

Síndrome de *Burnout* nos trabalhadores da Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial

Aline Bedin Zanatta*
Sergio Roberto de Lucca*

390

Resumo

Os trabalhadores da saúde mental estão expostos ao sofrimento mental devido aos inerentes riscos psicossociais e da organização de trabalho, devido as elevadas exigências de trabalho, para darem conta das demandas de cuidado e assistência dos usuários dos serviços de saúde. Estudos voltados para a saúde mental e síndrome de *Burnout* desses trabalhadores são escassos. Desta forma, o presente estudo objetivou avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial e as associações com as características biossociais e laborais desses profissionais. Estudo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado nos onze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da rede de saúde mental em um município no interior do estado de São Paulo com uma amostra de 193 trabalhadores. Os trabalhadores dos CAPS com baixa ou regular satisfação no trabalho apresentaram no modelo final preditivo 4,8 vezes mais chances de desenvolver Síndrome de *Burnout* quando comparado àqueles com boa ou ótima satisfação no trabalho. O apoio social da equipe e a satisfação no trabalho podem ser apontados como fatores protetores contra o sofrimento destes profissionais. Para a concretização da reforma psiquiátrica, também é necessário um olhar ampliado ao trabalhador da saúde mental.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional. Assistência à Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Pessoal de Saúde. Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O trabalho pode ser fonte de satisfação e realização ou causar sofrimento e adoecimento. Os trabalhadores da saúde cujo processo de trabalho “vivo em ato” durante o cuidado se realiza a partir de elevadas cargas intersubjetivas¹ entre os usuários e profissionais podem ser benéficas para ambos, mas também podem desencadear sofrimento e a possibilidade de adoecimento manifestada através da Síndrome de *Burnout* (SB).

O termo *Burnout* foi descrito pela primeira vez na década de 70, como um fenômeno clínico observado em trabalhadores de um serviço de reabilitação de usuários de drogas² e posteriormente reconhecido como uma síndrome³,

caracterizada por um estado de esgotamento completo da energia individual associado a uma intensa frustração com o trabalho⁴.

A Síndrome pode se manifestar com sintomas psicossomáticos, psicológicos e comportamentais e geralmente produz consequências negativas em níveis individual, profissional e social⁵, sendo reconhecida no Brasil como um transtorno mental e comportamental relacionado ao trabalho⁶.

Devido sua elevada prevalência entre os trabalhadores da saúde, a SB foi recentemente incluída na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), no capítulo intitulado

DOI: 10.15343/0104-7809.202145390399

*Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas/SP, Brasil
E-mail: alinezanatta@yahoo.com.br

“Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde”⁶⁻⁷. Nos últimos 10 anos verificam-se mais de 10 mil publicações sobre este tema, dos quais cerca de 50% referem-se aos trabalhadores da saúde⁸.

Os trabalhadores da saúde durante as suas atividades laborais estão expostos aos riscos biológicos, ergonômicos e, sobretudo, aos psicossociais e da organização de trabalho, devido as elevadas exigências de trabalho, multifuncionalidade das tarefas, dificuldades no trabalho em equipe e deficiências de recursos materiais e humanos para darem conta das demandas de cuidado e assistência dos usuários dos serviços de saúde⁹⁻¹⁰.

Já os trabalhadores da saúde mental, além dos riscos ocupacionais comuns às atividades assistenciais, lidam com pessoas que apresentam distúrbios psíquicos, comportamentos imprevisíveis devido às crises agudas, que os expõe a uma elevada tensão emocional¹¹. Esses profissionais precisam estabelecer uma rede de relações intersubjetivas como ferramenta de trabalho para dar conta da clientela que ali se encontra justamente por falência ou desagregação de suas relações¹². Além disso, convivem ainda com "urgências" reais e subjetivas dos usuários, em um ambiente permeado pela própria fragilidade da rede de serviços de saúde mental¹³.

