to Burnout Syndrome, are presented in Table 3, which shows the results of the scores obtained in the categories of depersonalization, emotional exhaustion, and low personal achievement that characterize the syndrome. Of the 145 questionnaires obtained in the survey, 38 were invalidated because they were not filled out correctly, making it impossible to correct them. Thus, 107 questionnaires were considered valid for analytical purposes.

Regarding depersonalization, the statistics point to a relationship with professional occupation. In this case, nurses are characterized as the most affected professionals, with 60% of high depersonalization in their category. Also, an association between depersonalization and working time in the FHS (p=0.038), time in the profession (p=0.007) are highlighted.

The results showed that there was no relationship between low personal fulfillment and the weekly workload, working time in the FHS, age, and weekly workload. There was a relationship between study time and low personal achievement (p=0.004). Finally, there was an association between emotional exhaustion and the weekly workload (p=0.006) and time of study (p=0.03).

Table 4 shows the data obtained in relation to Quality of Life through the WHOQOL-bref Survey. It is worth mentioning that 29 surveys were invalidated due to incorrect filling, making it impossible to correct them. Totaling 116 subjects analyzed in this category.

Table 4 shows that most of the interviewees have a good quality of life (68.1%), a good perception of health (48.3%), good social relations (44.8%), and regularity in the physical (50%), psychological domains (37.1%), and the environment (50%).

Table 5 shows the results of the cross-tabulation between professional occupation and quality of life, health perception, and the other domains that characterize Quality of Life in WHOQOL-bref.

The statistical analysis points to the relationship between professional occupation and the Physical Domain (p=0.039), Psychological Domain (p=0.031), and the Environmental Domain (p=0.025) as significant. In general, Community Health Agents were the professionals who showed the greatest need to improve these domains.

There is no statistically significant relationship between Quality of Life and age, time of study, professional experience, time working in the FHS, and weekly workload. With regards to the perception of health, there is no relationship between this domain and age, time of profession, FHS time, and weekly workload. Regarding the physical domain, there was no association with age, weekly workload, professional experience, and time working in the FHS. However, there was a relationship with the time of study (p=0.030).

No statistically significant relationship was found between the psychological domain and age, profession experience, and time working in the FHS. However, there was a relationship with the weekly workload (p=0.005) and time of study (p=0.040). With regards to the domain of social relationships, there was no association with age, time of study, professional experience, time working in the FHS and weekly workload. Finally, the domain of the environment was not related to age, professional experience, and time working in the FHS. However, there was a relationship with the time of study (p=0.002) and the weekly workload (p=0.040).
Table 1 – Distribution of sociodemographic and work data of the study participants. Criciúma, SC, 2019.

| Variable               | Distribution |  |
|------------------------|--------------|---|
| **Gender**             |              |   |
| Male                   | 11           | 7.9 |
| Female                 | 129          | 92.1 |
| **Breed**              |              |   |
| White                  | 122          | 85.3 |
| Black                  | 21           | 14.7 |
| **Marital status**     |              |   |
| Married                | 72           | 49.7 |
| Not married            | 41           | 28.3 |
| Others                 | 32           | 22.1 |
| **Professional Occupation** |          |   |
| CHA                    | 77           | 53.1 |
| Nurse Technician       | 31           | 21.4 |
| Nurse                  | 15           | 10.3 |
| Others                 | 22           | 15.2 |
| **Resides in the working district** |          |   |
| Yes                    | 87           | 61.7 |
| **Professional association** |          |   |
| Permanent              | 99           | 68.8 |
| Temporary              | 45           | 31.3 |
| **Chose the job**      |              |   |
| Yes                    | 141          | 97.2 |
| **Management position** |          |   |
| Yes                    | 17           | 11.7 |

Table 2 – Distribution of sociodemographic and work data of the study participants. Criciúma, SC, 2019.

| Variable                          | Distribution |  |
|-----------------------------------|--------------|---|
| **Age (years)**                   |              |   |
| Average                           | 37.0         | (±10.6) |
| **Weekly Workload (hours)**       |              |   |
| Average                           | 40.1         | (±6.0) |
| **Professional experience**       |              |   |
| Average                           | 7.2          | (±6.5) |
| **Time working in the FHS**       |              |   |
| Average                           | 4.7          | (±4.9) |
| **Time of study**                 |              |   |
| Average                           | 13.3         | (±3.8) |

Table 3 – Data obtained from the Maslach Burnout Inventory (MBI). Criciúma, SC, 2019.

| Burnout syndrome                     |        |  |
|--------------------------------------|--------|---|
| **Depersonalization**                |        |   |
| Low                                  | 30     | 28.0 |
| Medium                               | 43     | 40.2 |
| High                                 | 34     | 31.8 |
| **Emotional distress**               |        |   |
| Low                                  | 41     | 38.3 |
| Medium                               | 39     | 36.5 |
| High                                 | 27     | 25.2 |
| **Low Personal Achievement**         |        |   |
| Low                                  | 11     | 10.3 |
| Medium                               | 40     | 37.4 |
| High                                 | 56     | 52.3 |
| **Total**                            | 107    | 100.0 |

Table 4 – WHOQOL-bref Inventory data. Criciúma, SC, 2019.

| WHOQOL                          |        |  |
|---------------------------------|--------|---|
| **Quality of life**             |        |   |
| Needs to improve                | 5      | 4.3 |
| Regular                         | 18     | 15.5 |
| Good                            | 79     | 68.1 |
| Very good                       | 14     | 12.1 |
| **Perception of health**        |        |   |
| Needs to improve                | 20     | 17.2 |
| Regular                         | 27     | 23.3 |
| Good                            | 56     | 48.3 |
| Very good                       | 13     | 11.2 |
| **Physical Domain**             |        |   |
| Needs to improve                | 14     | 12.1 |
| Regular                         | 58     | 50.0 |
| Good                            | 43     | 37.0 |
| Very good                       | 1      | 0.9 |
| **Psychological Domain**        |        |   |
| Needs to improve                | 13     | 11.2 |
| Regular                         | 43     | 37.1 |
| Good                            | 36     | 31.0 |
| Very good                       | 24     | 20.7 |
| **Social relationships**         |        |   |
| Needs to improve                | 14     | 12.1 |
| Regular                         | 45     | 38.8 |
| Good                            | 52     | 44.8 |
| Very good                       | 5      | 4.3 |
| **Environment**                 |        |   |
| Needs to improve                | 16     | 13.8 |
| Regular                         | 58     | 50.0 |
| Good                            | 19     | 16.4 |
| Very good                       | 23     | 19.8 |
| **Total**                       | 116    | 100 |
Table 5 – Data obtained in the Cross Tabulation between professional occupation and WHOQOL-bref domains. Criciúma, SC, 2019.

| Domains WHOQOL-Bref | Nurse n(%) | CHA n(%) | Nurse Technician n(%) | Others n(%) | p-value* |
|----------------------|------------|----------|-----------------------|-------------|----------|
| Quality of life       |            |          |                       |             |          |
| Needs to improve      | 0 (0.0)    | 1 (4.8)  | 4 (6.5)               | 0 (0.0)     | 0.284    |
| Regular               | 1 (6.7)    | 5 (23.8) | 10 (16.4)             | 2 (10.5)    |          |
| Good                  | 11 (73.3)  | 12 (57.1)| 42 (68.8)             | 14 (73.7)   |          |
| Very good             | 3 (20.0)   | 3 (14.3) | 5 (8.2)               | 3 (15.8)    |          |
| Perception of Health  |            |          |                       |             |          |
| Needs to improve      | 1 (6.7)    | 4 (19.0) | 11 (18.0)             | 4 (21.0)    | 0.186    |
| Regular               | 2 (13.3)   | 6 (28.6) | 14 (22.9)             | 5 (26.3)    |          |
| Good                  | 9 (60.0)   | 9 (42.8) | 32 (54.4)             | 6 (31.6)    |          |
| Very good             | 3 (20.0)   | 2 (9.5)  | 4 (6.5)               | 4 (21.1)    |          |
| Physical Domain       |            |          |                       |             |          |
| Needs to improve      | 2 (13.3)   | 0 (0.0)  | 11 (18.1)             | 1 (5.3)     | 0.039    |
| Regular               | 5 (33.3)   | 12 (57.1)| 30 (49.2)             | 11 (57.9)   |          |
| Good                  | 8 (53.4)   | 9 (42.9) | 19 (31.1)             | 7 (36.8)    |          |
| Very good             | 0 (0.0)    | 0 (0.0)  | 1 (1.6)               | 0 (0.0)     |          |
| Psychological Domain  |            |          |                       |             |          |
| Needs to improve      | 1 (6.7)    | 1 (4.8)  | 11 (18.0)             | 4 (21.0)    | 0.031    |
| Regular               | 6 (40.0)   | 12 (57.1)| 30 (49.2)             | 5 (26.3)    |          |
| Good                  | 8 (53.3)   | 8 (38.1) | 20 (32.8)             | 10 (52.7)   |          |
| Social relationships  |            |          |                       |             |          |
| Needs to improve      | 1 (6.7)    | 2 (9.5)  | 9 (15.7)              | 2 (10.5)    | 0.281    |
| Regular               | 6 (40.0)   | 8 (38.1) | 21 (34.4)             | 10 (52.7)   |          |
| Good                  | 8 (53.3)   | 10 (47.6)| 29 (47.5)             | 5 (26.3)    |          |
| Very good             | 0 (0.0)    | 1 (4.8)  | 2 (3.2)               | 2 (10.5)    |          |
| Environment           |            |          |                       |             |          |
| Needs to improve      | 1 (6.7)    | 3 (14.3) | 15 (24.6)             | 5 (26.3)    | 0.025    |
| Regular               | 9 (60.0)   | 15 (71.4)| 40 (65.6)             | 9 (47.4)    |          |
| Good                  | 5 (33.3)   | 3 (14.3) | 6 (9.8)               | 5 (26.3)    |          |
| Total                 | 15 (100)   | 21 (100) | 61 (100)              | 19 (100)    |          |

* p<0.05
DISCUSSION

According to ordinance 2.488/2011, the FHS must be composed of a multiprofessional team formed by at least one doctor, a nurse, a nursing assistant, and Community Health Agents (CHA’s), in the proportion of one agent for, at most, 150 families or 750 people. This can infer a large number of Community Health Agents (53.1%) participating among the professionals interviewed in this study, as well as in a similar study.1

Regarding the prevalence of the female gender (92.1%), the historical and cultural predominance of women in the health field stands out, especially in nursing, in addition to the fact that most CHA’s are women. Elevated samples, respectively, 81% and 84.9%, were also found by other researchers, in the studies by Tomasi et al.2 and Trindade.29

With regards to Burnout Syndrome, the existence of a relationship between time of study and low personal achievement was observed in this study. In this case, it is inferred that the possibility that studying allows not only the choice of profession and work that one wishes to exercise, and the assurances that come from this work, but also the possibilities of insertion into the labor market and choice of work place. This option often does not occur for people with a low education, as in relation to CHA’s. All community agents in the present study who experienced stress chose their occupation due to lack of options, advanced age, need for work and income. For many of these professionals, occupation represents entry into the job market, and age and education are factors that can influence the job opportunity, leading them to choose the CHA occupation.30,31

Study time and weekly workload were also related to the emotional strain of the professionals surveyed. The literature, however, is divergent, pointing out studies that do not associate time of study and Burnout Syndrome. Other researchers, in turn, describe that individuals with a higher educational level tend to develop higher scores of Emotional Exhaustion and Depersonalization and lack of personal fulfillment at work, which may be related to the recognition that some professions confer in relation to others. The salary is also pointed out as a factor of job satisfaction, causing suffering and possible illness. This factor is directly related to occupation and education level, since the salary of FHS professionals varies considerably, according to the activities, responsibilities or workload performed by the professional.2

With regards to Burnout Syndrome and professional occupation, the data obtained in the study point to the relationship between depersonalization and nursing professionals, corroborating with similar studies. Depersonalization is a specific characteristic of the Syndrome, perceived as the loss of sensitivity to the problems of users, family members, and dehumanization of the care process. Nursing is considered the fourth most stressful profession in the public sector, increasing the tendency towards depersonalization of the worker given the difficulty in delimiting the profession's roles as well as the lack of recognition among the public.37

The depersonalization of nursing professionals is often associated with stress or risk factors, such as many hours weekly, conflicts with the team, double employment, and little free time for leisure and rest. Furthermore, in some contexts, depersonalization is considered a defense mechanism for professionals to deal with
emotional exhaustion and low personal fulfillment. In this context of depersonalization, emotional exhaustion and low personal fulfillment evidenced in the study by the instrument used (MBI), the quality of life at work is compromised by some existing problems in Primary Health Care. Among these factors, satisfaction with working conditions, availability of human, material and environmental resources, organization of the work process, ways of caring, and the result and recognition of work are highlighted.