A rede de assistência e de cuidado em saú-

de mental após reforma psiquiátrica brasileira incluiu no Sistema Único de Saúde (SUS) uma ampla rede de assistência e de cuidado em saúde mental alicerçada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um de seus principais pilares¹⁴. O trabalho nos CAPS é complexo e depende da articulação de equipes multidisciplinares, envolvendo diferente saberes, práticas e vivências.

Neste contexto, os trabalhadores experimentam sentimentos intensos e antagônicos e muitas vezes conflituosos, que somadas à sobrecarga de trabalho e da precarização das condições de trabalho, podem comprometer a sua saúde¹⁵. O adoecimento dos trabalhadores que cuidam da saúde mental é uma contradição, porque ao afetar a saúde destes profissionais compromete a qualidade de atendimento dos usuários destes serviços.

Atualmente existem 2.661 CAPS no país¹⁶, e poucos estudos sobre o processo saúde doença dos trabalhadores que atuam nestes serviços de saúde mental, e nenhum estudo sobre avaliação da SB entre estes profissionais. Desta forma, o presente estudo objetivou avaliar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores de saúde do CAPS, em um município no interior do estado de São Paulo e as associações com as características biossociais e laborais desses profissionais.

MÉTODOS

Desenho e local do estudo

Estudo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizada nos onze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da rede de saúde mental de um município do interior do estado de São Paulo, trata-se de um recorte de pesquisa¹⁷.

Todas as modalidades dos CAPS do município fizeram parte da pesquisa, dos quais seis CAPS adulto; três CAPS AD álcool e drogas e

dois CAPS ij infanto-juvenis.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi não probabilística por conveniência. Os sujeitos foram selecionados de acordo com a presença durante o período da coleta dos dados. A população do estudo incluiu todos os trabalhadores dos CAPS de diferentes categorias profissionais: médicos, enfermeiros,

técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, coordenadores, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, monitores, farmacêuticos, técnicos de farmácia, educadores físicos e fonoaudiólogos¹⁷.

Os critérios de inclusão foram: trabalhar na instituição há pelo menos seis meses, estar trabalhando no CAPS no momento da coleta de dados, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e devolver o questionário completo. Os trabalhadores que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados individualmente no local de trabalho pela pesquisadora responsável e informados sobre os objetivos e convidados a participar do estudo. Foram disponibilizados ao participante os questionários de pesquisa em um envelope lacrado e codificado, com orientações sobre como respondê-lo. Os respondentes puderam optar por responder ou não aos instrumentos no local de trabalho.

Do total de 395 trabalhadores dos CAPS, foram excluídos da pesquisa 70 profissionais com menos de seis meses de experiência, cinco que entregaram os questionários incompletos e 15 profissionais que se encontravam em afastamento ou licença-maternidade. Da amostra elegível de 305 trabalhadores ocorreram 112 perdas devido recusas à participação da pesquisa ou esquecimento de entregar os questionários após pelo menos cinco tentativas. A amostra final do estudo foi de 193 participantes.

As coletas foram realizadas nos períodos da manhã, tarde e noite, até que todos os profissionais fossem abordados. A entrega e a devolução dos envelopes preenchidos ocorreram pessoalmente e individualmente à pesquisadora responsável.

Protocolo do estudo

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados de autopreenchimento: um questionário biossocial, com base em outros estudos sobre o tema^{5,18-19} e o inventário de *Burnout de Maslach Burnout Inventory* (MBI) versão HSS

(*Human Services Survey*)(2), traduzido e adaptado para a língua portuguesa¹⁹.

O questionário biossocial objetivou conhecer diversos aspectos da população de estudo. Trata-se de um instrumento autoaplicável nos quais foram consideradas as seguintes características: gênero; idade; estado civil; ter filhos; profissão; tempo de formação; tempo de profissão; nível educacional; tempo de trabalho na instituição; ocorrência de acidente de trabalho; afastamento por problemas de saúde nos últimos dois anos; satisfação com o trabalho e relações interpessoais.

O inventário de *Burnout de Maslach* (MBI-HSS) possui 22 itens distribuídos em três domínios (Desgaste Emocional, Despersonalização e Baixa realização profissional), escala tipo Likert com pontuação de zero a quatro. São indicadores de Burnout os sujeitos que apresentam, concomitantemente, pontuações altas em desgaste emocional e despersonalização e baixa realização profissional^{2,19}.

A dimensão Desgaste Emocional possui nove itens que avaliam com que frequência o sujeito se sente emocionalmente exausto (desgastado) pelo trabalho. A dimensão Despersonalização possui cinco itens que avaliam com que frequência o sujeito expressa resposta fria e impessoal diante das demandas dos usuários do serviço de saúde. A dimensão Baixa realização profissional é composta por oito itens para avaliar os sentimentos de competência pessoal, profissional e eficácia do profissional da saúde para a realização do trabalho¹⁹.

Análise dos resultados e estatística

Os resultados foram analisados por meio dos recursos do programa software *Statistical Package for the Social Science* versão 2.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de razões e proporções. O nível de significância (α) adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$ e 95% de intervalos de confiança - IC. As diferenças nas proporções foram

testadas pelo teste de Pearson (Qui-quadrado) ou teste de Fischer, quando necessário, enquanto as diferenças nas médias foram testadas pelo teste de Kruskal-Wallis.

A análise multivariada foi calculada por meio da regressão logística binária. Modelos de regressão logística foram rodados com todas as variáveis, no qual foram sendo retiradas dos modelos conforme o p valor fosse se apresentando maior que 20% (modelo *stepwise*). A medida de associação utilizada foi a *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC

95%).

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP sob protocolo nº 848.136, e atende os preceitos éticos e legais da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Houve predominância dos trabalhadores do sexo feminino (74,0%), sem filhos (58,3%) e solteiros (50,5%). A média da idade dos profissionais foi de 35,2 anos. O tempo médio de experiência na saúde foi de 10 anos. A média do tempo de trabalho no CAPS foi de 4,9 anos e a média de carga horária de trabalho foi de 42,9 horas semanais.

Os participantes da pesquisa foram os técnicos de enfermagem (27,6%), psicólogos (21,2%), enfermeiros (19,3%), farmacêuticos, auxiliares de farmácia e monitores (11,4%), coordenadores (4,1%), médicos psiquiatras (4,7%) e assistentes sociais ou fonoaudiólogos (1,6%). A maioria trabalhava em horário integral (59,9%).

A maioria dos participantes (60,1%) consideraram boas as relações interpessoais com os colegas de trabalho, enquanto os demais classificaram estas relações como regulares (21,7%) ou ruins (5,7%). Já o nível de satisfação no trabalho foi considerado ótimo ou bom para a maioria dos participantes (78%). Em alguns profissionais, houve intenção de sair do CAPS (17,2%).

Entre os profissionais, relataram afastamento por doença no ano anterior (20,7%), entretanto,

a maioria já teve que trabalhar doente (57,5%), sendo que o principal motivo alegado no comportamento de presenteísmo foi a responsabilidade e o compromisso ético com os usuários, além de não sobrecarregar colegas (43,0%).

A distribuição dos domínios da síndrome de *Burnout* entre os participantes estão descritos na Tabela 1. Cerca de um terço dos profissionais apresentaram elevada exaustão emocional e despersonalização; enquanto um quarto dos participantes apresentou baixa realização profissional. A prevalência de *Burnout* foi de 7,3%.

A Tabela 2 descreve as associações significativas ($p < 0,05$) entre as variáveis biossociais dos participantes e os domínios do instrumento utilizado MBI-HSS ($p \leq 0,05$) para avaliação da SB. Verificou-se que a satisfação com o trabalho ruim/ péssima se associou com os três domínios da Síndrome. Enquanto que “não se sentir valorizado”, “vir trabalhar doente” e ter a “intenção de deixar CAPS” se associou com a dimensão exaustão emocional.

Já o modelo final preditivo a satisfação ou não no trabalho foi considerado um fator de risco para *Burnout*, conforme descrição na tabela 3.

Tabela 1– Distribuição dos domínios da síndrome de *Burnout* nos profissionais trabalhadores da saúde mental dos CAPS, Campinas-SP, 2017.