In general, CHA’s were the professionals who most needed to improve their quality of life, especially in relation to the physical, psychological, and environmental domains. With regards to the physical domain, it is noteworthy that work in health units is carried out in an environment with several occupational risk factors and community workers are the most affected by these conditions. This is due both to the fact that these professionals represent the majority of the team, as well as the fact that they constitute the link between the community and health unit and are inserted within the territory. In relation to the psychological domain, it is noteworthy that, once inserted in the community, CHA’s become a reference for the population in their area of coverage, consequently assuming various roles, such as listeners, counselors, reference point for problems in other areas, among others.

Another relevant factor in relation to these professionals, and which affects these domains, is that unlike the vast majority of FHS professionals, CHA’s do not leave the community when they finish their workday, sharing in the same difficulties, vulnerabilities, and unhealthiness experienced in the environment. Thus, the researchers point to the need for greater attention to the domain of the environment in which these subjects live, intrinsically related to the other domains, in the development of actions for the quality of life of health workers.

CONCLUSION

This study aimed to analyze the Quality of Life at Work and Burnout Syndrome in health professionals who work in the Family Health Strategies of a municipality in southern Santa Catarina. It was possible to identify the high level of personal unfulfillment, medium level of depersonalization, and low emotional exhaustion, which influence occupational suffering. Depersonalization is a characteristic of Burnout, associated mainly with nurses.

With regards to quality of life, the data indicated a good quality of life, perception of health, and social relationships, but demonstrate regularity physical, psychological, and environmental domains. Community Health Agents were the most negatively affected by the domains in question. Still, with a view to prevention, the prevalence of depersonalization, emotional exhaustion, and personal fulfillment that point to an occupational suffering that can evolve to a profile of Burnout Syndrome, must receive necessary attention.

In view of the above, the illness of health workers in the studied municipality is evident, highlighting the need for attention to these professionals in a way that guarantees, not only their performance and commitment to SUS, but mainly, health and quality of life. It is essential that public management is attentive to the factors cited as interfering in the health of these workers, as well as developing actions aimed at receiving and recovering professionals who are already ill or in the process of becoming ill, in addition to preventing future cases.
REFERENCES

1. Camelo SHH, Angerami ELS. Sinais de estresse nos trabalhadores atuais em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-Am Enfermagem [revista em Internet]. 2004 janeiro-fevereiro. [acesso 19 de março de 2020]; 12(1):14-21. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-16922004000000003

2. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Percepção sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [revista em Internet]. 2008 [acesso 10 de fevereiro de 2020]; 24(supl.1):193-01. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-84122008v24n4p193-01.

3. Trinidad LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2019 junho [acesso 13 de março de 2020]; 44(2):274-79. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005

4. Carreiro GP, Ferreira Filha MO, Lazerte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da estratégia de saúde da família. Rev Eletr Enf [revista em Internet]. 2012 março [acesso 21 de fevereiro de 2020]; 15(1):146-55. Disponível em: https://projetos.extras.ufg.br/ten_revista/v15n1/pdf/v15n1a17.pdf

5. Gomes MPF, Mendes ES, Fracolli LA. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família. Rev Aten Saúde [revista em Internet]. 2016 julho-setembro [acesso 29 de fevereiro de 2020]; 14(49):27-33. Disponível em: https://doi.org/10.13037/ras.vol14n49.3695

6. Dick AB, Lohmann PM, Pissaia LF, Costa AEK. Avaliação da qualidade de vida de profissionais da saúde de uma Estratégia Saúde da Família. Espaço Ciência e Saúde [revista em Internet]. 2018 dezembro [acesso 13 de março de 2020]; 6(2):76-87. Disponível em: http://revistaesartronicaco.unircruz.edu.br/index.php/ensaio/view/8065/1765

7. Gomes RS, Coqueiro JFR. Qualidade de Vida Relacionada à Carga de Trabalho dos Profissionais de Saúde com enfoque nos problemas desencadeados. Id On Line Rev Psic [revista em Internet]. 2017 janeiro [acesso 17 de março de 2020]; 10(33):249-61. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/617/861

8. WHOQOL group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, organizadores. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: springer; 1994. p. 41-60.

9. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e doença/duelo. Ciênc Saúde Coletiva [revista em Internet]. 2000 [acesso 17 de março de 2020]; 5(1):151-61. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100005

10. Daubermann DC, Tonete VLP. Quality of work life of nurses in primary health care. Acta Paul Enferm [revista em Internet]. 2012 [acesso 15 de fevereiro de 2020]; 25(2):277-83. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200019

11. Brotto TCA, Dallabell-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? Rev Bras Saúde Ocup [revista em Internet]. 2012 julho-dezembro [acesso 20 de março de 2020]; 37(126):290-305. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0303-7657201200200011

12. Fernandes JS, Miranzen SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2012 abril [acesso 14 de março de 2020]; 46(2):404-12. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342012002000019

13. Paiva LC. Análise da qualidade de vida e fatores de risco para a síndrome de Burnout em profissionais de saúde (tese). Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Recuperado de https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/23642

14. Moritz OG, Bunn DA, organizadores. Contribuições para a gestão do SUS. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013.

15. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecimento pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: casa do psicólogo; 2002. p. 13-20.

16. Malagris LEN. Burnout: o profissional em chamas. In: Nunes Sobrinho FP, Nassaralla I, organizadores. Pedagogia institucional: fatores humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Zit editores; 2004.

17. Moritz OG, Bunn DA, organizadores. Contribuições para a gestão do SUS. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013.

18. Abreu SA, Moreira EA, Teixeira CC, Silva ME, Canguassu LMB, et al. Determinação dos sinais e sintomas da Síndrome de Burnout através dos profissionais da saúde da família. Rev Santa Casa de Caridade de Alenca Senhora do Perpétuo Socorro. Rev Univ Vale Rio Verde [revista em Internet]. 2015 [acesso 26 de fevereiro de 2020]; 13(1):201-238. Disponível em: http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol13n1.1953

19. Salvagione DAJ, Melandra FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLoS One [revista em Internet]. 2017 outubro [acesso 19 de março de 2020]; 12(10):e0185781. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781

20. Marcillelli CRA. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. Ensaios e Ciência [revista em Internet]. 2011 [acesso 23 de março de 2020]; 15(4):215-28. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/260/26022135015.pdf

21. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.

22. Carvalho I, Malagris LEN. Avaliação do nível de estresse em profissionais de saúde. Estudos em Pesquisa e Psicologia [revista em Internet]. 2007 dezembro [acesso 20 de fevereiro de 2020]; 7(3):570-582. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844615016.pdf

23. Tecededeiro M. Factores psicológicos na síndrome de burnout: o narcisismo como variável preditora da síndrome [Dissertação]. Lisboa: instituto superior de psicologia aplicada; 2005.

24. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory (MBI) in a Portuguese version: A study of psychometric properties. Rev Psicol Reflex Crit [revista em Internet]. 2014 [acesso 21 de março de 2020]; 27(2):291-299. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232014v27n2p291-299

25. Carletti JS, Andrade SM, Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte PR. Validação Fatorial do Teste de Burnout em Policiais Portugueses. Id On Line Rev Psic [revista em Internet]. 2017 [acesso 20 de março de 2020]; 10(33):249-61. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/617/861

26. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida ‘WHOQOL-BREF’. Rev Saúde Pública [revista em Internet]. 2000 abril [acesso 23 de fevereiro de 2020]; 34(4):312-20.
27. Brasil. Portaria MS/GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), Brasília: DF, Diário Oficial da União; 2011.

28. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad Pagu [revista em Internet]. 2005 janeiro-junho [acesso 13 de março de 2020]; 24(1):105-25. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006

29. Trindade LL. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a Saúde do Trabalhador [Dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007.

30. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva [revista em Internet]. 2014 dezembro [acesso 17 de março de 2020]; 19(12):4739-50. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-832320141912.032013

31. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

32. Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo del estrés del enfermero con doble jornada de trabajo en un hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2004 [acesso 17 de março de 2020]; 38(2):152-60. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200005

33. Silva Reus KM, Ronchi MDBB, Gava FLF, Medeiros IS, DagostimVS, Ceretta LB, et al. A Síndrome de Burnout dos enfermeiros na ESF. Inova Saúde [revista em Internet]. 2014 novembro [acesso 18 de março de 2020]; 3(2):109-29. Disponível em: http://periodicos.unesc.net/InovaSaude/article/view/1668

34. Oliveira EB, Gallasch CH, Silva Júnior PPA, Oliveira AVR, Valério RL, Dias LBS. Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. Rev Enferm UERJ [revista em Internet]. 2017 outubro-dezembro [acesso 19 de março de 2020]; 25(1-7). Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/231156081.pdf

35. Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turini RNT, Cruz DALM. Burnout and nursing work environment in public health institutions. Rev Bras Enferm [revista em Internet]. 2018 março-abril [acesso 17 de março de 2020]; 71(2):336-42. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524

36. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA, Zeutou SS. Burnout em residentes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2011 março [acesso 23 de fevereiro de 2020]; 45(1):12-8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002

37. Codo W, Vasques-Menezes I, organizadores. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

38. Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. Rev Bras Saúde Ocup [revista em Internet]. 2010 julho-dezembro [acesso em 21 de março de 2020]; 35(122):269-76. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0303-7657201000200009

39. Murofuse NT, Abranches SS, Napoléão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [revista em Internet]. 2005 março-abril [acesso 20 de março de 2020]; 13(2):255-61. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ S0104-11692005000200019
Qualidade de vida no trabalho e Burnout em equipes de Estratégia Saúde da Família

Resumo

O objetivo do presente estudo foi analisar a Qualidade de Vida no Trabalho e Síndrome de Burnout dos profissionais de saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família de um município sul catarinense. Trata-se de um estudo transversal realizado com 145 profissionais de saúde. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL–bref, e Maslach Burnout Inventory (MBI). O teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado para quantificar a associação ou independência entre Qualidade de Vida e Síndrome de Burnout e variáveis relacionadas ao trabalho. Os resultados foram analisados através do Software SPSS e indicaram prevalência de despersonalização, desgaste emocional e realização pessoal média, havendo a possibilidade de evolução para um quadro de Síndrome de Burnout. Em relação à Qualidade de Vida, a maioria dos entrevistados apresentou domínio físico, psicológico e meio ambiente regular. Estes domínios estão diretamente relacionados com a ocupação profissional, sendo que os Agentes Comunitários de Saúde são os profissionais que mais necessitam melhorá-los, fato que pode estar relacionado com sua inserção na comunidade e atribuições da função. A pesquisa aponta o adoecimento dos trabalhadores da saúde relacionado ao sofrimento ocupacional. Destaca-se a necessidade de criação de estratégias de acolhimento, bem como ações de prevenção e recuperação da saúde destes profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Estresse Ocupacional. Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde pública brasileira, proposto pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza um novo paradigma de assistência à população, que por sua vez, leva os profissionais da saúde a vivenciarem situações peculiares na rotina de serviço. Evidencia-se essa realidade nas Estratégias Saúde da Família, em que a atuação dos profissionais é marcada pelo envolvimento com a população de seu território de abrangência, contato direto com o sofrimento do próximo, criação de laços afetivos, entre outros. Para Tomasi et al., esses profissionais são a base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e da melhoria desse sistema. Desta forma, estes profissionais estão expostos a diversos desafios e estressores...
laborais que podem acarretar desgaste físico e psíquico. No âmbito dos profissionais da saúde, estudos indicam que a qualidade de vida é representada de forma multifacetada por profissionais de Estratégias Saúde da Família, englobando aspectos sociais, psicológicos e físicos. Questões relativas a fatores monetários, quantidade de profissionais nas instituições, relacionamento interpessoal entre equipe e com os usuários, bem como, inúmeros outros fatores acarretam em insatisfação profissional, estresse e problemas emocionais, que afetam diretamente a qualidade de vida desses indivíduos.

A Qualidade de Vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a maneira com que o indivíduo percebe sua posição na vida, objetivos, expectativas e preocupações diante da cultura, contexto e sistema de valores em que vive. A noção de Qualidade de Vida no Trabalho é complexa e mutante, abrangendo dimensões físicas, psicológicas, tecnológicas e sociais do trabalho.

Pesquisas sobre a Saúde do Trabalhador e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) revelam o adoecimento sistêmático e crescente de trabalhadores da saúde. Camel e Angerami identificaram maior nível de estresse em trabalhadores que prestam assistência a comunidades, em comparação aos que atuam no ambiente hospitalar. Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares e Santos apontam uma relação entre a qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família e o nível de independência, o tipo de vínculo empregatício, a carga horária de trabalho e a satisfação com o trabalho. Enquanto o estudo de Paiva, que investiga a associação entre condições de trabalho e o impacto no bem-estar e saúde dos profissionais da saúde, encontrou a associação entre a presença de determinantes de Burnout na diminuição da qualidade de vida de tais profissionais.

Nesse contexto, para lidar com as situações laborais, os profissionais da saúde que já se encontram em fase de estresse desenvolvem mecanismos individuais de proteção. Tais estratégias de individualização do sofrimento tendem a naturalizar o adoecimento dos trabalhadores deste setor. Esta naturalização leva os próprios profissionais e os gestores a presunção que este sofrimento é inerente à profissão destes trabalhadores. Esse fato pode resultar em um descuido dos profissionais que se dedicam à saúde da população e que enquanto cidadãos possuem direito à saúde.

A Síndrome de Burnout (SB) diz respeito a esse processo de cronificação do estresse laboral, resultando no prejuízo das atividades laborais. Dada a importância do fator relacional do desenvolvimento desta síndrome, observa-se uma predominância do Burnout entre profissionais assistenciais, tais como: saúde, profissores e policiais. Em uma concepção sociopsicológica, a Síndrome de Burnout apresenta aspectos multidimensionais em resposta ao estresse laboral crônico envolvendo três fatores principais: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal.

A exaustão emocional é considerada como a falta de energia e esgotamento ao nível afetivo do trabalhador. No que se refere à despersonalização, encontra-se a esfera de sentimentos negativos frente ao trabalho e endurecimento emocional, caracterizado pelo desapego ao ambiente e aos colegas de trabalho. Por fim, ainda dentro dos aspectos principais envolvendo a Síndrome de Burnout, a redução da realização profissional envolve as esferas de auto avaliação negativa do trabalhador, com consequente redução do desempenho e produtividade.

Enquanto cidadãos e trabalhadores, os profissionais de saúde têm direito a condições para desempenhar suas atividades laborais sem prejuízo à saúde e com qualidade de vida. Nesse sentido, a partir deste direito primário, a melhoria das condições de trabalho e vida destes profissionais podem gerar impactos positivos sobre sua saúde e qualidade de vida, além de...
MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo com corte transversal, realizado com profissionais que compunham as equipes mínimas de saúde de 21 instituições de Estratégias Saúde da Família, de um município do sul catarinense. Participaram desta pesquisa 145 profissionais que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo, sendo eles: ser profissional da saúde atuante em ESFs no município de aplicação da pesquisa e aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No que se refere aos critérios de exclusão, destaca-se: profissionais que estavam afastados ou de férias no momento de coleta em sua unidade de atuação, profissionais de outros pontos de atenção da rede alocados temporariamente para atuar na atenção básica e profissionais contratados a menos de um mês. Trata-se de uma amostra por conveniência, pois participaram profissionais presentes na instituição no momento da aplicação da pesquisa, que ocorreu no período de janeiro a março de 2016.

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados, sendo eles: um questionário sociodemográfico desenvolvido pelos autores, Maslach Burnout Inventory (MBI) e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL-bref. O questionário de caracterização dos participantes possui as seguintes informações: idade, gênero, raça, estado civil, ocupação profissional, carga horária de trabalho, tempo de profissão, tempo de trabalho na ESF, vínculo profissional, se escolheu o trabalho, cargo de chefia e tempo de estudo. Para fins de análise, dada à baixa representatividade de algumas categorias profissionais em relação às demais profissões, a ocupação profissional foi dividida em quatro categorias, a saber: “enfermagem”, “técnicos de enfermagem”, “agentes comunitários de saúde” e “outros”. Esta última categoria agrupa as ocupações com menor número de profissionais, sendo eles: profissional de serviços gerais (10), médicos (6), cirurgiões dentistas (3) e auxiliares de saúde bucal (3).

A variável categórica raça foi coletada de acordo com as categorias padronizadas pelo IBGE: branco, preto, pardo, indígena e amarelo. Devido à ausência de indivíduos indígenas e amarelos, essas categorias foram excluídas da análise. Uma análise preliminar com a variável raça/cor da pele desagregada em brancos, pretos e pardos demonstrou que o número de observações nesses dois últimos estratos eram baixo, podendo interferir no poder estatístico da análise. Dessa forma, fez-se necessário o agrupamento dessas categorias, resultando
em uma variável categórica dicotomizada em negros e brancos.

Criado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, o MBI é a escala de avaliação de Burnout mais utilizada em pesquisas sobre a síndrome. Trata-se de uma escala de autoavaliação de tipo Likert de cinco itens que variam entre “nunca”, “anualmente” “mensalmente”, “semanalmente” e “diariamente”, a serem atribuídos a um conjunto de sentimentos expressos em vinte frases. O MBI avalia como o trabalhador vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões conceituais: exaustão emocional, realização profissional e despersonalização, que são categorizadas conforme nível baixo, médio e alto.

O WHOQOL-bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta versão abreviada do WHOQOL foi criada diante da necessidade de um instrumento transcultural para avaliação da qualidade de vida, que permitisse respostas psicométricas satisfatórias em pouco tempo de aplicação. Este instrumento possui 26 questões, sendo duas gerais sobre qualidade de vida e as demais representam as 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), e dividem-se em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As questões de cada domínio do WHOQOL-bref apresentam respostas em escala tipo Likert de cinco categorias, que podem variar a depender do contexto da pergunta, em intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito” ou “muito ruim” a “muito bom”).

Os dados foram coletados pela pesquisadora nas instituições participantes da pesquisa, em horário comercial e em local livre de ruídos. As entrevistas foram realizadas de maneira individual com a aplicação dos instrumentos, iniciando pelo perfil sociodemográfico. Cada profissional participante preencheu seus dados em um questionário disponibilizado, bem como, os testes MBI e WHOQOL-bref. Os dados coletados foram transcritos em tabela no programa Microsoft Excel e para realização das análises, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 2.2.

Para a análise dos dados foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson para quantificar a associação ou independência entre Qualidade de Vida e Síndrome de Burnout e as variáveis: ocupação profissional, treinamento para o trabalho, residir no bairro de trabalho, possuir cargo de chefia, ser profissional concursado ou contratado, tempo de trabalho, tempo de profissão e carga horária semanal de trabalho. A significância estatística adotada foi de valores de probabilidade abaixo de 5%.

A pesquisa cumpriu os preceitos éticos legais que regem as pesquisas com seres humanos, conforme indica a resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense com o CAAE 45679715.0.0000.0119 e parecer nº 1.101.244. A participação no estudo foi condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o anonimato dos participantes foi garantido.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos e laborais da população estudada estão descritos nas Tabelas 1 e 2. Em relação aos aspectos sociodemográficos observa-se a predominância do gênero feminino (92,1%), raça branca (85,3%), casados (49,7%), residentes do bairro onde trabalham (61,7%). Os dados relacionados aos aspectos laborais apontam para prevalência...
de profissionais contratados (68,8%), com ocupação de Agentes Comunitários de Saúde (53,1%). Identifica-se que a maior parte dos participantes escolheu o trabalho que exerce (97,2%) e um pouco mais da metade (56,3%) afirma ter recebido treinamento para o trabalho que desenvolve na ESF.