Domínios	Pontos de corte	Frequência	%
Desgaste			
Baixo	≥ 10	43	22,3
Médio	11-20	88	45,6
Alto	≤ 21	62	32,1
Despersonalização			
Baixo	≥2	36	18,7
Médio	3-7	91	47,2
Alto	≥8	66	34,2
Realização profissional			
Alta	≥26	68	35,2
Médio	19-25	78	40,4
Baixa	≥20	47	24,4
Um domínio		42	21,7
Dois domínios		37	19,1
Três domínios (<i>Burnout</i>)		14	7,3

Tabela 2– Associação entre os dados biossociais e os domínios do *Burnout* nos profissionais trabalhadores da saúde mental dos CAPS, Campinas-SP, 2017.

Variáveis	Desgaste emocional	Despersonalização	Baixa realização profissional	Burnout
Horário Integral	0,0076(*)			
Satisfação com o trabalho Percepção ruim/ péssima	<,0001(*)		<,0001(*)	<,0001(*)
Não se sentir valorizado	0,0001(*)			0,0144(*)
Trabalhar doente Sim	<,0001(*)	0,0337(*)		
Intenção de deixar CAPS	<,0001(*)	0,0064(*)	0,0022(*)	0,0001(*)
Relação interpessoal Percepção ruim/ péssima	0,0292(*)	0,0331(*)		
Autorrelato de Doença atual Sim		0,0459(*)		
	0,0006(*)	0,0006(*)	0,0060 (*)	
Anos de experiência Menos anos	0,0037(*)			

(*)Teste Qui-quadrado

Tabela 3– Modelo final preditivo para fatores de risco para *Burnout* sim x não nos profissionais trabalhadores da saúde mental dos CAPS, Campinas-SP, Brasil, 2017. (n=193).

Variáveis	Categoria	p	OR (IC 95%)
Satisfação no trabalho	reg./ruim x bom/ótimo	<.0001	4,827 (2,508- 9,289)

§Regressão logística bivariada

DISCUSSÃO

Com relação aos dados biossociais da amostra houve predominância do sexo feminino sem filhos, solteiros; a maioria dos participantes que faz parte da equipe multiprofissional é da enfermagem, seguida dos psicólogos. Os estudos sobre os trabalhadores dos CAPS também apontaram o predomínio de trabalhadoras, de meia-idade e a maior parte dos profissionais pertenciam à categoria de enfermagem e relatam a necessidade de treinamento em saúde mental²⁰⁻²¹.

A atividade cotidiana dos profissionais de saúde mental demanda grande envolvimento subjetivo e revelou-se desgastante, gerando sofrimento e adoecimento²². As condições de trabalho insatisfatórias repercutiram na saúde dos trabalhadores e relataram nervosismo, insônia, dores de cabeça, sintomas depressivos, hipertensão arterial, doenças dermatológicas e infecção urinária. A maioria das queixas está no campo psicossomático e podem ser influenciadas pelas dificuldades destes profissionais em

não conseguir fazer o trabalho da forma na qual idealizaram, pode transformar-se em uma experiência adoecedora²³.

A impotência de ação dos profissionais gera desgaste, sentimento de inutilidade, adoecimento e esgotamento²⁴. Os trabalhadores dos CAPS encontram-se no olho do furacão enquanto produzem “alívio nos outros, mas não têm nenhum alívio para olhar e repensar o seu próprio trabalho”²⁵. As manifestações de doenças psicossomáticas também podem ocorrer quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo²⁶.

A elevada demanda emocional de trabalho e o baixo controle desencadeia estresse nos profissionais de saúde mental, deixando-os mais vulneráveis, exemplificado neste estudo ao constatar que 60% dos profissionais apresentavam sintomas compatíveis com esgotamento emocional, sobretudo entre os trabalhadores mais jovens. Os estudos apontam que a exaustão emocional é a principal dimensão da Síndrome de Burnout e afeta principalmente os trabalhadores mais jovens e com menor experiência²⁷.