Os dados obtidos por meio do Maslach Burnout Inventory (MBI) em relação à Síndrome de Burnout, são apresentados na Tabela 3, que evidencia os resultados dos escores obtidos nas categorias despersonalização, desgaste emocional e baixa realização pessoal que caracterizam a síndrome. Dos 145 questionários obtidos na pesquisa, 38 foram invalidados por não terem sido preenchidos de forma correta, impossibilitando sua correção. Desta forma 107 questionários foram considerados válidos para fins de análise.

No que concerne a despersonalização as estatísticas apontam para uma relação com a ocupação profissional. Neste caso os enfermeiros caracterizam-se como os profissionais mais afetados, apresentando 60% de alta despersonalização em sua categoria. Aponta ainda associação entre a despersonalização e o tempo de trabalho na ESF (p=0, 038), tempo de profissão (p=0, 007).

Os resultados demonstraram não haver relação entre baixa realização pessoal e a carga horária semanal de trabalho, tempo de trabalho na ESF, idade e tempo de profissão. Observou-se relação entre o tempo de estudo e a baixa realização pessoal (p=0, 004). Por fim, obteve-se associação entre o desgaste emocional e a carga horária semanal de trabalho (p=0,006) e tempo de estudo (p=0,03).

A Tabela 4 demonstra os dados obtidos em relação à Qualidade de Vida por meio do Inventário WHOQOL-bref. Cabe destacar que 29 inventários foram invalidados por preenchimento incorreto, impossibilitando sua correção. Totalizando 116 sujeitos analisados nesta categoria.

A Tabela 4 demonstra que a maioria dos entrevistados apresenta uma boa qualidade de vida (68,1%), boa percepção de saúde (48,3%), boas relações sociais (44,8%) e regularidade nos domínios físico (50%), psicológico (37,1%) e de meio ambiente (50%).

A Tabela 5 aponta os resultados da tabulação cruzada entre a ocupação profissional e a qualidade de vida, percepção de saúde e os demais domínios que caracterizam a Qualidade de Vida no WHOQOL-bref.

A análise estatística aponta para relação entre a ocupação profissional e o Domínio Físico (p=0, 039), Domínio Psicológico (p=0, 031) e Domínio do Meio Ambiente (p=0, 025). De modo geral os Agentes Comunitários de Saúde foram os profissionais que apresentaram maior necessidade de melhora destes domínios.

Não há relação estatisticamente significativa entre a Qualidade de Vida e a idade, tempo de estudo, tempo de profissão, tempo de trabalho na ESF e carga horária semanal de trabalho. No que refere à percepção de saúde não existe relação entre este domínio e a idade, tempo de profissão, tempo de ESF e carga horária semanal de trabalho. Em relação ao domínio físico não se obteve associação entre este e a idade, carga horária semanal de trabalho, tempo de profissão e tempo de trabalho na ESF. No entanto, observou-se relação com o tempo de estudo (p=0,030).

Não se encontrou relação estatisticamente significativa entre o domínio psicológico e a idade, tempo de profissão, e tempo de trabalho na ESF. No entanto, observou-se associamento com a carga horária semanal de trabalho (p=0,005) e tempo de estudo (p=0,040). No que diz respeito ao domínio das relações sociais não existe associamento com a idade, tempo de estudo, tempo de profissão, tempo de trabalho na ESF e carga horária semanal de trabalho. Por fim, o domínio do meio ambiente não apresentou relação com idade, tempo de profissão e tempo de trabalho na ESF. Entretanto, existe relação com o tempo de estudo (p=0,002) e com a carga horária semanal de trabalho (p=0,040).
### Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos e laborais dos participantes do estudo. Criciúma/SC, 2019.

| Variável                  | Distribuição n | %  |
|---------------------------|----------------|----|
| Gênero                    |                |    |
| Masculino                 | 11             | 7,9|
| Feminino                  | 129            | 92,1|
| Raça                      |                |    |
| Branca                    | 122            | 85,3|
| Negro                     | 21             | 14,7|
| Estado civil              |                |    |
| Casado                    | 72             | 49,7|
| Solteiro                  | 41             | 28,3|
| Outros                    | 32             | 22,1|
| Ocupação Profissional     |                |    |
| ACS                       | 77             | 53,1|
| Técnico de Enfermagem     | 31             | 21,4|
| Enfermeiro                | 15             | 10,3|
| Outros                    | 22             | 15,2|
| Reside no bairro de trabalho |             |    |
| Sim                       | 87             | 61,7|
| Vínculo profissional      |                |    |
| Contratado                | 99             | 68,8|
| Concursado                | 45             | 31,3|
| Escolheu o trabalho       |                |    |
| Sim                       | 141            | 97,2|
| Cargo de chefia           |                |    |
| Sim                       | 17             | 11,7|

### Tabela 2 – Distribuição dos dados sociodemográficos e laborais dos participantes do estudo. Criciúma/SC, 2019.

| Variável                  | Distribuição Média | DP |
|---------------------------|--------------------|----|
| Idade (anos)              | 37,0               | (±10,6) |
| Carga Horária de trabalho (horas) | 40,1            | (±6,0) |
| Tempo de profissão        | 7,2                | (±6,5) |
| Tempo de trabalho na ESF  | 4,7                | (±4,9) |
| Tempo de estudo           | 13,3               | (±3,8) |

### Tabela 3 – Dados obtidos no Maslach Burnout Inventory (MBI). Criciúma/SC, 2019.

| Síndrome de Burnout | n | %  |
|---------------------|---|----|
| Despersonalização  |   |    |
| Baixo               | 30| 28,0|
| Médio               | 43| 40,2|
| Alto                | 34| 31,8|
| Desgaste Emocional  |   |    |
| Baixo               | 41| 38,3|
| Médio               | 39| 36,5|
| Alto                | 27| 25,2|
| Baixa Realização Pessoal | |    |
| Baixo               | 11| 10,3|
| Médio               | 40| 37,4|
| Alto                | 56| 52,3|
| Total               | 107| 100,0|

| Daqpeção de saúde     | n | %  |
|-----------------------|---|----|
| Necessita melhorar    | 20| 17,2|
| Regular               | 27| 23,3|
| Boa                   | 56| 48,3|
| Muito boa             | 13| 11,2|