Os trabalhadores adoecidos pela SB nas instituições de saúde podem apresentar elevados índices de absenteísmo, com repercussão na qualidade dos serviços prestados aos usuários²⁸. Por outro lado, o elevado grau de compromisso dos participantes com o atendimento e com a equipe faz com que a maioria compareça ao trabalho ainda que adoecido. As causas de presenteísmo são diversas e a mais comum é o medo de perder o emprego²⁹. Entretanto, os trabalhadores dos CAPS estudados revelaram que a responsabilidade e o compromisso ético com os usuários e de não sobrecarregar colegas os colegas de trabalho foram as principais razões de vir trabalhar doente.

Para os trabalhadores dos CAPS a dimensão coletiva do trabalho interdisciplinar potencializa a gestão e fortalece o espaço grupal e o sentido de pertencimento³⁰. Na presente pesquisa o apoio social da equipe, manifestada pela maio-

ria dos participantes como boas relações interpessoais com os colegas de trabalho e a satisfação no trabalho em sua dimensão psicossocial podem ser apontados como fatores protetores contra o sofrimento destes profissionais. Sentir-se realizado com o próprio trabalho contribui para a construção da atenção psicossocial no cotidiano do trabalho e possibilita rearranjar o seu modo operatório de trabalhar e o desenvolvimento de atividades e atitudes capazes de lhe fornecer prazer³¹.

Por outro lado, a falta de investimento nos serviços de saúde mental, sobretudo as gestões municipais que não assumem de forma integral as propostas do Ministério da Saúde contribuem para a precarização de recursos de infraestrutura e de treinamento e capacitação das equipes e gera insegurança e os mecanismos de defesa podem não ser suficientes para evitar o adoecimento destes profissionais³². Estas condições adversas foram observadas nos onze CAPS estudados no município e os sinais de adoecimento desses profissionais foram manifestados nas dimensões da Síndrome de Burnout.

Cerca de um terço dos participantes apresentaram exaustão emocional e despersonalização com repercussões negativas para a saúde destes profissionais e para o próprio serviço quanto à menor qualidade do trabalho em equipe e no atendimento aos usuários desses serviços. Os profissionais exaustos ficam desmotivados e sem energia para o desempenho profissional, além disso, o progressivo distanciamento afetivo dos colegas de trabalho e dos pacientes diminui a potencialidade necessária ao acolhimento e assistência, justamente para uma clientela que está em sofrimento mental.

Além do comprometimento do trabalho, destaca-se que um quarto dos participantes apresentou baixa realização profissional, com prejuízo nas suas vidas para além do trabalho, bem como a prevalência da SB em quatorze participantes (7,3%); estes profissionais deveriam estar afastados do trabalho e em tratamen-

to. Do ponto de vista institucional é necessária a capacitação dos gestores para perceberem o que está acontecendo com as suas equipes e garantir que esses profissionais sejam ouvidos e atendidos em suas necessidades, em um contexto paradoxal de um cotidiano marcado pelo cuidado das pessoas que estão em sofrimento mental, como apontado também em outros estudos^{24,32-33}.

Ao comparar os resultados desta pesquisa com outros serviços de saúde que utilizaram o mesmo instrumento (MBI-HSS) para avaliar a SB em profissionais da saúde de três instituições hospitalares verificou-se que a prevalência de exaustão emocional nos trabalhadores daquelas instituições variaram entre 21,1% e 26,3%, menores que os dados obtidos no presente estudo (32,1%). A despersonalização variou de 20% a 28,8% também foi menor ao encontrado e nesse estudo (34,2). Já a dimensão baixa satisfação profissional com variação entre 24,6% e 28,9% foi semelhante ao presente estudo (24,4%)^{5,34,35}. Quanto à SB (trabalhadores que apresentam concomitantemente alta exaustão, alta despersonalização e baixa realização profissional) encontrados naqueles serviços, foram respectivamente 4,8% e 5,9%. 6,3% foram inferiores ao presente estudo (7,3%)^{5,34-35}.