### Tabela 4 – Dados do Inventário Whoqol-bref. Criciúma/SC, 2019.

| Domaine Físico        | n | %  |
|-----------------------|---|----|
| Necessita melhorar    | 14| 12,1|
| Regular               | 58| 50,0|
| Boa                   | 43| 37,0|
| Muito boa             | 1 | 0,9|

### Relações Sociais

| Domaine Psicológico   | n | %  |
|-----------------------|---|----|
| Necessita melhorar    | 13| 11,2|
| Regular               | 43| 37,1|
| Boa                   | 36| 31,0|
| Muito boa             | 24| 20,7|

### Meio Ambiente

| Domaine Ambiente      | n | %  |
|-----------------------|---|----|
| Necessita melhorar    | 16| 13,8|
| Regular               | 58| 50,0|
| Boa                   | 19| 16,4|
| Muito boa             | 23| 19,8|

**Total** 116 | 100
Tabela 5 – Dados obtidos na Tabulação Cruzada entre ocupação profissional e domínios do WHOQOL-bref. Criciúma/SC, 2019.

| Domínios WHOQOL-Bref       | Enfermeiro n(%) | ACS n(%) | Técnico Enf. n(%) | Outros n(%) | p-valor* |
|----------------------------|----------------|---------|-------------------|-------------|---------|
| Qualidade de Vida         |                |         |                   |             |         |
| Necessita melhorar        | 0 (0,0)        | 1 (4,8) | 4 (6,5)           | 0 (0,0)     | 0,284   |
| Regular                   | 1 (6,7)        | 5 (23,8)| 10 (16,4)         | 2 (10,5)    |         |
| Boa                       | 11 (73,3)      | 12 (57,1)| 42 (66,8)        | 14 (73,7)   |         |
| Muito Boa                 | 3 (20,0)       | 3 (14,3)| 5 (8,2)           | 3 (15,8)    |         |
| Percepção de Saúde        |                |         |                   |             |         |
| Necessita melhorar        | 1 (6,7)        | 4 (19,0)| 11 (18,0)        | 4 (21,0)    | 0,186   |
| Regular                   | 2 (13,3)       | 6 (28,6)| 14 (22,9)        | 5 (26,3)    |         |
| Boa                       | 9 (60,0)       | 9 (42,9)| 32 (54,4)        | 6 (31,6)    |         |
| Muito Boa                 | 3 (20,0)       | 2 (9,5) | 4 (6,5)           | 4 (21,1)    |         |
| Domínio Físico            |                |         |                   |             |         |
| Necessita melhorar        | 2 (13,3)       | 0 (0,0) | 11 (18,1)        | 1 (5,3)     | 0,039   |
| Regular                   | 5 (33,3)       | 12 (57,1)| 30 (49,2)        | 11 (57,9)   |         |
| Boa                       | 8 (53,4)       | 9 (42,9)| 19 (31,1)        | 7 (36,8)    |         |
| Muito Boa                 | 0 (0,0)        | 0 (0,0) | 1 (1,6)           | 0 (0,0)     |         |
| Domínio Psicológico       |                |         |                   |             |         |
| Necessita melhorar        | 1 (6,7)        | 1 (4,8) | 11 (18,0)        | 4 (21,0)    | 0,031   |
| Regular                   | 6 (40,0)       | 12 (57,1)| 30 (49,2)        | 5 (26,3)    |         |
| Boa                       | 8 (53,3)       | 8 (38,1)| 20 (32,8)        | 10 (52,7)   |         |
| Relações Sociais          |                |         |                   |             |         |
| Necessita melhorar        | 1 (6,7)        | 2 (9,5) | 9 (15,7)          | 2 (10,5)    | 0,281   |
| Regular                   | 6 (40,0)       | 8 (38,1)| 21 (34,4)        | 10 (52,7)   |         |
| Boa                       | 8 (53,3)       | 10 (47,6)| 29 (47,5)        | 5 (26,3)    |         |
| Muito Boa                 | 0 (0,0)        | 1 (4,8) | 2 (3,2)           | 2 (10,5)    |         |
| Meio Ambiente             |                |         |                   |             |         |
| Necessita melhorar        | 1 (6,7)        | 3 (14,3)| 15 (24,6)        | 5 (26,3)    | 0,025   |
| Regular                   | 9 (60,0)       | 15 (71,4)| 40 (65,6)        | 9 (47,4)    |         |
| Boa                       | 5 (33,3)       | 3 (14,3)| 6 (9,8)          | 5 (26,3)    |         |
| Total                     | 15 (100)       | 21 (100)| 61 (100)         | 19 (100)    |         |

*p<0,05

DISCUSSÃO

De acordo com a portaria 2.488/2011 a ESF deve ser composta por uma equipe multiprofissional formada por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas26. O que pode inferir a grande quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (53,1%) participantes entre os profissionais entrevistados nesta pesquisa, mas também em pesquisa semelhante1.

Em relação à prevalência do gênero feminino (92,1%) destaca-se o predomínio histórico...
e cultural das mulheres na área do cuidado, principalmente na enfermagem, além do fato de a maioria dos ACS’s serem mulheres. Amostras elevadas, respectivamente, 81% e 84,9%, também foram encontradas por outros pesquisadores, nos estudos de Tomasi et al. e Trindade. No que diz respeito à Síndrome de Burnout, observou-se nesta pesquisa a existência da relação entre o tempo de estudo e a baixa realização pessoal. Neste caso, infere-se que a possibilidade de que o estudo permite não só a escolha da profissão e trabalho que se deseja exercer, e as garantias advindas deste trabalho, como também as possibilidades de inserção no mercado de trabalho e escolha do local de atuação. Opção que muitas vezes não ocorre para pessoas com baixa escolaridade, como em relação às ACSs. Todos os agentes comunitários da presente pesquisa que apresentaram estresse escolheram a ocupação por falta de opção, idade avançada, necessidade de trabalho e renda. Par

te muitos destes profissionais a ocupação representa o ingresso no mercado de trabalho, a idade e escolaridade são fatores que podem influenciar a oportunidade de trabalho, levando-os a optarem pela ocupação de ACS. O tempo de estudo e a carga horária semanal de trabalho também apresentaram relação com o desgaste emocional dos profissionais pesquisados. A literatura, entretanto, é divergente apontando pesquisas que não associam o tempo de estudo e a Síndrome de Burnout. Outros pesquisadores, por sua vez, descrevem que os indivíduos com maior nível educacional tendem a desenvolver maiores escores de Desgaste emocional e Despersonalização e falta de realização pessoal no trabalho, o que pode estar relacionado ao reconhecimento que algumas profissões conferem em relação a outras. O salário também é apontado como fator de satisfação no trabalho, gerador de sofrimento e possível adoecimento. Este fator possui relação direta com a ocupação e grau de escolaridade, uma vez que o salário dos profissionais de ESF varia consideravelmente, conforme as atividades, responsabilidades ou carga horária de trabalho exercida pelo profissional. No que diz respeito à Síndrome de Burnout e a ocupação profissional, os dados obtidos na pesquisa apontam para a relação entre a despersonalização e os profissionais da enfermagem, corroborando com pesquisas semelhantes. A despersonalização é característica específica da Síndrome, percebida como a perda da sensibilidade aos problemas dos usuários, familiares e desumanização do processo de cuidado. A Enfermagem é considerada a quarta profissão mais estressante do setor público, elevando a tendência à despersonalização do trabalhador uma grande dificuldade em delimitar os papéis da profissão bem como a falta de reconhecimento entre o público.