O fato de a “baixa realização pessoal” ser a dimensão menos comprometida entre os profissionais da pesquisa poderiam ser justificadas, em razão do elevado sentimento de pertencimento e na possibilidade de mudança de paradigmas do antigo modelo manicomial para a construção cotidiana dos preceitos da reabilitação psicossocial no cotidiano pelos profissionais dos CAPS. As relações no cuidado são constituídas no compromisso social do coletivo para que se possa garantir um novo lugar social para as pessoas em sofrimento psíquico e, neste sentido de pertencimento e reconhecimento, pela equipe de trabalho e seus usuários, emergem como sentimentos de prazer pelo trabalho e contribui para a permanência do profissional

em atividade³⁶.

Um dos pilares do comprometimento e realização no trabalho é a cumplicidade desses profissionais por algo que acreditam – transformadas aqui em ideologia – de construção e intervenção psicossocial, e a satisfação por atuar no campo profissional de escolha que, mesmo com todas as adversidades, permanece como fator de realização pessoal no trabalho^{30,34}.

Um estudo realizado com trabalhadores de um CAPS no Rio de Janeiro/RJ constatou que a ideologia subjacente à Reforma Psiquiátrica, adquire especial importância para o reconhecimento de sua função social, de forma que o trabalho no CAPS é relatado como uma escolha, dando o sentido ao trabalho muito mais de um ativismo ou uma utopia a ser perseguida, do que de um meio de retorno financeiro²⁴.

Por outro lado, a compaixão com o sofrimento mental dos usuários dos CAPS vai além do transtorno mental e muitas vezes requerem da equipe um trabalho de agenciamento dentro da comunidade, que vai desde a aquisição dos direitos sociais à satisfação de necessidades básicas, como moradia e alimentação, já que muitos moram nas ruas. Vivenciar cotidianamente este sofrimento, a limitação e a impotência do profissional da saúde em não poder resolver todos os problemas dos pacientes podem causar sofrimento e frustração aos profissionais³⁷.

Neste contexto, apesar das estratégias de defesa contra o adoecimento na forma de engajamento com a equipe e cumplicidade com uma causa, os seguintes aspectos individuais dos participantes tiveram associação positiva com “desgaste emocional”: considerar a satisfação com o trabalho ruim ou péssimo; não se sentir valorizado; ter trabalhado doente no último ano; ter intenção de deixar CAPS; considerar as relações interpessoais como ruim ou péssimo; trabalhar em horário integral, ser mais jovem e ter menos anos de experiência na área da saúde.

Vários estudos apontam que ser mais jovem e ter menos anos de experiência na área da saúde

de são variáveis preditoras da SB^{4,27}. A falta de experiência destes trabalhadores contribui com sentimento de insegurança e o choque com a realidade para o quais não foram treinados e percebem que o trabalho não garantirá a realização de seus anseios e desejos³⁷.

Com relação às demais variáveis apontadas sentir-se desvalorizado e não ter boa relação interpessoal com a equipe de trabalho contribui para a insatisfação no trabalho e a intenção de sair do CAPS. A falta do sentido do trabalho para estes profissionais potencializa o sofrimento e os predispõe ao adoecimento.

Já a “despersonalização” além dos aspectos apontados no domínio exaustão, apresentou associação positiva para nos aspectos “ir trabalhar doente no último ano” e “ter alguma doença atual”. É possível que a doença referida por estes profissionais sejam manifestações clínicas das duas dimensões de Burnout (exaustão e despersonalização)^{5,38}.

O encontro do sujeito com o trabalho na instituição gera expectativas que podem ser satisfeitas ou não e o conflito emerge quando as necessidades pessoais não são atendidas pela organização e pode gerar insatisfação, sofrimento, ou estado de ansiedade crônico, raramente traduzido em palavras e explicitado pelo próprio trabalhador³⁹. Nesse sentido, a negociação é com o usuário, com o sujeito singular, e não com a doença, o que dificulta o trabalho

prescrito considerando-se as características dos usuários do CAPS, uma vez que a prática clínica é inventada e reinventada diariamente.

Pelo modelo final preditivo entre ter ou não SB, descritos na Tabela 3, as análises ajustadas entre o Burnout e as variáveis biossociais evidenciaram que, os trabalhadores dos CAPS com baixa ou regular satisfação no trabalho apresentaram 4,8 vezes mais chances de desenvolver Burnout quando comparado àqueles com boa ou ótima satisfação no trabalho. Pode-se considerar que a percepção relacionada a satisfação no trabalho exerce grande influência para um desfecho positivo ou negativo no processo de adoecimento e Burnout entres os profissionais dos CAPS estudados⁴⁰.

Estudo recente confirmou que a crescente ampliação da Rede de atenção Psicossocial conseguiu diminuir as taxas de internação psiquiátrica no período e regiões do estudo(40), de forma que é imprescindível um olhar para os trabalhadores que estão imbricados neste processo de trabalho singular.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram problemas crônicos e recorrentes nos CAPS distribuídos no país. Entretanto, pontua-se como limitação desta pesquisa o caráter regional e as especificidades próprias de gestão e administração municipal, e a possibilidade do perfil da amostra não represente o universo completo dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

Os CAPS se constituem em principais pilares de assistência da saúde mental no SUS, entretanto, a falta de recursos e aspectos administrativos das prefeituras no repasse de recursos afeta a infraestrutura destes serviços e fragiliza os processos de trabalho das equipes multidisciplinares e compromete a qualidade do cuidado aos usuários com sofrimento mental no país.

A despeito das inúmeras dificuldades

relatadas e evidenciadas, a potência desses serviços está no comprometimento das equipes e dos profissionais que continuam imbricados na luta pela consolidação da reforma psiquiátrica e atenção humanizada aos pacientes portadores de transtornos mentais. Entretanto, a educação permanente deficiente, o desfalque das equipes, a elevada carga horária, a precarização dos contratos de trabalho e as elevadas demandas de trabalho fragilizam a saúde destes trabalhadores.

Os sinais de sofrimento e adoecimento se manifestam com sintomas e doenças psicossomáticas e síndrome de *Burnout*. Cerca de um terço dos participantes apresentarem exaustão emocional ou despersonalização e um quarto deles baixa realização profissional e, além de comprometer o trabalho das equipes e a qualidade do cuidado, sinaliza que estes