A despersonalização dos profissionais de enfermagem muitas vezes é associada a fatores estressores ou de risco, como alta carga horária, conflitos com a equipe, duplo vínculo empregatício e pouco tempo livre para lazer e descanso. Ademais, em alguns contextos a despersonalização é considerada um mecanismo de defesa dos profissionais para lidar com a exaustão emocional e com a baixa realização pessoal. Nesse contexto de despersonalização, desgaste emocional e baixa realização pessoal evidenciadas na pesquisa pelo instrumento utilizado (MBI), a qualidade de vida no trabalho encontra-se comprometida por alguns problemas existentes na Atenção Básica à Saúde. Entre estes fatores destaca-se a satisfação com as condições de trabalho, disponibilidade de recursos humanos, materiais e ambientais, a organização do processo de trabalho, as formas de cuidar e o resultado e reconhecimento do trabalho.

De modo geral os ACSs foram os profissionais que mais necessitam melhorar sua qualidade de vida, principalmente em relação aos domínios físico, psicológico e do meio

Mundo da Saúde 2020,44:475-485, e0512020
ambiente. No que diz respeito ao domínio físico destaca-se que o trabalho nas unidades de saúde é desenvolvido em um ambiente com vários fatores de risco ocupacional e os agentes comunitários são os mais afetados por estas condições¹. Isto se deve tanto ao fato de que esses profissionais representam a maior parte da equipe, como também por constituírem o elo entre comunidade e unidade de saúde, estando inseridos dentro do território. Em relação ao domínio psicológico destaca-se que, uma vez inseridos na comunidade, os ACSs tornam-se referência da população de sua área de abrangência, assumindo consequentemente diversas atribuições, como ouvintes, conselheiros, referência para problemas de outros âmbitos, entre outros¹⁴. Outro fator relevante em relação a estes profissionais, e que afeta estes domínios, é que diferente da grande maioria dos profissionais da ESF os ACSs não saem da comunidade quando encerram sua jornada de trabalho, compartilhando das mesmas dificuldades, vulnerabilidades e insalubridades vivenciadas no ambiente. Desta forma, os pesquisadores apontam para a necessidade de maior atenção ao domínio do meio ambiente em que vivem esses sujeitos, relacionado intrinsecamente com os demais domínios, na elaboração de ações para a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde³⁹.

CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou analisar a Qualidade de Vida no Trabalho e Síndrome de Burnout em profissionais de saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família de um município sul catarinense. Foi possível identificar o alto nível de desrealização pessoal, médio nível de despersonalização e baixo desgaste emocional, que influenciam no sofrimento ocupacional. Sendo a despersonalização, característica do Bournout, associada principalmente a enfermeiros(as).

No que se refere à qualidade de vida, os dados indicaram boa qualidade de vida, percepção de saúde e relações sociais, porém demonstram regularidade nos domínios físicos, psicológicos e de meio ambiente. Os Agentes Comunitários de Saúde foram os mais afetados negativamente pelos domínios em questão. Ainda, destaca-se a necessidade de atenção, com vistas à prevenção, a prevalência de despersonalização, desgaste emocional e realização pessoal que apontam para um sofrimento ocupacional que pode evoluir para um quadro de Síndrome de Burnout.

Diante do exposto, evidencia-se o adoecimento dos trabalhadores da saúde do município estudado, destacando a necessidade de atenção a estes profissionais de forma que se garanta, não apenas sua atuação e comprometimento com o SUS, mas principalmente, saúde e qualidade de vida. Torna-se primordial que a gestão pública esteja atenta aos fatores citados como interferentes na saúde destes trabalhadores, bem como, desenvolva ações que visem o acolhimento e recuperação dos profissionais já adoecidos ou em vias de adoecimento, além da prevenção de casos futuros.
27. Brasil. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: DF, Diário Oficial da União; 2011.

28. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad Pague [revista em Internet]. 2005 janeiro-junho [acesso 13 de março de 2020]; 24(1):105-25. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-83322005000100006

29. Trindade LL. O estresse laboral da equipe de Saúde da família: implicações para a Saúde do Trabalhador [Dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007.

30. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciência Saúde Coletiva [revista em Internet]. 2014 dezembro [acesso 17 de março de 2020]; 19(12):4739-50. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013

31. Silva JA, Dalmasso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

32. Paforo RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com duplo trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2004 [acesso 17 de março de 2020]; 38(2):152-60. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200005

33. Silva Reus KM, Ronchi MDBB, Gava FLF, Medeiros IS, Dagostim VS, Ceretta LB, et al. A Síndrome de Burnout dos enfermeiros na ESF. Inova Saúde [revista em Internet]. 2014 novembro [acesso 18 de março de 2020]; 3(2):109-29. Disponível em: http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1668

34. Oliveira EB, Gallasch CH, Silva Júnior PPA, Oliveira AVR, Valério RL, Dias LBS. Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. Rev Enferm UERJ [revista em Internet]. 2017 outubro-dezembro [acesso 19 de março de 2020]; 25:1-7. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/231156081.pdf

35. Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turini RNT, Cruz DLM. Burnout and nursing work environment in public health institutions. Rev Bras Enferm [revista em Internet]. 2018 março-abril [acesso 17 de março de 2020]; 71(2):336-42. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524

36. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout em residentes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [revista em Internet]. 2011 março [acesso 23 de fevereiro de 2020]; 45(1):12-8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002

37. Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. Rev Bras Saúde Ocup [revista em Internet]. 2010 julho-dezembro [acesso 21 de março de 2020]; 35(12):269-76. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0303-76752010000200009

38. Vieira I. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [revista em Internet]. 2005 março-abril [acesso 20 de março de 2020]; 13(2):255-61. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019

Recebido em abril de 2020.
Aceito em novembro de 2020.