profissionais precisam de suporte e apoio. Observa-se que o sentimento de satisfação com o trabalho e com as relações interpessoais agem de forma protetiva contra o sofrimento laboral, portanto, as relações colaborativas construídas com base no trabalho vivo e na equipe multiprofissional devem ser estimuladas e cultivadas.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *Journ Soc Iss*. 1974; 30:159-165.
3. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psych*. 2001; 52(1):397-422.
5. Zanatta AB, Lucca SR. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):253-258. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200010>
6. Brasil. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília-DF. Ministério da Saúde. 2001.
7. Site da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) [Internet]. [Acesso em 2020 Oct 15]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article
8. Site Pubmed [Internet]. [Acesso em: 2020 Oct 15]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%5Bburnout>
9. Trindade LDL, Catarina UFDs. Syndrome of Burnout Among the Workers of the Strategy of Health of the Family. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):274-9.
10. Marqui ABTD, Jahn ADC, Resta DG, Colomé ICDS, Rosa ND, Zanon T. Characterization of Family Health Teams and Their Work Process. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):956-61.
11. Fernandes MA, Marziale MHP. Occupational Risks and Illness Among Mental Health Workers. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6):539-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400088>
12. Ramminger T. A Saúde Mental do Trabalhador em Saúde Mental: um Estudo com Trabalhadores de um Hospital Psiquiátrico. *Bol Saúde*. 2002;16(1).
13. Silva GMD, Beck CLC, Figueiredo ACCD, Prestes FC. The Process of Working in Clinical-Institutional Supervision at Brazilian Psychosocial Treatment Centers, Referred to as CAPS. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2012;15(2):309-22. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200007>
14. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric Reform in the SUS and the Struggle for a Society Without Asylums. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):2067-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
15. Vasconcellos VC, Azevedo C. Mental Health Work: Professional's Experiences Facing the Outcomes. *Psic Estud*. 2012;17(4):659-68.
16. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. [Acesso em: 2020 Oct 15]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46193-saude-mental-investimento-cresce-200-em-2019>
17. Zanatta AB. Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP. Tese - Programa de pós Graduação de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2017.
18. Glina DMR, Rocha LE. Saúde Mental no Trabalho: da Teoria à Prática. São Paulo: Roca; 2010.
19. Lautert L. O Desgaste Profissional: Estudo Empírico com Enfermeiras que Trabalham em Hospitais. *Rev. Gaúcha Enferm*. 1997;18(2):133- 44.
20. Almeida AS, Fugerato ARF. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Rev Enferm Aten Saúde*. 2015; 4(1):79-88.
21. Mendes JS, Neves TJS, Partata AK. Perfil dos Trabalhadores em Saúde Mental do CAPS ii Araguaína. *Rev Cient ITPAC*. 2015; 8(1):5.
22. Athayde V, Hennington EA. A Saúde Mental dos Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2012; 22(3):983-1001. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300008>
23. Dejours C. Subjetividade, Trabalho e Ação. *Rev Prod. (São Paulo)*. 2004; 14(3):27-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>
24. Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Borges LH. Harmful effects of the work process in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center. *Saúde debate (Rio De Janeiro)*. 2017; 41(112):285-297. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711223>
25. Merhy, EE. Os CAPS e Seus Trabalhadores: no Olho do Furacão Antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Franco T, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 213 - 225.
26. Araújo TMD, Graça CC, Araújo E. Occupational stress and health: contributions of the Demand-Control Model. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(4):991-1003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>

27. Santos AFO, Cardoso CL. Profissionais de Saúde Mental: Manifestação de Stress e Burnout. *Estud Psicol.* 2010;27(1):67-74. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100008>
28. França FMD, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout and Labour Aspects in the Nursing Teams at Two Medium-Sized Hospitals. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(5):961-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500019>
29. Machado BM, Zanatta AB, Lucca SR. Prevalence of presenteeism among workers of an industrial company. *Rev Bras Med Trab.* 2017; 15(3):236-43. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520170011>
30. Glanzner HG, Olschowsky A, Kantorski LP. O Trabalho como Fonte de Prazer: Avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(3):716-21
31. Ribeiro MC. Psychosocial care center workers in Alagoas, Brazil: interstices of new practices. *Interface (Botucatu).* 2015; 19 (52):95-107. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0151>
32. Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as Políticas Públicas: que Caminho Seguir? *Rev Trab Educ e Saúde (Rio de Janeiro).* 2015; 13(1):157-175. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00003>
33. Ferreira NN, Lucca SR. Burnout Syndrome in Nursing Assistants of a Public Hospital in the State of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):68-79. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
34. Sobral RC, Stephan C, Zanatta AB, Lucca SR. Burnout and work organization in Nursing. *Rev Bras Med Trab.* 2018; 16:44-52. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180127>
35. Ribeiro MC. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *Rev Ter Ocup.* 2014;24(3):174-82. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-182>
36. Moniz ALF, Araújo TCCFd. Voluntariado Hospitalar: um Estudo sobre a Percepção dos Profissionais de Saúde. *Estud Psicol (Natal).* 2008;13(2):149-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200007>
37. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro. Tese de doutorado. Faculdade de Psicologia. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca; 1995.
38. Silva GMD, Beck CLC, Figueiredo ACCD, Prestes FC. The Process of Working in Clinical-Institutional Supervision at Brazilian Psychosocial Treatment Centers, Referred to as CAPS. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2012;15(2):309-22. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200007>
39. Grazziano ES, Bianchi ERF. Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros. *Enferm Global.* 2010;18:1-20.
40. Miliauskas CR et al. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2019; 24(5):1935-1944. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>

Recebido em dezembro de 2020.

Aceito em setembro de 2021.